

## ÚVOD

Každé ochorenie je sprevádzané zmenami funkcie organizmu. Najčastejším dôsledkom choroby, býva zlý subjektívny pocit a emócie. Ochorenie pre človeka predstavuje v prvom rade stres a krízovú situáciu, ktorá narúša jeho rovnováhu. To ako sa človek počas svojej choroby správa má vplyv na rodinné, sociálne, kultúrne a iné faktory.

Každý človek dúfa, že sa vylieči a jeho problémy sa tým vyriešia, že mu lekár predpíše lieky, ktoré ho zbavia utrpenia, že psychológ nájde východisko zo zlej situácie a všetky problémy sa vyriešia automaticky samé, bez vlastnej, osobnej námahy a úsilia.

Uzdravenie závisí vo väčšej miere na samotnom pacientovi, než na jeho pomocníkoch a okolí. Aby sa človek uzdravil musí sa primerane svojej chorobe snažiť a namáhať. Keďže sa človek prirodzene bojí o svoje zdravie, či život, často sa sústreďuje na fyzické príznaky, následky choroby. Často sa uzatvára do seba. Niektorí pacienti odmietajú priznať si svoje ochorenie.

Vírusové hepatitídy sú najčastejším a najtypickejším infekčnými ochoreniami pečene. Môžu prebiehať vo forme akútnych vírusových hepatitíd alebo ako chronické infekcie s progresiou ochorenia a rizikom vzniku cirhózy pečene či hepatocelulárneho karcinomu. Aj napriek pokrokom v prevencii a liečbe predstavujú vírusové hepatitídy stále závažný medicínsky, ale aj ekonomický problém. Vysoký počet infikovaných pacientov a potenciálne závažné následky sú predpokladom toho, že hepatitídy nestratia na aktuálnosti ani v budúcnosti. V súčasnosti rozoznávame sedem typov vírusových hepatitíd, nazývaných hepatitída A, B, C, D, E, F, G. Infekcia vírusom hepatitídy B je jednou z najčastejších infekcií na svete. Podľa údajov WHO až jedna tretina svetovej populácie, teda asi 2 miliardy ľudí, je počas života infikovaných vírusom hepatitídy B, pričom počet chronicky infikovaných dosahuje až 400 miliónov. Slovensko patrí medzi krajiny s relatívne nízkym, ale nerovnomerným výskytom HBV infekcie. Vďaka účinným preventívnym opatreniam výskyt akútnej hepatitídy B na Slovensku významne poklesol a za posledných 5 rokov neprekročil 200 prípadov za rok. V poslednom období, podobne ako v iných rozvinutých krajinách, prevládajú aj u nás infekcie vo vekových skupinách 15-29 ročných. Vírusové hepatitídy patria k ochoreniam, ktorým je možné predchádzať účinnými preventívnymi opatreniami. Všeobecné preventívne opatrenia proti fekálno-orálnemu spôsobu šírenia hepatitídy spočívajú hlavne vo zvyšovaní osobnej a celkovej

hygieny, v zabezpečovaní zásobovania nezávadnou pitnou vodou a c ochrane potravín pred kontamináciou. Chorí sa izolujú na infekčných oddeleniach.

Cieľom bakalárskej práce zhodnotiť zvládanie ochorenia vírusovej hepatitídy typu B prostredníctvom zvládania liečebného režimu u pacientov v akútnom a v chronickom období ochorenia. Klasifikačný systém výsledkov ošetrovateľstva NOC – Nursing Outcomes Classification a vybraný súbor – Zvládanie liečebného režimu 1601 je metóda získavania výsledkov a informácií k skúmanej problematike. Poznanie zvládania ochorenia je pre sestry a členov multidisciplinárneho tímu dôležitou informáciou na ďalšie plánovanie efektívnej starostlivosti a v manažmente infekčných ochorení je dôležitým krokom ku kontinuálnemu zvyšovaniu kvality starostlivosti.

# 1 ZVLÁDANIE A PREŽÍVANIE CHOROBY A UTRPENIA

Každé ochorenie pôsobí na človeka nepriaznivo a ovplyvňuje jeho chovanie, reakciu alebo emocionálne prejavy. Reakcie chorého a jeho postoj k chorobe môžu byť veľmi rozdielne, rovnako tak jeho prežívanie a správanie počas choroby.

## 1. 1 Vymedzenie pojmov choroby

Křivohlavý (2002, s. 15) uvádza že „slovo choroba je definovaná ako porucha zdravia. Anglický termín pre chorého človeka „ill“ je definovaný ako stav, kedy niečo nie je v poriadku, a to čo má niečo fungovať, funguje len s ťažkosťami, kedy sa určitá funkcia vychyluje z bežných medzí.“

Bártlová (1996) definuje chorobu ako poruchu schopnosti individua plniť očakávané úlohy a rolu.

Staňková (1997) hovorí, že choroba (illness) je osobný vzťah, v ktorom sa osoba necíti byť zdravá. Môže a nemusí byť vo vzťahu k chorobe.

Podľa portálu Wikipedia choroba (lat. *morbus*, gr. nosos, pathos) alebo ochorenia (väčšinou vo význame ľahká choroba) je porucha zdravia, presnejšie porucha telesných, kognitívnych, sociálnych a alebo psychických funkcií, ktoré zreteľne negatívne ovplyvňujú výkonnosť a zdravie organizmu, prípadne sa môžu takéto ovplyvnenia očakávať. Je to súhrn reakcií organizmu na vplyv činiteľov, ktoré môžu vyvolať poškodenie organizmu. Choroba je každá odchýlka od normálneho priebehu životných procesov živočícha a človeka. Choroba je spojená s oslabením napadnutého organizmu alebo jeho častí. Vzniká porušením rovnováhy medzi organizmom a prostredím. Každá choroba ma svoje prejavy a príznaky. Za istých okolností môže skončiť smrťou organizmu.

Hanáček, Plank (2007) uvádzajú že „obsah pojmu choroba je rovnako komplikovaný a komplexný ako obsah pojmu zdravie a jeho presné definovanie takisto nie je jednoduché.“

Jedná z definícií choroby, ktorá znie, že je to bio-sociálny jav predstavujúci inú, úplne novú kvalitu života v porovnaní so zdravím. Táto nová kvalita je charakterizovaná komplexom kompezačno-adaptačných, obranných a patologických procesov, ktoré vo vzájomnej interakcii spôsobujú poškodenie organizmu a obmedzujú jeho schopnosť

vyrovnať sa s vplyvmi prostredia, čím narušujú životne dôležité funkcie. Hanáček, Plank (2007).

Wagnerová (2004) definuje chorobu ako porucha funkcie tela. V dôsledku tejto skutočnosti sa mení vnímanie, prežívanie i vzťah k vlastnému telu a môže sa stať ťažším a odmietavým.

Baštecká, Goldmann (2001) hovoria, že chorobu môžeme považovať za jednu z reakcií organizmu pri stretnutí s noxou – škodlivinou z prostredia. Ako reakciu organizmu na záťažový podnet z prostredia chápeme i stres – súvislosť stresu s choroby je teda zjavná.

## **1. 2 Osobnosť pacienta a prežívanie ochorenia**

Vágnerová (1999) uvádza, že zmeny vzniknuté následkom choroby môžu mať rozmanitý charakter a môžu ovplyvňovať rôzne úrovne existencie jedinca. Postoj človeka k svojej chorobe závisí od súhry zmien a strát v sociálnej, somatickej a psychickej oblasti. Všetky psychosociálne vplyvy sú pre chorého dôležité a môžu ovplyvniť nielen jeho osobný komfort, ale aj priebeh ochorenia.

Hanáček, Plank (2007) uvádzajú, rovnako ako zdravie aj choroba má dva aspekty – subjektívny (človek sa cíti chorý) a objektívny (merateľne biologické, psychologické a ďalšie parametre sa nachádzajú mimo rozsahu fyziologických hodnôt).

Autori Hanáček, Plank (2007) ďalej uvádzajú rovnako ako zdravie ani choroba nie je stav, teda niečo nemenné, stabilné, je to proces, ktorý vzniká, vyvíja sa a zaniká (často spoločne s človekom). Táto vlastnosť choroby, označovaná ako dynamika choroby sa manifestuje štádiami choroby:

1. štádium: latentné (skryté), inkubačné (tlecie) - je to obdobie, ktoré uplynie medzi začiatkom pôsobenia noxy na organizmus a vznikom prvých, nešpecifických prejavov choroby, v tomto štádiu nemá človek nijaké prejavy choroby – subjektívne ani objektívne, názov latentné štádium sa používa skôr pre neinfekčné choroby, názov inkubačné štádium je vhodnejší pre infekčné choroby.

2. štádium: prodromálne (predzvestné) – v tejto fáze spôsobila noxa v organizme človeka taký stupeň poškodenia buniek (tkanív, orgánov), ktorý sa už prejavuje navonok nešpecifickými symptómami a príznakmi choroby (napr. malátnosťou, únavou, nočnou nespavosťou, podráždenosťou, neschopnosť sústrediť sa na prácu, triaškou apod.), toto

štádium trvá od prvých nešpecifických prejavov choroby až do začiatku manifestného štádia).

3. štádium: manifestné – toto štádium sa vyznačuje plným rozvinutím choroby s poškodením orgánov a systémov, ktoré sú na danú noxu najcitlivejšie, resp. v ktorých je noxa akumulovaná a najdlhšie pretrváva jej vplyv, pre manifestné štádium sú charakteristické špecifické symptómy a príznaky, ktoré umožňujú diagnostikovať druh choroby.

4. štádium: rekonvalescencie – ak organizmus človek prekoná (aj s pomocou lekára, či ošetrovateľky) vplyv noxy, prejavy choroby odznievajú, štruktúry a funkcie poškodené noxou sa upravujú a opäť sa začínajú objavovať pocity charakteristické pre zdravého človeka (chuť do jedenia, sila, schopnosť tešiť sa, spokojnosť a pod.): proces rekonvalescencie môže trvať krátky čas, ale môže prebiehať aj pomaly, postupne a dlhší čas.

Křivohlavý (2002) uvádza Zoluv model piatich momentov, ktoré uvádzajú činnosť chovania človeka pri narušenom zdraví:

1. Do akej miery je daný človek znepokojený a zdesený príznakmi, ktoré sa u neho objavili.
2. Akej povahy a kvality je tento príznak.
3. Do akej miery tento príznak ohrozuje vzájomný vzťah daného človeka s druhými ľuďmi, zvlášť s ľuďmi mu najbližšími (s tzv. primárnou skupinou ľudí) – napr. v rodine, v zamestnaní, v skupine priateľov a pod.
4. Do akej miery prekáža objavenie sa zdravotného problému pri dopredu naplánovaných činnostiach – napr. dovolenka, prázdninový výlet, dokončenie vedeckej práce a pod.
5. Aká sociálna sankcia stojí v pozadí v situácií – napr. zamestnávateľ sa vyhráža danému pracovníkovi prepustením, alebo manželka odmieta s manželom žiť, ak sa nebude liečiť.

Křivohlavý (2002) ďalej rozdeľuje pacientov na:

- somatizéry – ľudia schopní vyjadrovať problémy svojho duševného zdravia somatickými príznakmi. Somatizácia sa prejavuje vo chvíľach, kedy človek sa dostáva do distresu, t.j. do situácie, ktorú nie je schopný sám zvládnuť.
- ľudia „ustrášení“, ktorí si robia nadmerné starosti o svoj zdravotný stav, neustále túžia, aby im bolo dobre. Sú častými návštevníkmi praktických lekárova voľne ich označujeme termínom hypochonder.

➤ Ľudia, ktorí majú z choroby úžitok – to môže mať podobu zisku, napríklad vyplácanie nemocenskej dávky, úteku z nepríjemného prostredia.

Jobánková (1992) tvrdí, že väčšina chorých pri bežných ochoreniach reagujú primerane na danú situáciu, príjmu diagnózu a doporučenia k liečbe, dodržia pokyny, spolupracujú v snahe byť zase zdraví. V týchto prípadoch sa väčšinou stav dobre upravuje, alebo aspoň stabilizuje. Podľa toho akú hodnotu má choroba pre chorého a podľa toho sa postoj k chorobe rozdeľuje do niekoľkých skupín.

➤ Normálny postoj k chorobe – zodpovedá skutočnému stavu alebo tomu čo bolo chorému povedané. Chorý je na chorobu primerane adaptovaný.

➤ Bagatelizujúci postoj – chorý podceňuje závažnosť choroby, nelieči sa a nešetrí sa navrhované opatrenia nedodržuje. Dôvodom býva často nevhodné preceňovanie zdravia, dôležité hodnoty, ale často za týmto postojom stojí i strach (z bolesti, z následkov strát osobnej prestíže).

➤ Repudičný postoj – chorý neberie chorobu na vedomie, nejde k lekárovi, potláča myšlienku na chorobu a úvahu o nej. Ide o nevedomú disimuláciu.

➤ Disimulačný postoj – chorý zámerne skresľuje svoje potiaže, prípadne popiera, neinformuje lekára správne. Motívy bývajú rôzne, napríklad často ukončiť pracovnú neschopnosť, a čo najskôr sa vrátiť do zamestnania z finančných dôvodov, z pocitu nepostrádateľnosti alebo zo strachu kvôli strate zamestnania.

➤ Mozofóbni postoj – charakterizujeme ho ako neprimeranú obavu z choroby, kedy sa chorý necháva opakovane vyšetrovať, strieda lekárov. Preceňuje svoje drobné, nevýznamné potiaže, má strach hlavne z nevyliciteľných chorôb (nádorové ochorenia, AIDS). Chorý si celkom uvedomuje, že jeho obavy sú prehnane, tie sa mu však stále vnucujú a on sa im nedokáže ubrániť.

➤ Hypochondrický postoj – chorý sa domnieva, že trpí vážnou telesnou chorobou. Svojím potiažam podlieha, nebojuje s nimi.

➤ Mozofilni postoj – znamená to, že chorý nemusí plniť svoje povinnosti, jeho okolie sa viac o neho stará, berú o neho väčší záujem. Napríklad dieťa sa môže viac hrať, čítať, sledovať televíziu, matka sa mu viac venuje.

➤ Účelový postoj – vystupňovaný nozofilni stav. Môže viesť k získaniu súcitu, ohľadu, únikom z nepríjemnej situácie alebo získaním určitých hodnôt (Jobánková, 1992).

### 1. 2. 1 Psychické zmeny spôsobené chorobou

Každá choroba pôsobí na človeka nepriaznivo a ovplyvňuje chovanie a reakcie, emočné prejavy a prípadne i niektoré rysy osobnosti.

Čechová, Mellanová (1995) charakterizujú, že vplyvom choroby človek býva náladový, mrzutý, plačlivý, prejavujú sa u neho poruchy spánku, neklud. Iným spôsobom prežíva situáciu dospelý človek, inak dieťa či jeho rodina. Akútne ochorenia sprevádzané silnou bolestivosťou, ako napríklad bolesť zubou, zápal stredného ucha atď., môže vyvolať intenzívnu emočnú reakciu. Oproti tomu chronické ochorenia s trvalými následkami, ktoré v danom okamžiku nespôsobujú problém, nemusí prežívať chorý vážne.

Křivohlavý (2002 s. 25) cituje Shontze (1975), ktorý hovorí, že „*v tej fáze kedy pacient rieši svoj zdravotný problém bolo diagnostikované niekoľko etáp.*“ Patria k nim:

**Šok** - nastáva u mnohých pacientov, ktorí sa dozvedajú, že sa u nich objavilo vážne ochorenie, alebo došlo k vážnemu úrazu. Tento stav je charakterizovaný psychicky ako stiahnutie na jednej strane a zdesené chovanie na strane druhej. Obidve formy šoku sa môžu v čase striedať. Z psychologického hľadiska ide mentálne odpútavanie sa daného človeka od reality (ducha neprítomnosť).

**Sústredenie** - po relatívne krátkej dobe šoku dochádza u pacienta, u ktorého sa vážne zmenil zdravotný stav, k psychickému návratu do skutočnosti. Nejde však o normálny mentálny stav. Pacient má do určitej miery neusporiadané myslenie, jeho emócie sú výrazné negatívne. Nachádzame u neho obavy, strach, smútok, žiaľ, pocity bezmocnosti a nedostatku pomoci. Celkovo je pacient obvykle mimoriadne vzrušený.

**Stiahnutie sa z hry** - v tejto fáze pacient vedome odchádza do únikovej mentálnej osamelosti. Dáva mu príležitosť k vypracovaniu plánu ďalšieho postupu .

Verešová (2007) uvádza, že vedomie choroby vyjadruje predstava o stupni ohrozenia vlastnej budúcnosti a života v takej miere, v akej je chorý človek ochotný si ho pripustiť. Autorka uvádza fázy vyrovnávania sa s chorobou a to ako:

1. **fáza šoku:** zjavuje sa bezprostredne po zistení respektíve informácií o chorobe. Informácia, že bola diagnostikovaná určitá choroba, predstavuje pre človeka závažné ohrozenie, ktoré odmieta prijať. Môže byť sprevádzaná aj fyziologickými reakciami, napríklad zblednutím, skráteným dýchaním či zimomriavkami.

2. **fáza popretia:** na vyrovnanie sa so skutočnosťou existencie choroby potrebuje človek dostatok času.. človek predstiera, že to nie je pravda, ale tento obranný mechanizmus trvá

len dočasne. Popretie sa niekedy zjavuje i napriek somatickým príznakom (napr. bolesť, viditeľné zmeny na tele, nevoľnosť, a pod.) pretrvávajúcím už dlhší čas. V tejto fáze nemá zmysel chorého informovať o ďalšom priebehu choroby, pretože má k prijatiu akýchkoľvek informácií tohto druhu odmietavý postoj. Táto fáza vyžaduje mimoriadnu citlivosť empatiu zo strany zdravotníckeho personálu.

3. **fáza hnevu:** pre túto fázu je typické intenzívne pociťovanie žiaľu skryté v prejavoch hnevu či obviňovania okolia vrátane zdravotníckeho personálu. Človek sa zaoberá myšlienkou, prečo sa to stalo práve jemu, a nie niekomu inému. Čo robiť? Človek v tejto fáze potrebuje dostatok priestoru na vyjadrenie svojich pocitov a svojho hnevu. Hnev je dôležitá emócia a treba podporovať jeho prejavenie, akceptovať hnev u pacienta a dovoliť mu hnevať sa i na zdravotnícky personál. Zvládnutie tejto fázy kladie vysoké nároky na zdravotnícky personál. Ten môže rovnako pociťovať hnev, sklamanie či nechut' byť v kontakte s chorým človekom, pretože cieľom starostlivosti je pomôcť mu a on pomoc odmieta či dokonca hľadá v zdravotníckom personáli vinníka.

4. **fáza vyjednávania:** charakterizuje ju, snaha nájsť niečo, čo by predišlo zhoršeniu ochorenia, smrti, zmenám v doterajšom životnom štýle. Je to vyjadrenie nádeje. Pátrania po spôsoboch liečby. K jedincovi treba pristupovať citlivo, pretože je v tejto fáze náchylný na depresívny stav.

5. **fáza depresie:** pacientov postoj k okoliu je pasívny. Človek sa cíti osamelý, pritom sa to navonok vôbec tak nejaví, ocení prítomnosť a podporu okolia.

6. **fáza testovania:** človek postupne prijíma skutočnosť, že je chorý. V procese akceptácie choroby pomáha hľadanie riešenia danej situácie, prostriedkov, ako ho dosiahnuť.

7. **fáza akceptácie:** táto fáza predstavuje návrat do štádia stability, keď je človek pripravený a ochotný prejsť do ďalšej etapy svojho života. U smrteľne chorých pacientov môže v tejto fáze dôjsť k podpore seba i ostatných, aby sa vyrovnali s ťažkou situáciou. Fáza akceptácie však nemusí nastať u každého človeka, naopak, mnohí sa s vlastnou chorobou nikdy nezmieria.

Bartlová, Matulay (2009) hovoria, že pri popisovaní jednotlivých fáz choroby sa vychádza zo psychických procesov, ktoré sú následkom somatických symptómov choroby.

O prvej fáze sa hovorí vtedy keď sa objavia prvé príznaky a pacient si začne uvedomovať svoje nové postavenie, ale v tomto momente nemusí človek hneď navštíviť lekára. Niektorí ľudia podliehajú samo liečiteľskej aktivite. V tejto fáze sa dostávajú do pohybu obranné



mechanizmy, ktoré môžu mať rôzne podoby. Niektorí jedinci majú sklon k nadhodnocovaniu, majú hypochondrické obavy, alebo naopak znižujú význam symptómov, bagatelizujú svoje obtiaže, alebo mávnutím ruky dávajú najavo, že to prejde.

V druhej fáze nastáva vtedy, ak chorý vyhľadáva pomoc od inej osoby. U pacienta sa objavujú obavy a strach vysvetliteľné predovšetkým neistotou, čo môže očakávať. Pacient je postavený pre mnoho otázok, napríklad: „aká bude dĺžka ochorenia“. Často sa objavujú pochybnosti o správnosti diagnózy, a postupu liečenia, alebo sa dostávajú prvé príznaky úzkosti. V tejto fáze je dôležité aby pacient dostal psychickú podporu zo strany zdravotníckych pracovníkov, ale aj rodiny.

V tretej fáze pacient akceptuje chorobu, zmieruje sa so stratou pozície zdravého človeka, je vyrovnaný s rolou pacienta.

Poslednú fázu môžeme nazvať návrat k skorším sociálnym funkciám. Pacient sa vracia k rolám, ktoré zastával pred chorobou.

Baštecká, Goldmann (2001) uvádzajú, že seba chápanie chorého znamená relatívne stály a ucelený, zároveň však meniaci sa vzťah jedinca k sebe samému a k subjektívne dôležitým udalostiam v jeho živote. Medzi prvky tvoriace seba chápanie patri i seba obraz (emočne podfarbená časť seba chápania, spôsob, akým prežívame samých seba), seba hodnotenie, sebaúcta, svedomie a pod. Ak dôjde k ohrozeniu nášho seba chápania, prežívame úzkosť a bránime sa. Ochorenie predstavuje ohrozenie a vplyvom tejto záťaže sa môžu zmeniť aj niektoré osobnostné vlastnosti. Zhoršuje sa seba hodnotenie, dochádza k znižovaniu sebaúcty. Človek si uvedomuje, že sa menia jeho kompetencie.

Závažné somatické ochorenie predstavuje jednu z najväčších životných záťaží, ktorá ovplyvňuje psychiku chorého a môže viac či menej pozmeniť i jeho osobnostné vlastnosti. Má vplyv na aktuálne prežívanie, uvažovanie jedinca a odrazí sa aj na jeho správaní.

Zacharová et al. (2007) uvádzajú že postoj k nemoci nemusí byť bezvýhradne negatívna. Prežívanie choroby má najrôznejšie podoby a najrozmanitejšiu intenzitu. V niektorých prípadoch môže ísť o prežívanie dokonca príjemné, pozitívne, napríklad ak choroba vyvolá v okolí väčšiu ohľaduplnosť a pozornosť, alebo zbaví pacienta niektorých pracovných povinností, na ktoré prípadne svojimi schopnosťami nestačil. Hovoríme o tzv. „úteku do choroby“. Na druhej strane sa človek, ktorý prežil komplikované ochorenie, spojené s náročnou liečbou, stáva sa stredom záujmu a diskusiou na tému choroba, komplikácie a liečba. Môže mať až povest' hrdinu a niekedy sa vytvorí tzv. kult choroby.

### **1. 3 Význam zdravotníckej psychológie**

Greisinger, Jobánková (1992) uvádzajú zdravotnícku psychológiu ako oblasť klinickej psychológie, prispievajúcu svojimi poznatkami k efektívnemu terapeutickému procesu.

Hárdi (1972) uvádza, že je to skutočná oblasť psychológie starostlivosti o chorého, osud a správanie v jeho liečebnom prostredí.

Plháková (2004) tvrdí, že klinická psychológia je obor, ktorý sa špecializuje na diagnostiku, liečenie a spoločenskej prispôbení osôb s relatívne závažnými psychickými problémami a poruchami. Klinická psychológia sa podieľa na vytváraní taxonómie duševných porúch a porúch chovania, na základe ktorých je možné stanoviť diagnózu. Autorka taktiež skúma, jak sa určité typické spôsoby, myslenie a cítenie vzťahujú k telesnej a psychickej kondícii. Zaoberá sa teda diagnózou, liečením a prevenciou rôznych ochorení, skúma a podporuje zásady zdravého spôsobu života.

Křivohavý (2001) realizuje psychologické poznatky v klinickej praxi. Tvrdí, že psychológia zdravia je špeciálna psychologická vedná disciplína, ktorá sa zaoberá rolou psychických faktorov pri udržiavaní dobrého zdravotného stavu, prevencie, choroby, zvládání negatívnych zdravotných stavov, poskytovaním psychologickej pomoci pacientom v priebehu uzdravovania a pri vyrovnávaní s chronickými ochoreniami.

Zacharová et al. (2007) uvádzajú psychológiu zdravotníckej činnosti ako jednu zo špeciálnych oblastí aplikovanej psychológie. Zameriavajú sa na oblasti terapeutickéj a ošetrovateľskej starostlivosti i ostatných výkonov spojených s diagnostickými a terapeutickými procedúrami, študuje osobnosti a psycho-sociálne predpoklady choroby a liečebných zákrokov, vzťah medzi zdravotníkom a pacientom, i vzťahy medzi pacientmi a zdravotníkmi navzájom. Psychológia zdravotníckej činnosti sa týka jak práce lekára, tak sestry a ostatných zdravotníkov. I keď profesionálne zameranie lekára a sestry je značne odlišné, v prístupe k pacientovi a k psychologickým dôsledkom zdravotníckej práce by nemali byť zásadné rozdiely medzi lekárom a sestrou .

### **1. 4 Význam ošetrovateľstva pri zvládání a prežívaní choroby**

Zacharová, et al. (2007) hovoria, zdravotnícke povolanie patrí z hľadiska odbornej prípravy i konkrétneho profesionálneho výkonu medzi povolania náročné. Očakáva sa, že zdravotník zvládne odbornú činnosť, prácu s modernou technikou, unesie fyzickú záťaž svojej práce, vie ovplyvniť a viesť správnym smerom prežívanie a jednanie s chorým,

vykonáva rôzne administratívne práce a v poslednej rade je schopný sa vysporiadať s pracovnými a rodinnými problémami, ktoré život prináša.

K výkonu funkcie zdravotníckeho pracovníka sú nevyhnutné i určité osobné predpoklady, a to napríklad, ktoré autor uvádza:

- tvorivý prístup, je schopný vnímať a realizovať nové podnety,
- dostatočná sebakritika,
- dávka empatie – vcítiť sa do vnútorného sveta druhých ľudí,
- porozumieť problémom chorých,
- vystupovanie, kľudné, nie povýšenecké s pohotovými reakciami, dôležitá je trpezlivosť, umenie ovládať sa a odpútať sa od svojích záujmov,
- zmysel pre humor, ale nie prehnaný optimizmus, ktorý budí u chorého nedôveru,
- hodnotová orientácia, je v popredí v každodennej činnosti, v motivácií, v záujme o človeka a práci, zmysel pre povinnosť a zodpovednosť, dobrý vzťah k ľuďom pomáha naplniť poslanie zdravotníka,
- humánny vzťah k chorému, ide o prejav vyrovnanosti, zrelosti osobnosti,
- vyrovnaná osobnosť s kľudným, primeraným sebavedomým vystupovaním, rozvážnosťou, trpezlivosťou, umenie sa ovládať (Zacharová et al., 2007).

### **Nové trendy ošetrovateľstva podporujúce psychologickú oblasť**

Na začiatku 90-tych rokov 20. storočia Bulecheková a McCloskeyová (2000) vypracovali taxonómiu ošetrovateľskej starostlivosti - dva systémy: klasifikáciu ošetrovateľských intervencií - NIC (Nursing Interventions Classification) a klasifikáciu výsledkov ošetrovateľstva – NOC (Nursing Outcomes) klasifikácia sesterských intervencií – NIC.

**Klasifikácia sesterských intervencií (NIC)** je súhrnná štandardizovaná klasifikácia intervencií, ktorú sestry uskutočňujú. Je používaná v klinickej dokumentácii, komunikácii počas uskutočňovanej starostlivosti, integrácii dátových systémov a súborov, efektívnom výskume, v produktivite miery hodnotenia kompetencií, v nahrádzaní a tvorení učebného plánu. Klasifikácia zahŕňa intervencie, ktoré sestry robia pre pacienta. Intervencia je definovaná ako akákoľvek liečba založená na klinickom rozhodovaní a vedomostiach, ktorú sestra uskutočňuje na zlepšenie pacientových/klientových výsledkov (McCloskey et al., 2003).

Klasifikácia popisuje doménu ošetrovateľstva, aj keď niektoré intervencie môžu byť vykonané aj inými poskytovateľmi. Zameriava sa na fyziologické aj psychologické oblasti, zahŕňajú liečbu, prevenciu a podporu zdravia. Väčšina intervencií sa používa individuálne,

ale mnohé je možné použiť v rodinách a komunitách. Každá intervencia je popísaná menom, definíciou, aktivitami na poskytnutie starostlivosti a pozadím.

Intervencie sú zoskupené do 30 tried a 7 domén, pre ľahšie použitie. 7 domén je:

- Fyziologická – základná,
- Fyziologická – komplexná,
- Správanie,
- Bezpečnosť,
- Rodina,
- Zdravotný systém,
- Komunita –McCloskey et al.,(2003).

**Klasifikácia sesterských výsledkov (NOC)** poskytuje jeden profesionálny jazyk, ktorý sestry môžu používať na identifikáciu a hodnotenie účinkov ošetrovateľských intervencií. Výsledkové údaje umožnia sestram zúčastniť sa kolegiálneho vzťahu v interdisciplinárnom tíme a vyvíjať znalosti nevyhnutné pre zlepšovanie ošetrovateľskej praxe. Rozvoj ošetrovateľských znalostí vyžaduje používanie meraní výsledkov u pacienta. Efektivita sesterských intervencií a vhodnosť procesu rozhodovania vo výbere intervencie pre pacienta sú určené vyplývajúcimi výsledkami u pacienta. Rozširovanie týchto znalostí od jednotlivého pacienta až k populáciám pacientov vyžaduje veľké množstvo klinických údajov, ktoré umožňujú utvorenie spojení medzi diagnózami, charakteristikami pacienta, intervenciami a výsledkami. Klasifikácia výsledkov u pacienta ovplyvnených ošetrovateľstvom môže byť prvý, ale nie jediný, krok k používaniu výsledkov v štúdiu ošetrovateľskej praxe. Otázky spojené s meraním výsledkov sú dobre zdokumentované v literatúre, ale niektoré z týchto otázok budú najlepšie rozriešené s použitím štandardizovaného jazyka a dátových základov, ktoré môžu byť použité k štúdiu vzťahov medzi výsledkami, medzi výsledkami a charakteristikou pacienta, a medzi výsledkami a sesterskými intervenciami. Napríklad, pripísanie zmeny v zdravotnom stave ošetrovateľskej praxi vyžaduje pochopenie faktorov, ktoré ovplyvňujú výsledky u pacienta a vhodné načasovanie zbierania údajov ( Moorhead et al.,2003).

Moorhead et al. (2003) hovoria, že vhodný čas pre meranie výsledkov je rôzny, pretože niektoré výsledky reagujú na ošetrovateľské intervencie veľmi rýchlo, kým iné reagujú po dlhšom čase. Je dôležité, aby merania výsledkov ovplyvnených ošetrovateľstvom boli po čase opakované.

Klasifikácia NOC je doplnkovou k taxonómii sesterských diagnóz v Severnej Amerike (NANDA) a klasifikácii sesterských intervencií (NIC). Klasifikácia NOC poskytuje jazyk pre krok hodnotenia ošetrovateľského procesu (Morhead et al.,2008).

## 1. 5 Význam komunikácie pri zvládaní a prežívaní choroby

Janáčková, Weiss (2008) hovoria, že komunikácia je vo všeobecnej rovine definovaná ako oznamovanie informácií prostredníctvom signálov a prostriedkov: ústne, písomne, mimikou, gestami a ďalšími neverbálnym chovaním. Prebieha medzi dvoma a viacerými ľuďmi, ďalej pomocou dennej tlače, rozhlasu, a iných médií.

Autori taktiež tvrdia, že naša správa by mala byť jasná a zrozumiteľná, mali by sme ju oznamovať odpovedajúcim tónom a primeraným tempom.

Zacharová et al. (2007) uvádzajú, že „zdravotník používa zručnosť komunikovať s pacientom ako súčasť profesionálneho vybavenia. Schopnosť komunikovať slúži k naviazaniu a rozvíjaniu kontaktov s chorými. Komunikácia je zručnosť, ktorú je nutne neustále rozvíjať. Choroba, odlúčenie od rodiny, nemožnosť pracovať, to všetko môže mať za následok zhoršenie pacientových komunikačných zručností.“

Zacharová et al. (2007) ďalej uvádzajú, že komunikácia má špecifiká podľa druhu a skupín chorých. Ide napríklad o komunikáciu s chorým dieťaťom, s pacientom so závažným ochorením, s handicapovaným pacientom, so starým pacientom, nevyliciteľne chorým, umierajúcimi, s pacientkami v oblasti ženského lekárstva, s pacientmi interných alebo chirurgických oblastí.

Venglářová, Mahrová (2006) uvádzajú, že v praxi sú tri druhy profesionálnej komunikácie, každý druh má svoje zákonitosti a význam.

**1. Sociálna komunikácia** – bežný rozhovor, kontakt s chorým. Vytvára vzťah chorého k osobám, ktoré sa o neho starajú. Situácie vhodné pre rozvoj sociálnej komunikácie: úprava lôžka, pomoc pri jedle, voľné situácie v dennom režime oddelenia, sestra sa môže s pacientom rozprávať v nemocničnej izbe, alebo dennej miestnosti pre pacientov.

**2. Špecifická (štruktúrovaná) komunikácia** – oblasť komunikácie, kedy oznamujeme dôležité fakty, motivujeme chorého k ďalšej liečbe, pôsobíme edukačne. Táto komunikácia má zvýšené nároky na zrozumiteľnosť na oznamovanie informácií, prijateľnú formu, vzhľadom k aktuálnemu stavu chorého. Na záver je nutné si overiť, či chorý oznamovanej informácií rozumel a či ju akceptuje. Táto oblasť komunikácie je problematická u chorých

so zníženou schopnosťou komunikovať. Príklady tém špecifickej komunikácie: oznamovanie postupu vyšetrenia, objasňovanie spôsobu stravovania pri ochoreniach, informácie o rizikách.

**3. Terapeutická komunikácia** - odohráva sa často formou rozhovoru s chorým. Pri dennom kontakte s chorým človekom poskytujeme oporu a pomoc v ťažkých chvíľach rozhodovania sa, prijímanie nepríjemných, či veľmi závažných skutočností, pomoc pri adaptácií na zmeny.

### **Verbálna a neverbálna komunikácia**

Janáčková, Weiss (2008) hovoria že, verbálna komunikácia je oznamovanie informácií pomocou slov. Rozhovor je definovaný ako vyjadrovanie myšlienok artikulovanou rečou v konkrétnom jazyku. Reč, je to schopnosť určitého spoločenstva dorozumievať sa určitým jazykom, je jednou z najdôležitejších foriem sociálnej komunikácie.

Venglařová, Mahrová (2006), hovoria, že pod verbálnou komunikáciou rozumieme dorozumievanie sa pomocou slov. Význam komunikovaného dotvára neverbálna zložka komunikácie.

Zacharová et al. (2007) uvádzajú, že pri verbálnej komunikácii dochádza k oznamovaniu informácií pomocou slov. Využitie hovoreného slova sa u jednotlivých ľudí líši podľa ich kultúry, spoločensko-ekonomického postavenia, veku alebo vzdelania.

Venglařova, Mahrová (2006) hovoria, že dobre komunikovať neznamena len zvoliť slová.

Zacharová et al. (2007) uvádzajú, že neverbálnou komunikáciou nazývame reč tela. Ďalej uvádzajú, že do neverbálnej komunikácii patrí mimika, je to výraz tváre, ktorá vyjadruje hru svalov tváre. Tvárou môžeme druhým ľuďom ukázať ohromné bohatstvo emocionálnych skutočností. Horná polovica tváre ukazuje ťažké prežívanie strachu, úzkosti, bolesti, ktorú môžeme vidieť pri otvorených ale aj zatvorených očiach. Oproti tomu dolná polovica tváre, zvlášť okolo úst, môže signalizovať uvoľnenie alebo i úsmev a klud. Telesný postoj naznačí psychický stav človeka. Telesnou polohou ukazuje okoliu ako mu je. Postoj náš a druhého človeka, by mal byť čo najväčšom súlade.

Zacharová et al. (2007, s.84) citujú Křivohlavého (1980) podľa, ktorého „*pomocou neverbálnych prvkov vyjadrujeme omnoho ľahšie než slová svojej emócie, povzbudenía, porozumenía.*“

## **2 Vírusová hepatitída B**

Vírusová hepatitída B predstavuje stále závažný celosvetový problém. Vysoký počet infikovaných pacientov a potencionálne vážne následky choroby, ako sú progresia do cirhózy, pečenevého zlyhania alebo hepatocelulárneho karcinomu (HCC), sú predpokladom toho, že hepatitída B nestratí na aktuálnosti ani v dohľadnej budúcnosti.

### **2.1 Klasifikácia a epidemiológia chronických hepatítid**

Hrušovský (2007) uvádza že chronické hepatitídy sa delia podľa etiológie na vírusové (chronická hepatitída B, B a D, C), chronické hepatitídy s autoimunitou (autoimunitné hepatitídy, PBC, autoimunitná cholangitída, PSC), genetické – metabolické (hematochromatóza, Wilsonová choroba), chronické hepatitídy spôsobené exogénnou noxou (lieky).

Hrušovský (2007) ďalej uvádza, že na chronickú infekciu HBV trpí viac ako 350 ľudí. Prevalencia infekcie HBV je vysoká (nad 8%) na ďalekom Východe u príslušníkov žltej rasy, v nearabských krajinách Afriky a v niektorých krajinách južnej Ameriky. V niektorých oblastiach príde v priebehu života do styku s HBV takmer 100% obyvateľstva. U nás sa predpokladá stredná až nízka (pod 2%) prevalencia. Prenos je z človeka na človeka, najčastejšie pohlavným stykom, parenterálne a pri pôrode prirodzenou cestou. V tretine prípadov sa nezistí spôsob prenosu.

Akútna infekcia vznikne najčastejšie vo veku 17 – 30 rokov, s maximom okolo 20 roku veku, zvyčajne v súvislosti s pohlavným stykom u mladého človeka. Pritom môže ísť o intímny styk s akútne infikovanou osobou, s nosičom vírusu alebo pri početných sexuálnych partneroch. Medzi prípadmi chronickej infekcie HBV má takisto najväčší podiel infekcia perinatálne, chronický a často asymptomatický vývoj bez ikteru je takmer v 100 % prípadov. Vysoká koncentrácia vírusu je v krvi, v sére a v exsudátoch, stredne vysoká v sperme, vo vaginálnom sekréte a v slinách, nízka alebo nedetekovateľná koncentrácia je v moči, v stolici, v pote, v slzách a v materskom mlieku.

Podľa portálu Hepatitída (2009) sa odhaduje, že asi 2 miliardy ľudí (teda každý tretí človek) na svete sa v priebehu svojho života dostal do kontaktu alebo infikoval vírusom hepatitídy B. Prítomnosť chronickej infekcie sa predpokladá približne u 400 miliónov ľudí. Je to stav s dlhodobo pretrvávajúcou infekciou a možnosťou progresívneho poškodenia

pečene. Odborníci tiež odhadujú, že na hepatitídu B a komplikácie s ňou spojené umiera ročne viac ako 1 milión ľudí.

Podľa portálu Hepatitída (2009) hepatitída B sa prenáša krvou alebo ďalšími telesnými tekutinami, ako sú spermie, vaginálny sekrét a sliny. Predpokladom pre vznik infekcie je preniknutie vírusu prostredníctvom niektorej z telesných tekutín do krvného obehu postihnutej osoby. Vstupnou bránou infekcie môže byť drobné poranenie na koži alebo malé porušenie sliznice. Na prenos stačí aj minimálne množstvo krvi

Jedným z najzávažnejších spôsobov prenosu predovšetkým vo vyspelých krajinách je nechránený pohlavný styk. Vírus pri ňom preniká sliznicou pohlavných orgánov. Veľkým rizikom je aj tetovanie, predovšetkým ak sa vykonáva v nedostatočne hygienicky zabezpečenom prostredí a nesterilnými nástrojmi. Nakaziť sa možno aj niekoľko týždňov zaschnutou krvou. Odborníci v poslednom období čoraz častejšie zaznamenávajú prípady infikovania sa malých detí, ktoré sa poranili zahodenou ihlou. Veľkému nebezpečenstvu sú vystavení drogoví závislí ľudia, ktorí si navzájom požičiavajú použité ihly a striekačky a umožňujú tak priamy vstup infikovanej krvi do svojho krvného obehu. Krvný prenos je možný tiež v nemocničnom prostredí, aj keď sa ho podarilo príslušnými preventívnymi opatreniami znížiť na minimum. Vyskytuje sa ako profesionálne ochorenie zdravotníkov (napr. pri poranení a kontakte s biologickým materiálom) alebo ako nemocničná nákaza pacienta (napr. nesterilné prevedené invazívne výkony). V súčasnosti sa krv a krvné deriváty pred ich použitím testujú na prítomnosť vírusu hepatitídy B, čím sa prakticky eliminovalo riziko možnej infekcie týmto spôsobom. Portál Hepatitída (2009).

## 2. 2 Klinický obraz a priebeh vírusovej hepatitídy B

Slezáková et al. (2007) uvádzajú, že príznaky sa delia na:

- **Prodromálne štádium:** chrípkové prejavy (bolesti hlavy, bolesti kĺbov, febrility), dyspeptické ťažkosti, tlakové bolesti v pravom medzirebrí, na konci prodromálneho obdobia sa môže objaviť ikterus, tmavý moč (žlčové farbivá prenikajú do krvi – hepatocyt neni schopný sa vylúčiť do žlčovodu, preto býva acholická stolica);
- **Štádium vlastného ochorenia:** zväčšenie pečene, niekedy i sleziny, zhoršujúce dyspeptické ťažkosti, ikterus, zvýšená únavnosť, slabosť;
- **Štádium rekonvalescencie :** úprava pečňových funkcií, pokiaľ nedôjde k úprave pečňových funkcií do jedného roka, hrozí nebezpečie prechodu do chronicity.



Hrušovský (2007) hovorí že u 10% infikovaných pacientov pretrváva virémia dlhodobo, podľa definície chronickej hepatitídy viac ako 6 mesiacov. Chronická infekcia HBV prebieha v troch fázach.

**Prvú replikačnú fázu** charakterizuje významné rozmnožovanie vírusu, čo svedčí o nedostatočnej imunitnej odpovedi organizmu. Serologický sa zistí prítomnosť antigénov vírusu (pozitivita HBsAg a HBeAg), hybridizačný test potvrdí prítomnosť HBV DNA v sére. Protilátky nie sú prítomné. Aktivita aminotransferáz v sére býva mierne zvýšená, i normálna. Histologický sa zachytí stredný stupeň aktivity. Fáza trvá niekoľko rokov, organizmus je vysoko infekčný.

**V druhej fáze**, fáza sérokonvenzie, nastáva sérologický obrat. Zaniká pozitivita HBeAg a zjaví sa protilátky anti-HBe. Rozvíja sa imunitná odpoveď a replikácia vírusu postupne klesá. Túto fázu charakterizuje vysoká biochemická a histologická aktivita.

Tretia nereplikačná fáza hepatitídy B nastáva, keď sa úplne rozvinie imunitná odpoveď. HBsAg je stále prítomný, no obidva markery replikácie vírusu, HBeAg aj HBV DNA, sú negatívne. V sére sú protilátky anti-HBe. Aktivita aminotransferáz je normálna alebo mierne zvýšená. Infekčnosť je minimálna alebo nulová.

### **2. 3 Diagnostika a diferenciálna diagnostika vírusovej hepatitídy B**

Suchanová et al. (2007) uvádzajú nasledovné diagnostické metódy k diferenciálnej diagnostike vírusovej hepatitídy typu B:

#### **➤ Vyšetrovacie metódy:**

– anamnéza a fyzikálne vyšetrenia – základom vyšetrenia je dôkladná anamnéza a fyzikálne vyšetrenie. V anamnéze sa sústreďujeme na subjektívne ťažkosti.

Na celkovom vzhlade si všímame stav výživy – pavučinkovitý vzhlad (pri chronickej hepatopatii), palpačným vyšetrením zväčšenú a bolestivú pečeň.

#### **➤ Laboratórne a zobrazovacie vyšetrovacie metódy:**

– biochemické vyšetrenie krvi s odchýlkami konjugovaného i nekonjugovaného bilirubínu, transamináz (AST, ALT), gama-glutamyltransferázy (GGT), alkalické fosfatázy (ALP), koncentrácie bielkovín, hlavne albumínu, amyláz, lipáz a minerálov,

- hematologické vyšetrenia krvi (FW, KO – leukocyty, trombocyty, Quickov test a i., hemokoagulačné testy),

- chemické vyšetrenie moču (urobilinogén v moči),

- vyšetrenie stolice na zvyšky potravy, na OK,

- RTG vyšetrenie,
- USG brucha,
- Biopické vyšetrenie (Suchanová et al.,2007).

Na chronickú hepatitídu treba myslieť pri každom zachytení zvýšenej aktivity aminotransferáz. Ďalší diagnostický krok ukáže pozitívitu HBsAg a špecializované vyšetrenia potvrdia replikáciu vírusu (HBV DNA). Každý pacient s cirhózou pečene má takisto mať vyšetrenie HBsAg. Biopsia pečene potvrdí etilógiu prítomnosťou HBsAg a HBcAg, pomôžu určiť aktivitu a štádium choroby. V diferenciálnej diagnostike treba myslieť na ostatné príčiny chronickej hepatitídy a mať na pamäti možnosť viacerých príčin. Hepatitída B sa diagnostikuje testami z krvi na prítomnosť jednotlivých antigénov (HBsAg, HBeAg), resp. protilátok (ANTI-HBs, anti-HBe, anti-HBc IgM a IgG), ktoré umožňujú rozlíšiť prítomnú infekciu od prekonaného ochorenia alebo akútnu formu hepatitídy od chronickej (Suchanová et al., 2007).

#### **2. 4 Liečba vírusovej hepatitídy B**

Podľa portálu Hepatitída (2009), na liečbu chronickej hepatitídy B sú v súčasnosti dostupné viaceré účinne preparáty. Na základe dôkladného zhodnotenia ochorenia ako aj celkového stavu pacienta je možné zvážiť použitie pegylovaného interferónu alfa 2 a v monoterapii alebo niektorého z nukleozidových analógov (lamivudin, adefovir, entecavir). Ich cieľom je čo najviac potlačiť množenie vírusu a dosiahnuť tým spomalenie alebo úplné zastavenie vývoja choroby smerom k cirhóze a zlyhaniu pečene. V ideálnom prípade (aj keď len zriedkavo) je možné dosiahnuť aj zbavenie sa pacienta vírusu. Táto špecifická antivírusová liečba prebieha v špecializovaných ambulanciách.

Hrušovský (2007) uvádza, že protivírusová liečba pri chronickej pankreatitíde B sa indikuje, podáva a sleduje na vybraných pracoviskách v SR s preskripčným obmedzením na hepatológa, gastroenterológa, a infektológa. Prvá liečebná voľba je v súčasnosti medzi interferónmi. Za terapeutickú odpoveď sa považuje normalizácia aktivity ALP, sérokonverzia HBe (strana HBeAg a vznik protilátok anti-HBe), zastavenie replikácie vírusu (HBV DNA v sére pod merateľné hodnoty). Zriedka sa podarí úplne vyliečenie: strata HBsAg a vznik protilátok anti-HBs.

Hrušovský (2007) uvádza, že ak je kontakt s chorou osobou (pohlavný styk, prenos krvou, injekčnou striekačkou, ihlou, lekárske nástrojmi), treba myslieť na možnosť prenosu

infekcie HBV a vykonať pasívnu imunizáciu do 10 dní a aj aktívnu imunizáciu. Na infekciu HBV treba myslieť aj v prodromovom štádiu, osobitne u mladých, u ktorých možno predpokladať náhodný pohlavný styk alebo abúzus drog.

### **3. PRIESKUM ZVLÁDANIA ZÁŤAŽE U PACIENTOV S HEPATITÍDOU B**

K stanoveniu témy prieskumu ma motivovala moja práca na infekčnej klinike v Nitre. Tu pracujem s ľuďmi s ochorením vírusová hepatitída B, zaoberám sa ich liečebným režimom, zvládaním záťaže počas hospitalizácie, v akútnom a chronickom štádiu.

#### **3.1 Ciele a otázky prieskumu**

**Predmetom bakalárskej práce** bola problematika v zvládaní liečebného režimu v akútnom a chronickom štádiu ochorenia s vírusovou hepatitídou B.

**Hlavným cieľom práce** bolo zhodnotiť zvládanie záťaže liečebného režimu u pacientov s hepatitídou B s použitím vybraného súboru z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva NOC – Zvládanie liečebného režimu 1601.

**Čiastkovými cieľmi** práce bolo:

C1: Zmapovať a bližšie špecifikovať zvládanie liečebného režimu v súvislosti s ochorením hepatitída B.

C2: Zistiť rozdiely v zvládaní liečebného režimu u pacientov s hepatitídou B podľa štádia ochorenia.

C3: Overiť vybraný súboru klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva NOC Zvládanie liečebného režimu 1601 pre hodnotenie zvládanie záťaže.

**Výskumné otázky:**

O1: Existujú rozdiely v zvládaní liečebného režimu u pacientov s hepatitídou B v akútnom a chronickom štádiu ochorenia?

O2: Hodnotí vybraný súbor klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva NOC Zvládanie liečebného režimu 1601 zvládania záťaže u pacientov s hepatitídou B ?

## 3.2 Metódy prieskumu

### Výberový súbor

Základnou populáciou boli pacienti s lekárskou diagnózou hepatitída B. Zaráďujúcim kritériom pre výber výskumnej vzorky bola lekárska diagnóza Hepatitída B, v akútnom a chronickom štádiu ochorenia, hospitalizovaní na Infekčnej klinike vo FN Nitra od novembra 2009 do februára 2010.

Výskumnú vzorku tvorilo  $n = 30$  (100%) zámerné vybraných pacientov podľa zaráďujúcich kritérií, z toho  $n = 15$  (50%) v akútnom štádiu (10 mužov a 5 žien) vo veku od 18-64 rokov, a  $n = 15$  (50%) v chronickom štádiu (9 mužov a 6 žien) vo veku od 22- 46 rokov. Respondenti boli oboznámení s účelom prieskumu. Respondentov sme poprosili o ich úprimnosť, aby vyhodnotenie prieskumu, čo najviac zodpovedalo realite.

### Metódy

Pre spracovanie teoretickej časti práce sme použili **literárnu metódu** zameranú na štúdium problematiky zvládanie a prežívanie choroby v dostupných aktuálnych literárnych zdrojoch. V prieskumnej časti práci používame nasledovné metódy :

- **dotazník – posudzovací nástroj** – vybraný súbor klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva NOC – Zvládanie liečebného režimu číslo 1601 (príloha A), na získanie údajov týkajúcich sa posudzovaných položiek súboru pre zhodnotenie zvládania záťaže pri ochorení hepatitída B. Odpovede vo vybranom súbore sú usporiadané v Likertovej škále, jednotlivé položky boli odstupňované odpoveďami od 1 do 5. Odpoveď 1 znamenala – nikdy, 2- ojedinele, 3- niekedy, 4- často, 5- vždy.
- **rozhovor** – ako doplňujúcu metódu, u pacientov s hepatitídou B na zistenie špecifických informácií a vedomostí o diagnóze pre zvládania záťaže liečebného režimu.
- **obsahová analýza dokumentov** nám poslúžila pre zaradenie respondentov do vybraného súboru s vírusovou hepatitídou B a k získaniu údajov o diagnóze.

### Plán prieskumu

Preštudovaním literatúry a vytvorením teoretických východísk sme si ujasnili a stanovili prieskumné problémy. Prieskum sme realizovali na Infekčne klinike vo Fakultnej nemocnici v Nitre, po súhlase námestníčky pre ošetrovateľstvo Mgr. Angeliky Bahíkovej, a prednostky kliniky h. doc. MUDr. Ľubici Pieseckej, PhD., sme pristúpili k výberu

pacientov podľa stanovených kritérií. Na zisťovanie informácií prostredníctvom respondentov sme ako hlavnú metódu použili dotazník – posudzovací nástroj z vybraného súboru NOC.

## 4 VÝSLEDKY PRIESKUMU

Výsledky prieskumu sme získali na základe analýzy výsledkov z vybraného súboru klasifikačného systému ošetrovateľstva NOC.

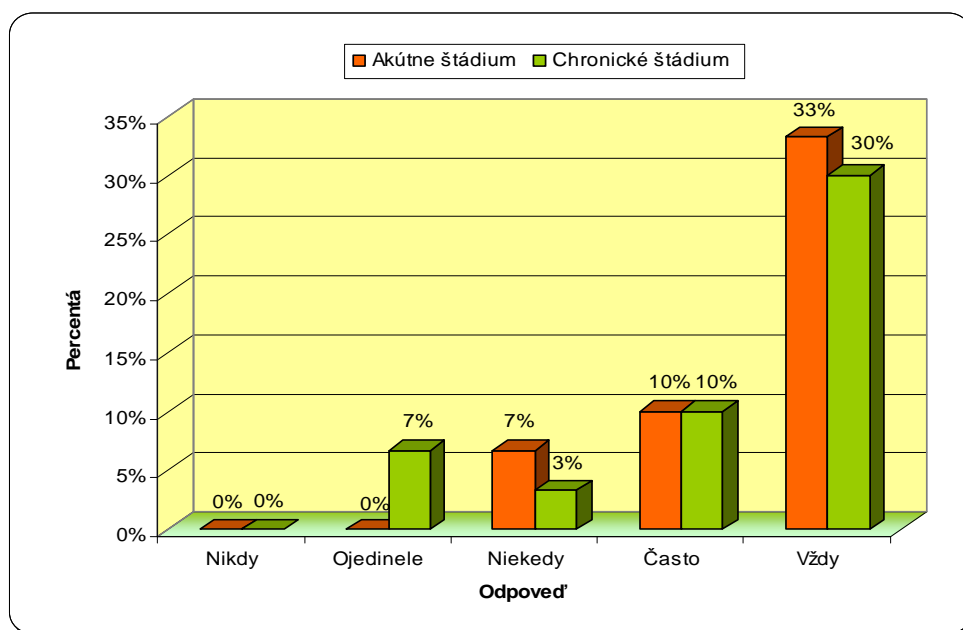
### 4.1 Zvládanie záťaž – liečebného režimu u pacientov s vírusovou hepatítidou B

Na prvú otázku vybraného súboru z klasifikačného systému NOC zameraného na zvládanie liečebného režimu u pacientov s hepatítidou B respondenti odpovedali nasledovne.

Tab.1 Akceptujete diagnózu 160104

	Akútne štádium		Chronické štádium	
	n	%	n	%
Nikdy	0	0	0	0
Ojedinele	0	0	2	7
Niekedy	2	7	1	3
Často	3	10	3	10
Vždy	10	33	9	30
Spolu	15	50	15	50

Graf 1 Akceptujete diagnózu 160104



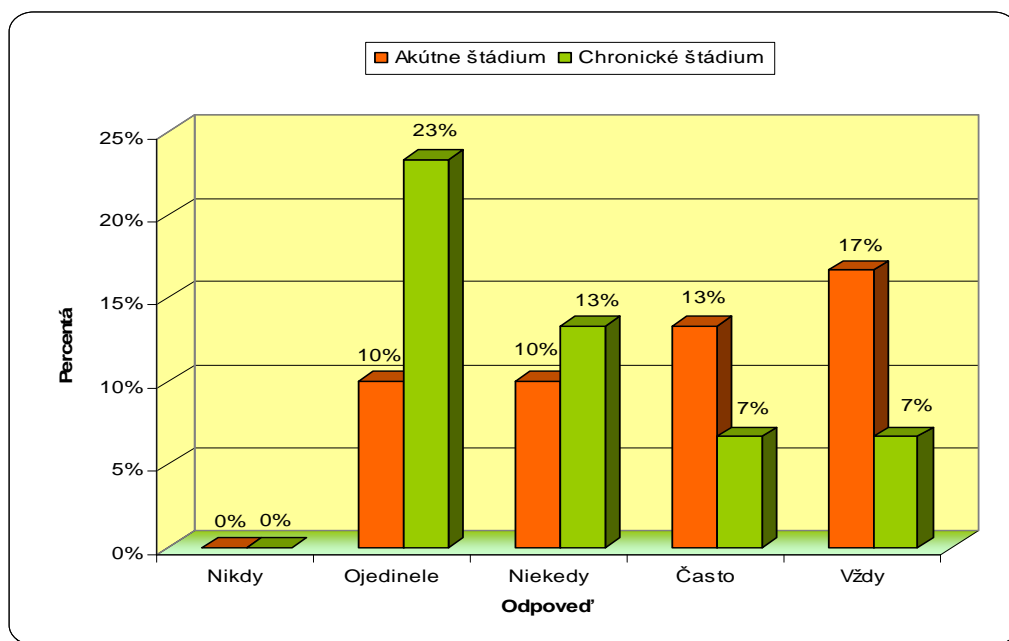
Odpoveď vždy uviedlo v akútnom štádiu  $n = 10$  (33%) respondentov, v chronickom štádiu uviedlo  $n = 9$  (30%) respondentov z oddelenia. Akceptovanie diagnózy zaznamenalo rovnaký počet respondentov v oboch obdobiach  $n = 3$  (10%). V akútnom štádiu uviedlo odpoveď niekedy  $n = 2$  (7%), v chronickom štádiu  $n = 1$  (3%). Odpoveď ojedinele v chronickom období uviedlo  $n = 2$  (7%), nakoľko v akútnom období  $n = 0$  (0%). Odpoveď nikdy uviedlo  $n = 0$  (0%) respondentov z oddelenia.

Na druhú otázku vybraného súboru z klasifikačného systému NOC zameraného na zvládanie liečebného režimu u pacientov s hepatitídou B respondenti odpovedali nasledovne:

Tab.2 Vyhľadáva renomované informácie o diagnóze 160114

	Akútne štádium		Chronické štádium	
	n	%	n	%
Nikdy	0	0	0	0
Ojedinele	3	10	7	23
Niekedy	3	10	4	13
Často	4	13	2	7
Vždy	5	17	2	7
Spolu	15	50	15	50

Graf 2 Vyhľadáva renomované informácie o diagnóze 160114





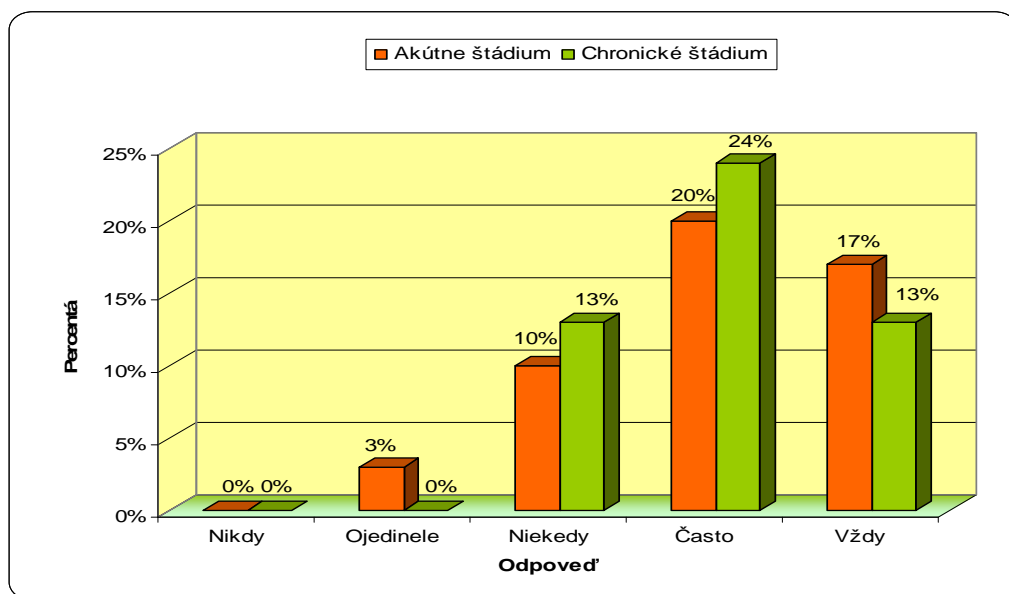
V grafe 2 analyzujeme odpovede na otázku: „Vyhľadáva renomované informácie o diagnóze.“ Na odpoveď nikdy odpovedalo v oboch obdobiach n = 0 (0%). Na odpoveď ojedinele v chronickom období odpovedalo najviac respondentov n = 7 (23%). V akútnom období vyhľadáva n = 3 (10%). Niekedy uviedlo v akútnom štádiu n = 3 (10%), v chronickom štádiu n = 4 (13%). Rovnaký počet respondentov akútnom období uviedlo na odpoveď často n = 4 (13%), v chronickom období len n = 2 (7%). Vždy uviedlo v akútnom štádiu n = 5 (17%), v chronickom štádiu n = 2 (7%).

Na tretiu otázku vybraného súboru z klasifikačného systému NOC zameraného na zvládanie liečebného režimu u pacientov s hepatitídou B respondenti odpovedali nasledovne:

Tab.3 Vyhľadáva renomované informácie o liečbe 160115

	Akútne štádium		Chronické štádium	
	n	%	n	%
Nikdy	0	0	0	0
Ojedinele	1	3	0	0
Niekedy	3	10	4	13
Často	6	20	7	24
Vždy	5	17	4	13
Spolu	15	50	15	50

Graf 3 Vyhľadáva renomované informácie o liečbe 160115



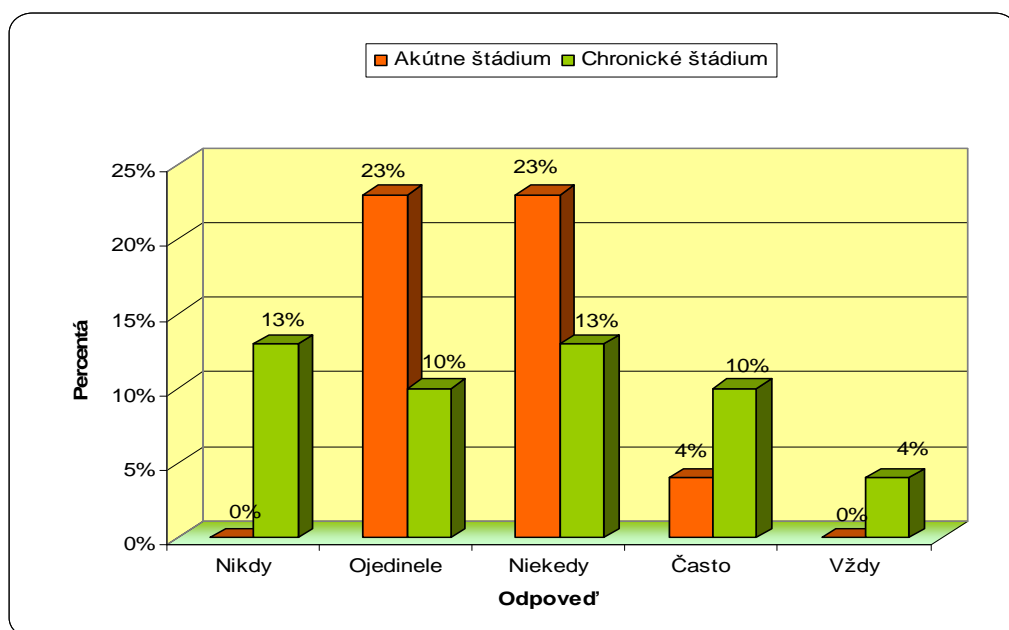
V grafe 3 nás zaujímalo, ako respondenti odpovedali na otázku: „Vyhľadávate renomované informácie o liečbe?“. Na odpoveď vždy odpovedalo v akútnom štádiu n = 5 (17%), v chronickom štádiu n = 4 (13%). Na odpoveď často najviac odpovedalo v chronickom štádiu n = 7 (24%), v akútnom n = 6 (20%). Odpoveď niekedy si vybralo v akútnom období n = 3 (10%), v chronickom období n = 4 (13%). Odpoveď nikdy a ojedinele v chronickom štádiu neuviedol ani jeden z respondentov na oddelení. Ojedinele v akútnom štádiu uviedlo n = 1 (3%).

Na štvrtú otázku vybraného súboru z klasifikačného systému NOC zameraného na zvládanie liečebného režimu u pacientov s hepatitídou B respondenti odpovedali nasledovne:

Tab. 4 Diskutuje o predpísanej liečbe so zdravotníkom 160102

	Akútne štádium		Chronické štádium	
	n	%	n	%
Nikdy	0	0	4	13
Ojedinele	7	23	3	10
Niekedy	7	23	4	13
Často	1	4	3	10
Vždy	0	0	1	4
Spolu	15	50	15	50

Graf 4 Diskutuje o predpísanej liečbe so zdravotníkom 160102



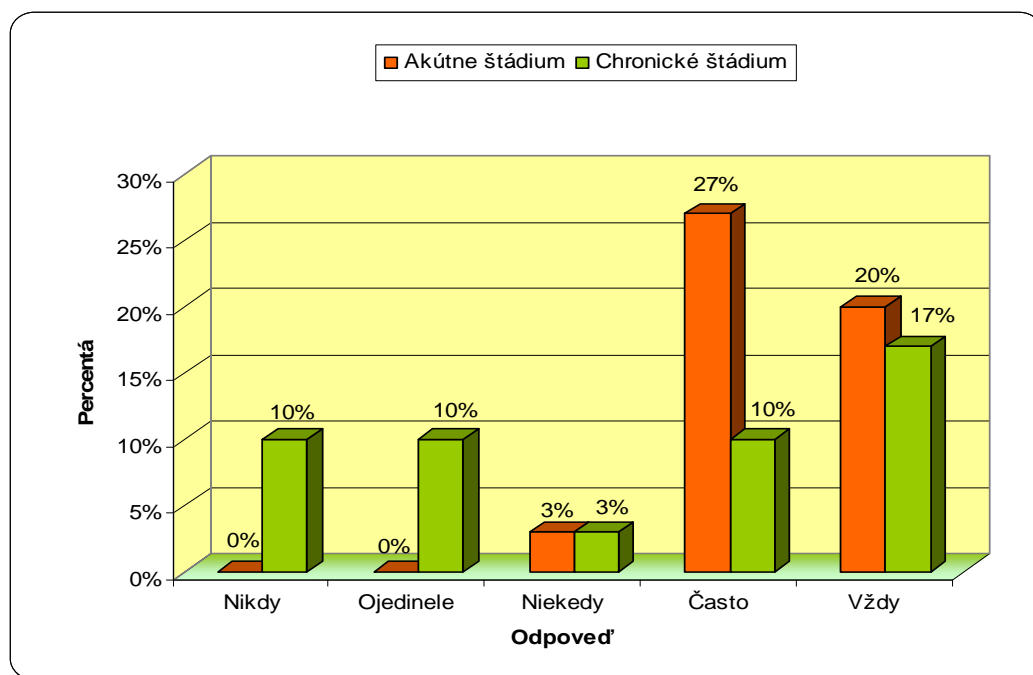
Nikdy nediskutuje o predpísanej liečbe so zdravotníkom v akútnom štádiu  $n = 0$  (0%), v chronickom  $n = 4$  (13%). Odpoveď ojedinele uviedlo v akútnom štádiu  $n = 7$  (23%), v chronickom  $n = 3$  (10%). Niekedy uviedlo v akútnom štádiu  $n = 7$  (23%), v chronickom  $n = 4$  (13%). Často v akútnom štádiu  $n = 1$  (4%), v chronickom  $n = 3$  (10%). Vždy neuviedol ani jeden z respondentov, v akútnom štádiu, v chronickom  $n = 1$  (4%).

Na piatu otázku vybraného súboru z klasifikačného systému NOC zameraného na zvládanie liečebného režimu u pacientov s hepatitídou B respondenti odpovedali nasledovn

Tab. 5 Vykonáva liečebný režim podľa ordinácie 160103

	Akútne štádium		Chronické štádium	
	n	%	n	%
Nikdy	0	0	3	10
Ojedinele	0	0	3	10
Niekedy	1	3	1	3
Často	8	27	3	10
Vždy	6	20	5	17
Spolu	15	50	15	50

Graf 5 Vykonáva liečebný režim podľa ordinácie 160103



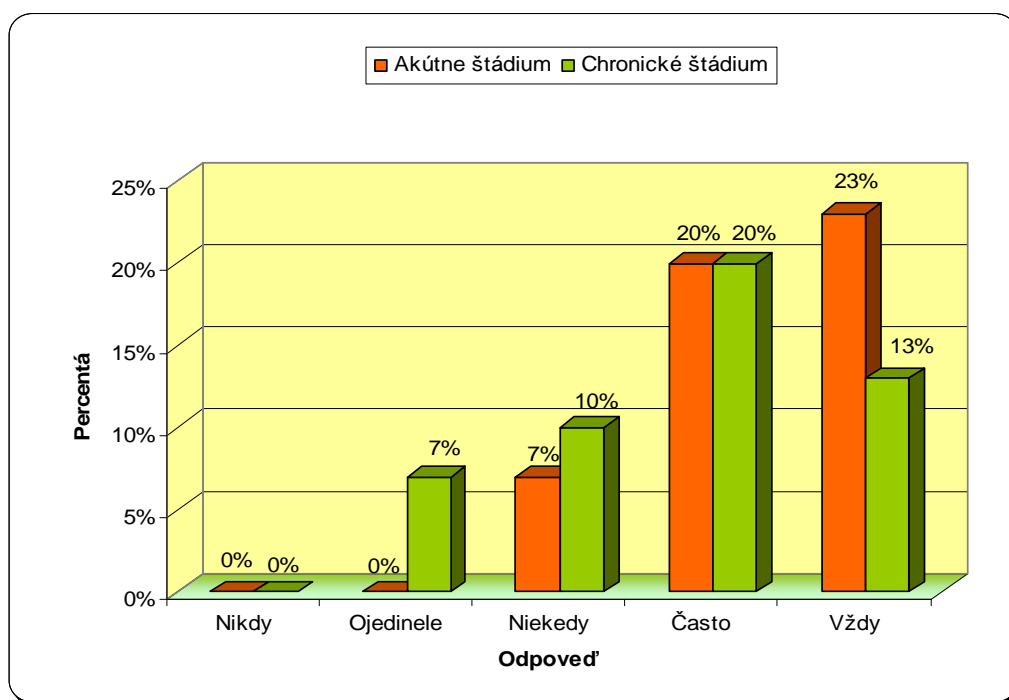
Odpoveď nikdy a ojedinele v akútnom štádiu neuviedol ani jeden respondent, v chronickom štádiu uviedlo rovnaký počet respondentov  $n = 3$  (10%). Rovnaký počet uviedlo aj na odpoveď niekedy  $n = 1$  (3%). Často vykonáva liečebný režim podľa ordinácie v akútnom štádiu  $n = 8$  (27%), v chronickom štádiu  $n = 3$  (10%). Vždy vykonáva v akútnom období  $n = 6$  (20%), v chronickom období  $n = 5$  (17%).

Na šiestu otázku vybraného súboru z klasifikačného systému NOC zameraného na zvládanie liečebného režimu u pacientov s hepatitídou B respondenti odpovedali nasledovne:

Tab. 6 Dodržiava návštevy u zdravotníka 160105

	Akútne štádium		Chronické štádium	
	n	%	n	%
Nikdy	0	0	0	0
Ojedinele	0	0	2	7
Niekedy	2	7	3	10
Často	6	20	6	20
Vždy	7	23	4	13
Spolu	15	50	15	50

Graf 6 Dodržiava návštevy u zdravotníka 160105



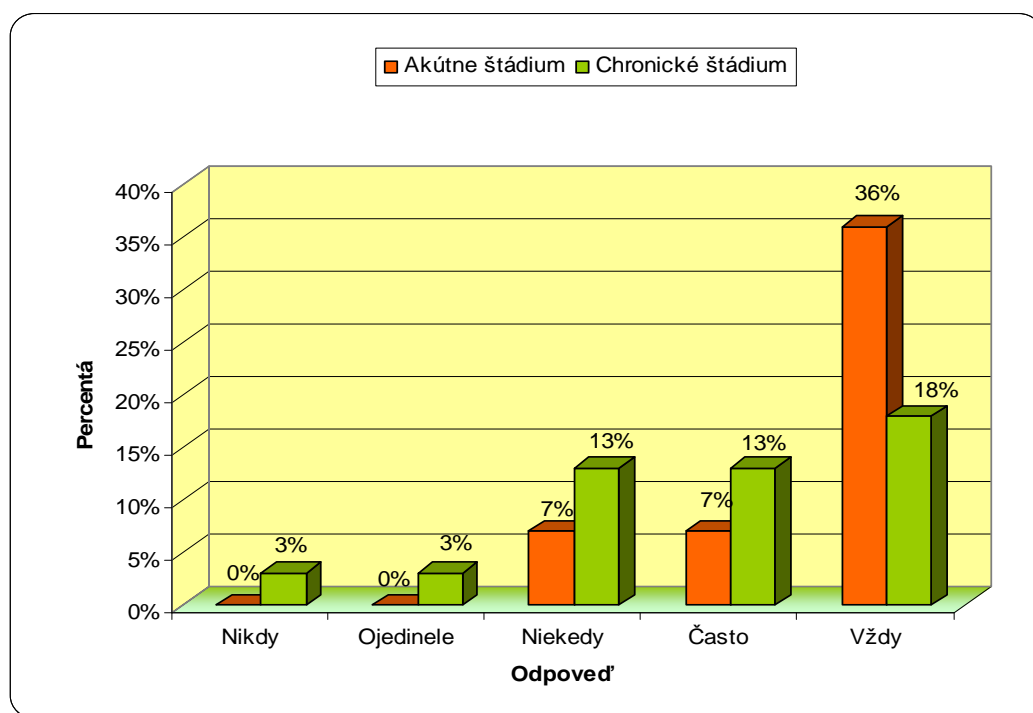
Dodržiavanie návštev u zdravotníkov vždy v akútnom období uviedlo  $n = 7$  (23%), v chronickom  $n = 4$  (13%). Často uviedlo rovnaký počet respondentov aj v akútnom aj v chronickom období. Odpoveď niekedy v akútnom a odpoveď v chronickom období uviedlo rovnaký počet ľudí. Niekedy v chronickom období uviedlo  $n = 3$  (10%). Odpoveď nikdy neuviedol nikto.

Na siedmu otázku vybraného súboru z klasifikačného systému NOC zameraného na zvládanie liečebného režimu u pacientov s hepatitídou B respondenti odpovedali nasledovne:

Tab. 7. Hlásí zmeny v symptómoch zdravotníkovi 160111

	Akútne štádium		Chronické štádium	
	n	%	n	%
Nikdy	0	0	1	3
Ojedinele	0	0	1	3
Niekedy	2	7	4	13
Často	2	7	4	13
Vždy	11	36	5	18
Spolu	15	50	15	50

Graf 7 Hlásí zmeny v symptómoch zdravotníkovi 160111



V grafe 7 analyzujeme odpovede na otázku 7: „Hlásite zmeny v symptómoch zdravotníkovi.“ Respondenti odpovedali nasledovne: odpoveď nikdy a ojedinele v akútnom štádiu sa neobjavilo ani u jedného respondenta, v chronickom n = 1 (3%).

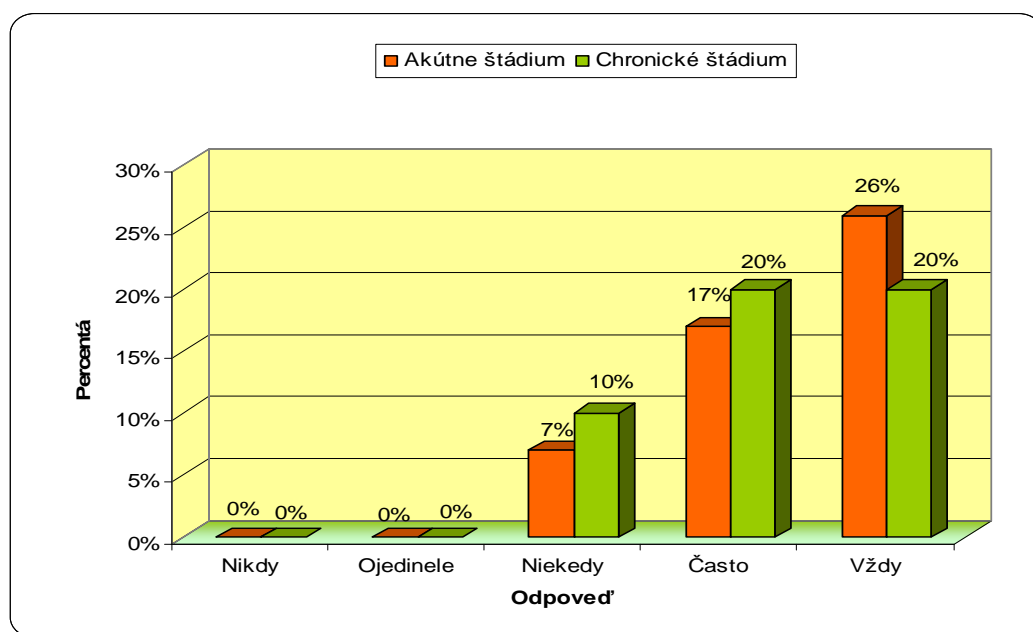
Niekedy uviedlo v akútnom štádiu n = 2 (7%), v chronickom štádiu n = 4 (13%). Odpoveď často uviedlo v akútnom období n = 2 (7%), v chronickom období n = 4 (3%) respondentov. Odpoveď vždy v akútnom štádiu odpovedalo najviac respondentov n = 11 (36%), v chronickom n = 5 (18%).

Na ôsmu otázku vybraného súboru z klasifikačného systému NOC zameraného na zvládanie liečebného režimu u pacientov s hepatitídou B respondenti odpovedali nasledovne:

Tab. 8 Modifikuje liečebný režim podľa pokynov zdravotníka 160106

	Akútne štádium		Chronické štádium	
	n	%	n	%
Nikdy	0	0	0	0
Ojedinele	0	0	0	0
Niekedy	2	7	3	10
Často	5	17	6	20
Vždy	8	26	6	20
Spolu	15	50	15	50

Graf 8 Modifikuje liečebný režim podľa pokynov zdravotníka 160106



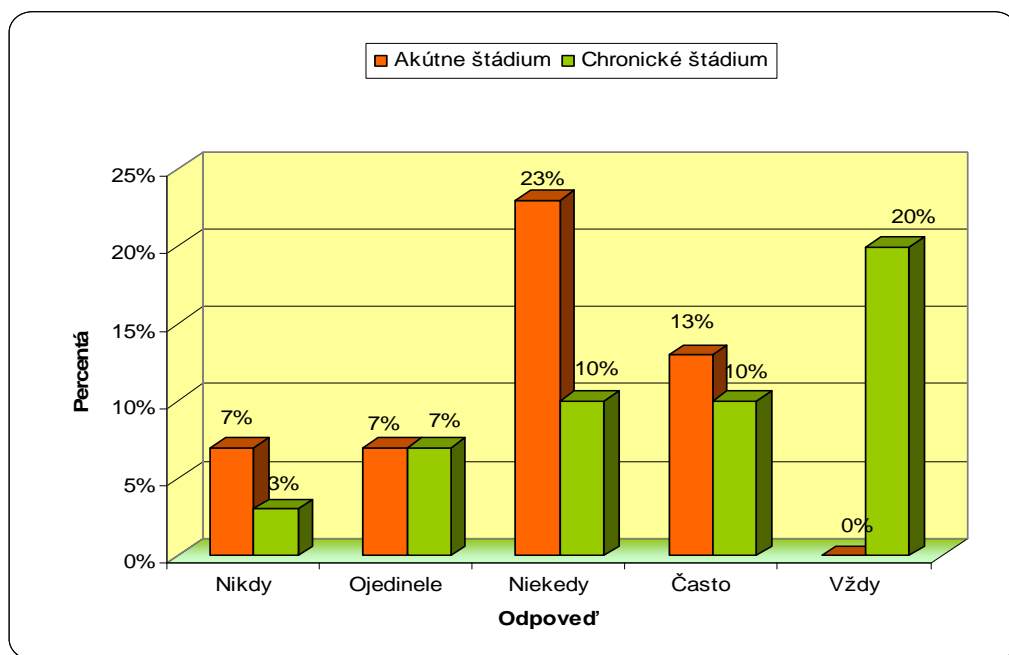
Zaujímalo nás, ako respondenti odpovedajú na otázku 8: „*Modifikuje liečebný režim podľa pokynov zdravotníka?*“ Výsledky sú nasledovné: zistili sme že odpoveď nikdy a ojedinele neuviedol ani jeden z respondentov. Odpoveď niekedy v akútnom období uviedlo n = 2 (7%), v chronickom období n = 3 (10%). Často uviedlo v akútnom období n = 5 (17%), v chronickom období odpoveď často a vždy uviedlo rovnaký počet respondentov n = 6 (20%). Odpoveď vždy uviedlo najviac respondentov n = 8 (26%).

Na deviatu otázku vybraného súboru z klasifikačného systému NOC zameraného na zvládanie liečebného režimu u pacientov s hepatitídou B respondenti odpovedali nasledovne:

Tab. 9 Monitoruje reakcie na liečbu 160112

	Akútne štádium		Chronické štádium	
	n	%	n	%
Nikdy	2	7	1	3
Ojedinele	2	7	2	7
Niekedy	7	23	3	10
Často	4	13	3	10
Vždy	0	0	6	20
Spolu	15	50	15	50

Graf 9 Monitoruje reakcie na liečbu 160112



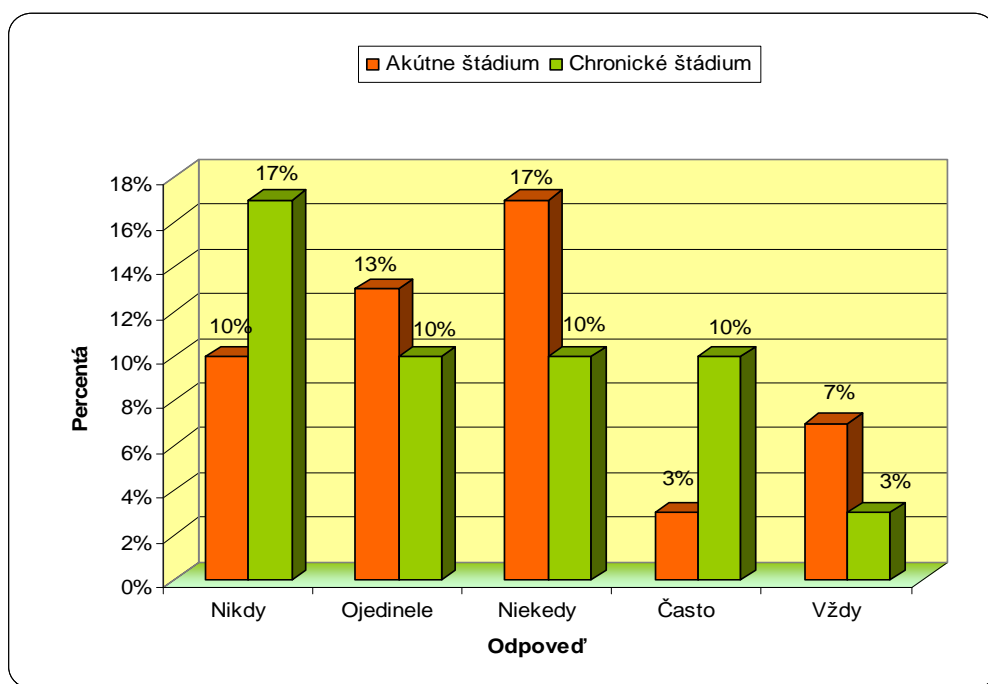
Najviac respondentov uviedlo odpoveď niekedy v akútnom období , pričom na oddelení to bolo n = 7 (23%). Odpoveď nikdy uviedlo v akútnom štádiu n = 2 (7%), v chronickom n = 1 (3%). Na odpoveď ojedinele v oboch obdobiach odpovedalo rovnaký počet respondentov. Odpoveď niekedy a často v chronickom období uviedlo takisto rovnaký počet respondentov. Odpoveď vždy uviedlo v chronickom štádiu n = 6 (20%).

Na desiatu otázku vybraného súboru z klasifikačného systému NOC zameraného na zvládanie liečebného režimu u pacientov s hepatitídou B respondenti odpovedali nasledovne:

Tab. 10 Monitoruje terapeutické účinky liekov 160113

	Akútne štádium		Chronické štádium	
	n	%	n	%
Nikdy	3	10	5	17
Ojedinele	4	13	3	10
Niekedy	5	17	3	10
Často	1	3	3	10
Vždy	2	7	1	3
Spolu	15	50	15	50

Graf 10 Monitoruje terapeutické účinky liekov 160113





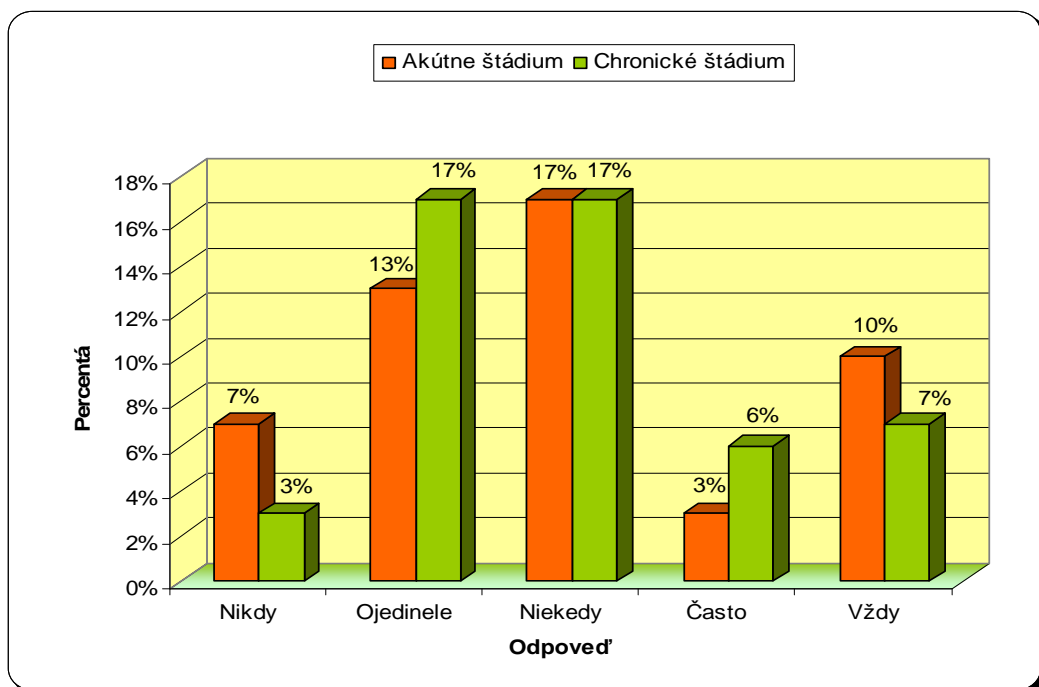
Len  $n = 5$  (17%) respondentov uviedlo odpoveď nikdy v chronickom štádiu a odpoveď niekedy v akútnom štádiu. Odpoveď nikdy v akútnom období, a odpoveď ojedinele, niekedy a často v chronickom období uviedlo rovnaký počet respondentov  $n = 3$  (10%)

Na jedenástu otázku vybraného súboru z klasifikačného systému NOC zameraného na zvládanie liečebného režimu u pacientov s hepatitídou B respondenti odpovedali nasledovne:

Tab. 11 Vykonáva self-screening podľa pokynov 160107

	Akútne štádium		Chronické štádium	
	n	%	n	%
Nikdy	2	7	1	3
Ojedinele	4	13	5	17
Niekedy	5	17	5	17
Často	1	3	2	6
Vždy	3	10	2	7
Spolu	15	50	15	50

Graf 11. Vykonáva selfsceening podľa pokynov 160107



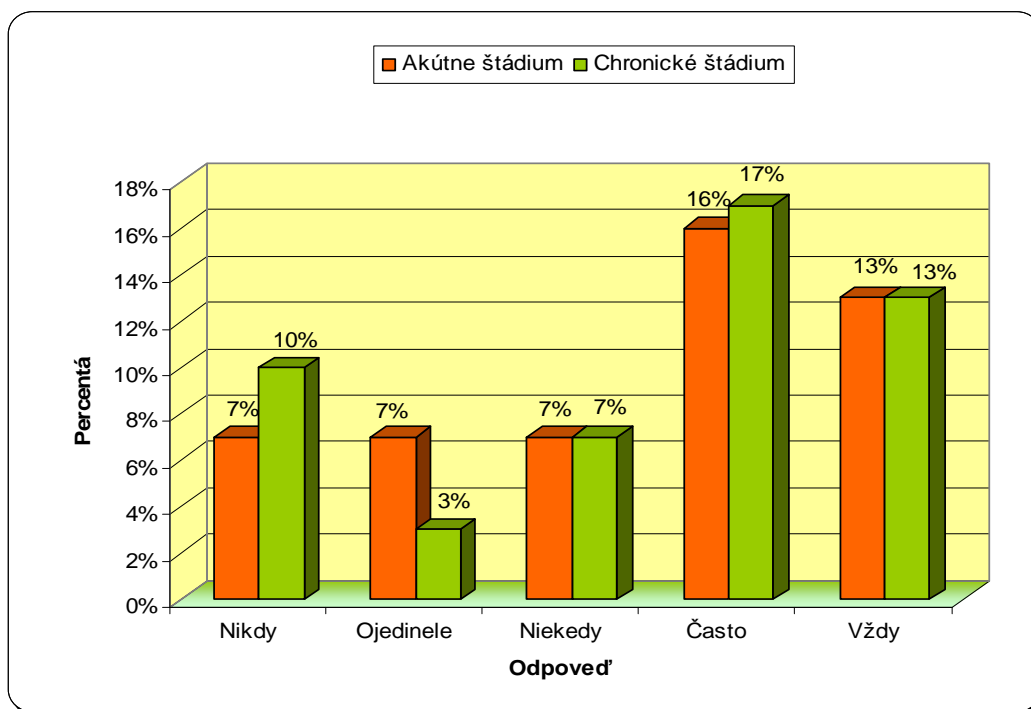
Najviac odpovedí bolo ojedinele v chronickom štádiu, a niekedy v obidvoch obdobiach n = 5 (17%). Odpoveď vždy uviedlo v akútnom období n = 3 (10%), v chronickom období n = 2 (7%).

Na dvanástu otázku vybraného súboru z klasifikačného systému NOC zameraného na zvládanie liečebného režimu u pacientov s hepatitídou B respondenti odpovedali nasledovne:

Tab. 12. Vykonaáva aktivity denného života podľa ordinácie 160108

	Akútne štádium		Chronické štádium	
	n	%	n	%
Nikdy	2	7	3	10
Ojedinele	2	7	1	3
Niekedy	2	7	2	7
Často	5	16	5	17
Vždy	4	13	4	13
Spolu	15	50	15	50

Graf 12. Vykonaáva aktivity denného života podľa ordinácie



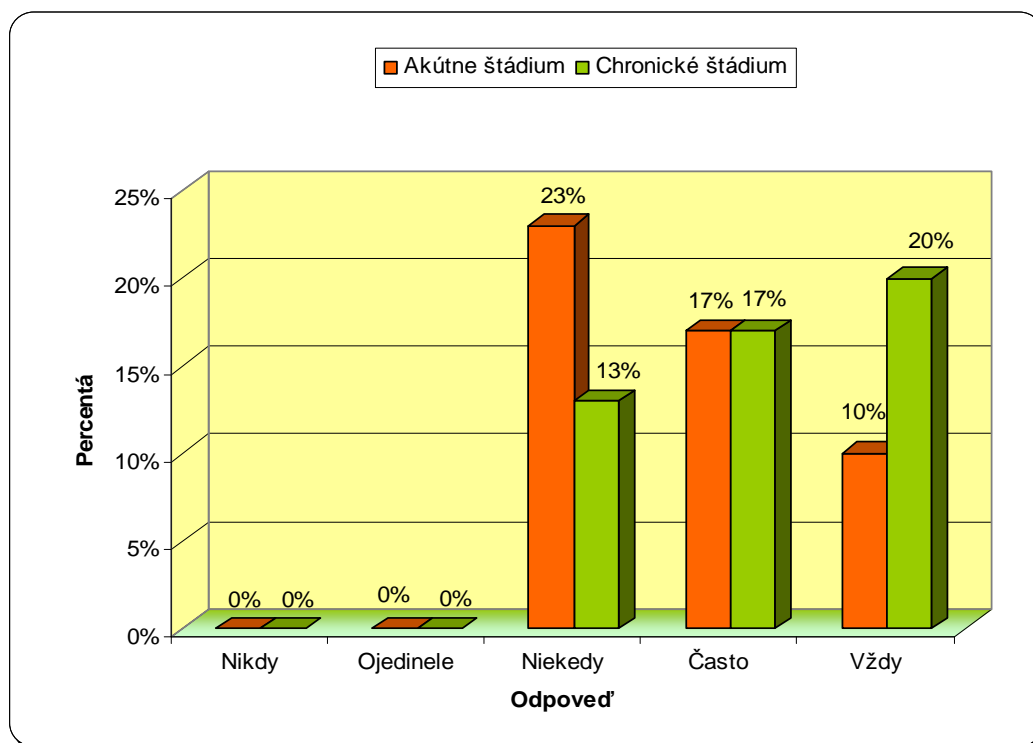
Najviac respondentov odpovedalo na otázku: „Vykonáva aktivity denného života podľa ordinácie?“ n = 5 (17%), ktorí uviedli odpoveď často v chronickom štádiu. Odpoveď vždy uviedlo rovnaký počet respondentov v oboch obdobiach n = 4 (13%).

Na trinástu otázku vybraného súboru z klasifikačného systému NOC zameraného na zvládanie liečebného režimu u pacientov s hepatítidou B respondenti odpovedali nasledovne:

Tab. 13. Vyhľadáva externé posilnenie pre vykonávanie zdravého správania 160109

	Akútne štádium		Chronické štádium	
	n	%	n	%
Nikdy	0	0	0	0
Ojedinele	0	0	0	0
Niekedy	7	23	4	13
Často	5	17	5	17
Vždy	3	10	6	20
Spolu	15	50	15	50

Graf 13. Vyhľadáva externé posilnenie pre vykonávanie zdravého správania 160109



V grafe 13 analyzujeme odpovede na otázku 13 „Vyhľadáva externé posilnenie pre vykonávanie zdravého správania?“. Výsledky analyzujeme nasledovne, odpoveď nikdy a ojedinele v obidvoch obdobiach neuviedol nikto. Najviac respondentov uviedlo odpoveď niekedy v akútnom období  $n = 7$  (23%). Rovnaký počet odpovedí často u oboch štádií bolo a to  $n = 5$  (17%).

## 5 Diskusia

Vírusová hepatitída B predstavuje stále závažný celosvetový problém. Vysoký počet infikovaných pacientov a potenciálne vážne následky choroby, ako sú progresia do cirhózy, pečenevého zlyhávania alebo hepatocelulárneho karcinomu (HCC), sú predpokladom toho, že hepatitída B nestratí na aktuálnosti ani v dohľadnej budúcnosti. Primárnym cieľom akútnej a chronickej vírusovej hepatitídy B je zastavenie, alebo aspoň spomalenie progresie choroby, čo v konečnom dôsledku pre pacienta znamená zlepšenie kvality života a jeho predĺženie.

Cieľom výskumu bolo zistenie úrovne zvládania záťaže prostredníctvom zvládania a dodržiavania liečebného režimu pri infekčnej hepatitíde B v akútnom a chronickom štádiu ochorenia. Na základe vybraného súboru z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva NOC sme získali nasledovné zistenia.

Na základe získaných výsledkov, môžeme konštatovať, že prieskumnú vzorku tvorilo 30 vybraných pacientov s diagnózou vírusová hepatitída B, z toho 15 v akútnom štádiu a 15 v chronickom štádiu. Veková skupina v akútnom štádiu bola od 18 do 64 rokov, z toho 10 mužov a 5 žien, veková skupina v chronickom štádiu bola od 22 do 46 rokov, z toho 9 mužov a 6 žien.

V prvej výskumnej otázke sme zisťovali rozdiel v zvládaní liečebného režimu u pacientov s vírusovou hepatitídou B v akútnom a chronickom štádiu. Naš predpoklad sme si overovali otázkami vybraného súboru z klasifikačného systému ošetrovateľstva NOC.

Optimistický výsledok sme zistili, že na otázku akceptujete diagnózu, nám odpovedalo vždy, najviac respondentov v akútnom štádiu 10 (33%), v chronickom štádiu 9 (30%). Odpoveď nikdy neuviedol ani jeden z respondentov 0 (0%), v akútnom aj v chronickom štádiu. Odpoveď niekedy uviedlo v akútnom štádiu 2 (7%), v chronickom štádiu 1 (3%). Ojedinele uviedlo v akútnom štádiu 0 (0%), v chronickom štádiu 2 (7%). Odpoveď často uviedlo rovnako 3 (10%), v akútnom aj v chronickom štádiu (graf 1). Na druhú otázku vybraného súboru NOC, vyhľadáva renomované informácie o diagnóze sme zistili, že odpoveď nikdy neuviedol ani jeden respondent 0 (0%), v akútnom aj v chronickom štádiu. Odpoveď vždy v akútnom štádiu uviedlo najviac respondentov 5 (17%), v chronickom štádiu len 2 (7%), z čoho vyplýva, že informácie o diagnóze sú na priemernej úrovni (graf 2). Hrušovský (2007) tvrdí, že približne 90% infekcií HBV prebehne ako akútna hepatitída B s vyliečením do pol roka, to znamená ak pacient má,

alebo vyhľadáva nejaké informácie je schopný vyliečiť sa a neprechádzať do chronického štádia. V tretej otázke vybraného súboru z klasifikačného systému NOC sme sa zamerali, či pacient vyhľadáva renomované informácie o liečbe. Veľmi nás zaujalo, že odpoveď vždy a často uviedlo najviac respondentov. Na odpoveď často v akútnom štádiu uviedlo 6 (20%), v chronickom štádiu 7 (24%). Odpoveď vždy uviedlo v akútnom štádiu 5 (17%). V chronickom štádiu 4 (13%). Z toho jednoznačne vyplýva, že 74% pacientov má dostatok vedomosti o svojej liečbe (graf 3).

Na štvrtú otázku vybraného súboru z klasifikačného systému NOC zameraného na zvládanie liečebného režimu u pacientov s vírusovou hepatitídou B respondenti odpovedali na otázku „*Diskutuje o predpísanej liečbe so zdravotníkom?*“ nasledovne. Odpoveď ojedinele a niekedy uviedlo v akútnom štádiu rovnaký počet respondentov 7 (23%). Odpoveď ojedinele a často v chronickom štádiu tiež uviedlo rovnaký počet respondentov 3 (10%). Nikdy uviedlo v akútnom štádiu 0 (0%), v chronickom 4 (13%). Pri posudzovaní týchto výsledkov sme dokázali, že úroveň komunikácie zo strany sestry, lekára, či pacienta je veľmi nízka (graf 4). Na otázku vykonáva liečebný režim podľa ordinácie odpovedalo často 8 (27%) respondentov, odpoveď vždy 6 (20%), v akútnom štádiu čiže najviac, čo sa nám aj potvrdilo. Z toho vyplýva, že pacienti v akútnom štádiu sú voči svojmu zdraviu zodpovednejší. Odpoveď niekedy uviedlo v oboch štádiách rovnaký počet 1 (3%) respondentov. Odpoveď nikdy a ojedinele, uviedlo v akútnom štádiu 0 (0%), chronickom 3 (10%) graf 5. Z analýzy otázky dodržiava návštevy u zdravotníka sme dospeli k nasledovným výsledkom a to, často uviedlo 6 (20%), respondentov a akútnom aj v chronickom štádiu, vždy uviedlo 7 (23%), v akútnom a 4 (3%), v chronickom štádiu. Za pozitívne považujeme skutočnosť, že pacienti chcú byť liečení, chcú chrániť seba aj svoje okolie (graf 6).

Hrušovský (2007, s. 137) uvádza „*že vírus sa zisťuje v krvi v období medzi 10. a 20. dňom po vniknutí do organizmu. U 90 % pacientov pretrváva virémia 2 až 3 mesiace, potom vymizne.*“ Počas fázy virémie sa vírus nevylučuje stolicou ale je v rozličných sekrétoch: v slinách, c slzách, v pote, v pohlavných sekrétoch. Infekcia HBV je v 80 – 90 % prípadov asymptomatická. Pri ikterickej forme sa zjaví príznaky, ale jeden pacient má zriedka všetky príznaky. Na základe získaných údajov môžeme súhlasiť s tvrdením, pretože odpovede boli nasledovné, odpoveď nikdy a ojedinele v akútnom štádiu uviedlo 0 (0%) respondentov (graf 7). Pri skúmaní otázky modifikuje liečebný režim podľa pokynov zdravotníka sme dostali nasledovné odpovede: odpoveď nikdy a ojedinele neuviedol nikto

0 (0%). Niekedy uviedlo 2 (7%) v akútnom štádiu, 3 (10%), v chronickom štádiu. Odpoveď vždy uviedlo najviac 8 (26%), v akútnom štádiu. Ďalej sa domnievame, že overovanie súboru klasifikačného systému NOC zameraného na zvládanie liečebného režimu, sme robili u pacientov, ktorí sa už liečia, aj tak sú niektoré odpovede zarážajúce. (graf 8). Na otázku monitoruje reakcie na liečbu, uviedlo odpoveď nikdy 2 (7%), v akútnom štádiu, v chronickom 1 (3%). Odpoveď ojedinele uviedlo narovna 2 (7%), v oboch štádiách. Niekedy 7 (23%) v akútnom štádiu (graf 9). Takisto zarážajúce sú aj odpovede na otázku či monitoruje terapeutické účinky liekov a to: nikdy uviedli 3 (10%), v akútnom, 5 (17%), v chronickom štádiu. Niekedy uviedlo 5 (17%) v akútnom a 3 (10%), v chronickom štádiu (graf 10). Vykonávanie self-scening podľa pokynov uviedlo odpoveď niekedy rovnaký počet respondentov či už v akútnom aj v chronickom štádiu 5 (17%). Vždy uviedlo v akútnom 3 (10%), v chronickom 2 (7%) štádiu (graf 11).

Hrušovský (2007) uvádza že, akútna hepatitída sa dá spontánne vyliečiť bez dlhodobých následkov, čiže otázka vykonáva aktivity denného života podľa ordinácie nám dala nasledovné odpovede. Odpoveď často uviedlo v akútnom štádiu 5 (16%), v chronickom 5 (17%), (graf 12). Analýzou otázky číslo 13 zameranej na vyhľadáva externé posilnenie pre vykonávanie zdravého správania boli nasledovné odpovede, odpoveď niekedy uviedlo v akútnom štádiu 7 (23%), v chronickom štádiu 4 (13%). Na odpoveď často odpovedalo rovnaký počet respondentov v akútnom aj v chronickom štádiu 5 (17%). Odpoveď vždy uviedlo 3 (10%), v akútnom, a 6 (20%), v chronickom štádiu (graf 13).

V druhej výskumnej otázke sme zisťovali, či vybraný súbor klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva NOC hodnotí zvládanie liečebného režimu 1601 zvládania záťaže u pacientov s hepatitídou B. Zistili sme, že jednotlivé položky hovoria o tom, že na základe tohto zhodnotenia, pacient spolupracuje, prijíma ochorenie, čo svedčí pre zvládanie záťaže a to nasledovne.

Zistili sme, že 33% respondentov v akútnom štádiu akceptuje diagnózu, čo pre nich nepredstavuje záťaž, ale opačne 7% v chronickom štádiu, udávalo záťaž vo akceptovaní diagnózy, na základe čoho sme zistili, že nie sú schopný spolupracovať, prijať ochorenie, vykonávať režim podľa ordinácie.

Vyhľadávanie informácií o liečbe sme predpokladali, že odpoveď vždy uvedie najväčší počet respondentov, pričom odpoveď niekedy uviedlo 10% v akútnom štádiu, a 13%

v chronickom štádiu, čo predstavuje záťaž vo vyhľadávaní informácií o liečbe. Za nevyhnutné považujeme zviditeľňovanie propagačných materiálov, brožúr, letákov, vtedy by pacient lepšie zvládal liečebný režim k danej problematike (graf 2).

Pacienti, po vyliečení a prepustení zo zdravotníckeho zariadenia musia vedieť všetko o chorobe, aj o tom aké sú dôležité návštevy u zdravotníka. Na túto otázku respondenti uviedli odpoveď nasledovne, 20% respondentov uviedlo v akútnom aj v chronickom štádiu, 23% uviedlo odpoveď vždy v akútnom štádiu a 13% v chronickom štádiu. Nasledovná položka nesvedčí o záťaži, pretože pacient spolupracuje a je upovedomení o možných rizikách o ochorení ak sa nelieči. Je poučený o dlhodobom monitorovaní protilátok anti-HBV, a iných pečeňových parametrov (graf 6).

Hlási zmeny v symptómoch zdravotníkovi? Tu sme zistili, že 36 % respondentov v akútnom štádiu uviedlo odpoveď vždy, čo predstavuje zvládanie záťaže, pričom nás sklamali odpovede v chronickom štádiu, pretože odpoveď nikdy a ojedinele uviedlo 3% respondentov a 13% uviedlo odpoveď niekedy, to znamená ak pacient nepozná presné symptómy o ochorení, nie je schopný poznať a hlásiť zmeny zdravotníkovi, to nám dokazuje nízku úroveň spokojnosti pacienta a aj nízku úroveň vo v zvládaní liečebného režimu (graf 7).

Za pozitívne zistenie považujeme skutočnosť, že pacienti správne uviedli Odpoveď často a vždy na otázku č.12: „*Vykonáva aktivity denného života podľa ordinácie?*“ Z analýzy jednoznačne vyplýva, že správanie pacientov voči svojmu zdraviu bolo zodpovedné, nakoľko poznajú záťaž a tým aj zvládanie režimu (graf 12).

Preštudovaním si tejto práce dávame možnosť sestram, zdokonaľiť si svoje vedomosti a schopnosti, aby vedeli správne postupovať pri ošetrovaní pacientov infikovaných vírusovou hepatitídou B a aby poznali problémy a pomáhali im zvládať ich liečebný režim v akútnom a chronickom štádiu ochorenia a tak pomôcť aj zvládaniu samotného ochorenia.



## **Odporúčania pre prax**

Na základe spracovania teoretických východísk a realizovaného prieskumu sme si dovolili tieto najdôležitejšie odporúčania pre prax:

- Zvyšovať úroveň vedomosti u pacientov o tomto ochorení.
- Sprostredkovať dostatok informácií o danom ochorení propagačnými brožúrami a letákmi.
- Sprostredkovať rozhovor s lekárom o predpísanej liečbe.
- Dať príležitosť k otázkam a nájsť si čas na ich zodpovedanie.
- Úprava životného štýlu podľa ordinácie lekára.
- Zisťovať reakcie na ochorenie, terapeutické účinky liekov.
- Presne informovať pacienta o spôsoboch a postupoch diagnostiky a liečby ochorenia.
- Akceptovať pacienta ako jedinečnú osobnosť a prejavovať holistický prístup.
- Oboznamovať sestry o používaní klasifikačného systému NIC, NOC.

## Záver

Literatúra, ktorú sme preštudovali nám umožnila stanoviť ciele, ktoré sme dosiahli. Na základe odpovedí sme zistili, že nie všetci pacienti sú dostatočne schopný zvládať liečebný režim v akútnom aj v chronickom štádiu ochorenia.

Cieľom práce bolo zhodnotiť zvládanie záťaže prostredníctvom zhodnotenia zvládania liečebného režimu u pacientov s hepatitídou B s použitím vybraného súboru z klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva NOC, zmapovať a bližšie špecifikovať zvládanie liečebného režimu v súvislosti s ochorením, zistiť rozdiely v zvládaní liečebného režimu u pacientov s hepatitídou B podľa štádia ochorenia a overiť použitie vybraného súboru – Zvládanie liečebného režimu číslo 1601 klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva NOC pre hodnotenie záťaže u pacientov.

Na základe výsledkov vybraného súboru NOC sme dospeli k zistenia o zvládaní záťaže a o dodržiavaní liečebného režimu u pacientov s vírusovou hepatitídou B. Cieľ bakalárskej práce sme dosiahli, pretože sme zhodnotili rozdiely v zvládaní liečebného režimu u pacientov s hepatitídou B podľa štádia ochorenia. Výsledky prieskumu nám potvrdili odlišností v jednotlivých štádiách ochorenia, najmä v otázke číslo 5, kde sa nám potvrdilo, že pacient skutočne v akútnom štádiu vykonáva liečebný režim podľa ordinácie. Za nevyhnutné považujeme dostatočne a intenzívne sa venovať problematike ochorenia hepatitídy B, kde je súčasťou problému vyhľadávať informácie o diagnóze a o liečbe, tu skutočne hodnotí pacient záťaž najmä v akútnom štádiu. Pokiaľ chce pacient získať správne informácie, musí byť správna komunikácia medzi pacientom a zdravotníkmi. V procese zvládania liečebného režimu zohráva veľký význam prístup zdravotníckeho personálu k pacientovi, nezastupiteľnú úlohu zohráva holistický prístup k pacientovi, komunikácia s pacientom o samotnom ochorení. Ak pacient nemá dostatočné informácie o svojom ochorení, veľmi ťažko bude zvládať svoj liečebný režim. Podľa posúdenia je potrebný adekvátny prístup k informáciám, ktoré ovplyvňujú celkový stav pacienta, jeho prežívanie určitého štádia ochorenia a tým aj samotnú liečbu.

Sestry sa musia snažiť dať pacientom dostatok informácií, vhodných materiálov, vysvetľovať spôsoby prevencie. Tieto informácie šíriť nielen v zdravotníckych zariadeniach, ale aj na verejnosti, u všetkých blízkych infikovanej osoby.

Na záver chceme dodať, že pacient je pre nás veľmi dôležitý, či správne pochopil závažnosť svojho ochorenia, či má správne vedomosti o režime svojho ochorenia, pretože svojím aktívnym prístupom ovplyvniť a pomôcť mu, prekonať obavy, neistotu, strach. Pacient, ktorý získava podporu a pomoc ľahšie vyrovnáva so svojím ochorením, spolupracuje a je aktívnejší v liečebnom režime svojho ochorenia.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJOV

- BÁRTLOVÁ, S. 1996. *Vybrané kapitoly zo sociológie medicíny*. Brno : IDV PZ, 1996. s. 19. ISBN 80-7013-233-7.
- BARTLOVÁ, S. – MATULAY, S. 2009. *Sociológia, zdraví, nemoci a rodiny*. Martin : OSVETA, 2009. s. 94-95. ISBN 978-80-8063-306-6.
- BOLEDOVIČOVÁ, M. 2007. *Výskum v ošetrovateľstve*. Nitra: UKF, 2007. s. 122. ISBN 978-80-89245-03-1.
- ČECHOVÁ, V. – MELLANOVA, A. - ROZSYPALOVÁ, M. 1995. *Speciálni psychológie*. Brno : IDV ZP, 1995. s. 72. ISBN 80-7013-197.
- DAMIL, J. 2003. *Prehľad všeobecnej psychológie*. Nitra : ENIGMA, 2003. s. 13. ISBN 80-89-132-05-7.
- GREISINGER, J. – JOBÁNKOVÁ, M. a kol. 1990. *Základy psychológie pro SZP*. Martin : OSVETA, 1990. s. 122. ISBN 80-217-0123-4.
- HEPATITÍDA, 2010. [online]. [cit.2010-01-9]. Dostupné na internete: <http://www.hepatitida.sk/>.
- HRUŠOVSKÝ, Š. 2007. *Praktická hepatológia*. Bratislava : HERBA, 2007. s. 272. ISBN 80-89171-46-X.
- JANÁČKOVÁ, L. – WEISS, P. 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: PORTAL, 2008. s. 11-19. ISBN 978-80-7367-477-9.
- JOBANKOVÁ, M. a kol. 1992. *Vybrané problémy psychológie zdravotníckej činnosti*. Brno: IDV ZP, 1992. s. 125. ISBN 80-7013-127-6.

- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha : GRADA, 2002. s. 186. ISBN 80-247-0179-0.
- LEMON IV, *Učebný materiál pre ošetrovateľstvo*. BRATISLAVA : 1997. s. 124. ISBN 80-967818-4-7.
- McCLOSKEY, J. C., BULECHEK, G. M. 2000. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 3rd Edition, Missouri U.S.A.: Mosby, Inc., 2009. 911 p. ISBN 0-323-00894-1.
- McCLOSKEY DOCHTERMAN, J., BULECHEK, G. 2004. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 4th Edition. St. Louis: Mosby, 2004. 1062 p. ISBN 0-323-02392-4.
- McCloskey DOCHTERMAN, J., JONES, D. 2003. *Unifying Nursing languages, The Harmonisation of NANDA, NIC and NOC*. 1 st Edition. Washington, D.C.: Nurses Books. Org., 2003. 132 p. ISBN 1-55810-208-6.
- MOORHEAD, S., JOHNSON, M., MAAS, M. 2003. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 3rd Edition. St. Louis : Mosby, 2003. 855 p. ISBN 0-323-02391-6.
- MOORHEAD, S. et al. 2008. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4th Edition, Missouri U.S.A. : Mosby, Inc., 2008. 912 p. ISBN 978-0-323-05408-9.
- PLANK, L. – HANÁČEK, J. – et. al. 2007. *Patologická anatomia a patologická fyziológia*. Martin : OSVETA, 2007. s. 27-28. ISBN 978-80-8063-241-0.
- VAGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha : Portal, 2004. s. 76. ISBN 80-7178-802-3.
- VENGLAŘOVÁ, M. – MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : GRADA, 2006. s. 12-48. ISBN 80-247-1262-8.
- VEREŠOVÁ, M. a kol. 2007. *Psychologie*. Martin : OSVETA, 2007. 191 s. ISBN 80-8063-239-1.

WIKIPEDIA, 2009. *Choroba*. [online]. [cit. 2009-12-12]. Dostupné na internete:  
<http://sk.wikipedia.org/wiki/Choroba>.

ZACHAROVÁ, E. – HERMANOVÁ, M. – ŠRAMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnícka psychológia*. Praha : GRADA, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

## **PRÍLOHY**

Príloha A: Vybraný súbor klasifikačného systému výsledkov ošetrovateľstva NOC –  
Zvládanie liečebného režimu1601.

Príloha B: Informovaný súhlas pacienta.

## Príloha A

NOC – Zvládanie liečebného režimu 1601

Doména – Vedomostí o zdraví a správanie (IV)

Trieda – zdravé správanie.

Definícia – Dodržiavanie liečebného režimu 1601

Celkové hodnotenie: 1- Nikdy, 2 – Ojedinele, 3 – Niekedy, 4 – Často, 5 – Vždy

Ukazovatele:

160104 Akceptujete diagnózu

160114 Vyhľadáva renomované informácie o diagnóze

160115 Vyhľadáva renomované informácie o liečbe

160102 Diskutuje o predpísanej liečbe so zdravotníkom

160103 Vykonáva liečebný režim podľa ordinácie

160105 Dodržiava návštevy u zdravotníka

160111 Hlásí zmeny v symptómoch zdravotníkovi

160106 Modifikuje liečebný režim podľa pokynov zdravotníka

160112 Monitoruje reakcie na liečbu

160113 Monitoruje terapeutické účinky liekov

160107 Vykonáva self-screening podľa pokynov

160108 Vykonáva aktivity denného života podľa ordinácie

160109 Vyhľadáva externé posilnenie pre vykonávanie zdravého správania



Meno Priezvisko pacienta:

Bydlisko:

Druh výkon: príjem

**Vážení pacient, (rodič, zákonný zástupca),**

Venujte prosím maximálnu pozornosť vysvetleniu lekára, ktorý Vám, Vášmu dieťaťu alebo chránencovi navrhuje podstúpiť vyššie uvedený výkon.

Lekár Vás oboznámil s navrhovaným spôsobom vyšetrenia /liečby/ operácie, ako aj s predpokladaným výsledkom alebo možnými komplikáciami, ktoré sú s daným vyšetrením /liečbou/ operáciou spojené.

Ak máte nejaké pochybnosti, alebo Vám je niektorá otázka nejasná, obráťte sa prosím na Vášho ošetrojúceho lekára.

Ak si myslíte, že ste boli dostatočne oboznámený/á s navrhovaným výkonom, podpíšte prosím toto vyhlásenie:

( ) Som pacient – ( ) rodič – ( ) zákonný zástupca \*) a vyhlasujem, že:

- som bol počas dnešného lekárskeho vyšetrenia informovaný/á o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi bola poskytnutá, vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov ako aj možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou, podané vysvetlenie som pochopil/a a s výkonom súhlasím
- som si vedomý/á, že výkon nemusí byť vykonaný lekárom, ktorý ma dosiaľ ošetroval, súhlasím, aby bol v prípade nutnosti vykonaný aj iný výkon ako je uvedené, pokiaľ z medicínskeho hľadiska pôjde o moje zdravie a nebude to možné so mnou z akútnych dôvodov prejednať,
- som nezamlčal/a žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil/a, prípadne ktoré mi v minulosti diagnostikovali a nič, čo by mohlo negatívne ovplyvniť výsledok vyšetrenia, liečby alebo operácie,
- súhlasím s poskytnutím osobných a zdravotných údajov do nemocničného informačného systému,
- som sa oboznámil/a so svojimi právami a povinnosťami a zároveň potvrdzujem, že som bol/a oboznámený/á s chartou práv pacienta,
- súhlasím s vyšetrením a stanovením výšky alkoholu v krvi v prípade nutnosti, potrebnej k poskytnutiu zdravotnej starostlivosti, resp. k vyšetreniu vyžadovanému oprávnenou osobou.

( ) Súhlasím s podávaním informácií o mojom zdravotnom stave: \*)

manželovi – manželke

deťom

ďalším príbuzným.....

iným osobám.....

( ) Neprajem si, aby o mojom zdravotnom stave bol niekto informovaný. \*)

Svojim podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom **súhlasím – nesúhlasím** \*).

Prehlasujem a svojim podpisom potvrdzujem, že dávam súhlas na nakladanie so svojimi osobnými údajmi v zmysle § zákona č.428/2002 Z.z. v platnom znení o ochrane osobných údajov.

Dňa:

\_\_\_\_\_  
podpis pacienta  
( rodiča, zákonného zástupcu)

\*) nehodiace sa podčiarknite !

### Vyplní lekár:

Na základe vyšetrenia vyššie uvedenej osoby vzhľadom na novovzniknuté ťažkosti, prípadne nové prejavy ochorenia osoby boli stanovené diagnózy (v slovenskom jazyku):

horúčky

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko – liečebný postup, resp. navrhovaný výkon:

Diagnostika a liečba daných symptomov

1. Potvrdzujem, že som spôsobom pochopiteľným pre pacienta (rodiča, zákonného zástupcu) vysvetlil vyššie uvedené vyšetrenie/ liečbu/operáciu a možné komplikácie a riziká, vrátane alternatív a druhov anestézie.

2. Potvrdzujem, že som zákonného zástupcu poučil o komplexnej liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti. V prípade akejkoľvek odchýlky zdravotného stavu dieťaťa od normy je zákonný zástupca informovaný o všetkých diagnostických a liečebných postupoch.

Pacienta som poučil o jeho právach a povinnostiach podľa zákona NR SR č. 576/2004 Z.z. O zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Dňa:

\_\_\_\_\_  
Meno lekára, podpis a pečiatka

Napriek náležitému poučeniu zo strany ošetrojúceho lekára využívam podľa platnej legislatívy svoje právo a **odmietam** sa podrobiť poskytnutiu zdravotnej starostlivosti, bol som informovaný o závažnom život ohrozujúcom stave, prípadne o možných komplikáciách, ktoré môžu viesť až k následkom smrti.

Dňa:

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta

\_\_\_\_\_  
Podpis a pečiatka lekára

\_\_\_\_\_  
Čitateľne meno a podpis svedka /sprievodcu/

\_\_\_\_\_  
Identifikačný údaj ČOP