

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA**

**INFORMOVANOSŤ PACIENTA S DIAGNÓZOU
HEPATITÍDA TYPU C
Bakalárska práca**

Študijný program: Ošetrovatel'stvo

Školiace pracovisko: Katedra ošetrovatel'stva

Školiteľ : PhDr. Erika Krištofová, PhD.

Nitra 2010

Zuzana Drábeková

Ďakujem mojej školiteľke práce

PhDr. Erike Krištofovej, PhD.

za cenné rady, odborné usmernenie, podporu a pomoc, ktorú mi poskytla pri vypracovaní bakalárskej práce.

PodĎakovanie patrí mojej rodine, ktorá ma podporovala a vytvárala mi psychickú podporu počas celého štúdia.

Na záver chcem poďakovať MUDr. Ľubici Pieseckej, PhD. Za jej pomoc pri vypracovaní teoretickej časti bakalárskej práce.

ABSTRAKT

DRÁBEKOVÁ, Zuzana : *Informovanosť pacienta s diagnózou hepatitída typu C.* [Bakalárska práca] - Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva; Katedra ošetrovateľstva. – Školiteľ: PhDr. Erika Krištofová, PhD. Stupeň odbornej kvalifikácie : Bakalár (Bc.), - Nitra : FSVaZ, 2010, 58 s.

Cieľom bakalárskej práce bolo dosiahnuť vyššiu informovanosť pacientov s hepatitídou C. Autorka sa v práci zaoberá problematikou hepatitídy C. Bakalársku prácu tvoria dve časti: teória a prieskum. Teoretickú časť tvoria tri kapitoly. V prvej kapitole sa autorka zamerala na charakteristiku hepatitídy C, na spôsob prenosu infekcie, jej diagnostiku, klinický obraz a liečbu. Druhá kapitola pojednáva o výchove k zdraviu pri hepatitíde C, o prevencii, o ošetrovateľskej starostlivosti pri vírusovej hepatitíde, o špecifikách práce sestry na infekčnej klinike a na ňu nadväzuje tretia kapitola, v ktorej autorka poukazuje na informovanosť pacientov chorých na hepatitídu C a na úlohy sestry pri informovaní pacientov. Štvrtú kapitolu tvorí prieskum na danú tému a demografické údaje. Základnou prieskumnou metódou v praktickej časti bol štruktúrovaný rozhovor. Pozostával z trinástich otázok. Výsledky analýzy rozhovoru sú spracované v tabuľkovom znázornení a kvalitatívne zhodnotené v diskusii. Analýzou rozhovoru sme zaznamenali deficity hlavne vo vedomostiach pacientov o spôsobe prenosu VHC ako aj o prevencii šírenia nákazy.

Kľúčové slová:

Infekčná hepatitída typu C. Zdravotná výchova. Dostupnosť informácií. Informovanosť pacientov. Prevencia. Zdravotnícky personál. Edukačný plán.

ABSTRACT

DRÁBEKOVÁ, Zuzana : *Informing of a patient diagnosed with hepatitis C*. [Bachelor work]- University of Konstantin the Philosopher in Nitra, Faculty of Social Sciences and health; Department of Nursing.- Supervisor: PhDr. Erika Krištofová, PhD. Degree of qualifications: Bachelor (Bc.), - Nitra: FoSSaH, 2010, 58 p.

The aim of my bachelor work was to reach higher informing of patients about hepatitis C. At this work, the author deals with the issue of hepatitis C. Bachelor work consists of two parts: theory and research. The theoretical part consists of three chapters. In the first chapter, the author focused on the characteristics of hepatitis C, about the way of transmission of infection, its diagnosis, clinical picture and treatment. The second chapter discusses about the education of health when hepatitis C, about the prevention, and about nursing care when viral hepatitis, about the specifics of work of nurses at infectious clinic and it is followed by the third chapter in which the author shows awareness of sick patients for hepatitis C and the role of nurses in informing patients. The fourth chapter is an inquiry of the mentioned topic and a demographic data. The main exploratory method in the practical part was the structured interview. It consists of thirteen questions. Results of analysis of the interview are processed in a tabular representation and qualitatively assessed in the discussion. When analysed the interview we recorded mainly deficits in patients knowledge about how to transfer VHC and about prevention spreading disease.

Key words:

Infectious hepatitis C. Health education. Availability of information. Informing of patients. Prevention. Medical personnel. Edukational plan.

OBSAH

ÚVOD	8
1 VÍRUSOVÁ HEPATITÍDA TYPU C	10
1.1 Anatómia a fyziológia pečene	10
1.2 Spôsob prenosu infekcie	12
1.2.1 Diagnostika	13
1.2.2 Klinický obraz hepatitídy C	14
1.2.3 Liečba	15
2 VÝCHOVA K ZDRAVIU	18
2.1 Výchova k zdraviu pri vírusovej hepatitíde typu C	19
2.1.1 Úloha sestry k prevencii hepatitídy typu C	20
2.1.2 Ošetrovateľská starostlivosť pri vírusovej hepatitíde	21
2.2 Špecifiká práce sestry na infekčnej klinike	22
3 INFORMOVANOSŤ PACIENTOV S OCHORENÍM HEPATITÍDY TYPU C	24
3.1 Úloha sestry pri zlepšovaní informovanosti pacientov pri hepatitíde typu C	25
4 PRIESKUM INFORMOVANOSTI PACIENTOV S HEPATITÍDOU TYPU C	28
4.1 Ciele a otázky prieskumu	28
4.2 Metódy prieskumu	29
5 VÝSLEDKY	31
5.1 Analýza rozhovoru	31
5.2 Edukačný plán	37
6 DISKUSIA	40
6.1 Odporúčanie pre prax	43
ZÁVER	45

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV	47
PRÍLOHY	50

*„Ak sa človek zaoberá sledovaním
vlastného organizmu, alebo
morálneho rozpoloženia bude sa
cítiť chorým“.*

J. W. Goethe

ÚVOD

Vírusové hepatitídy predstavujú významnú skupinu prenosných chorôb. Sú rozšírené vo všetkých častiach sveta a v mnohých krajinách sú veľmi závažným medicínskym a ekonomickým problémom. Ide o skupinu ochorení, ktoré má značný celospoločenský význam, ich priebeh býva často dlhodobý a môžu viesť k trvalej invalidite. Národohospodárske straty spojené s ich výskytom sú preto značné. Výskyt akútnych a chronických ochorení pečene zaznamenal u nás i vo svete narastajúci trend. Abeceda vírusovej hepatitídy stojí dnes už pri písmene G a zdá sa, že vedci ešte stále jej posledné písmeno nenapísali. Nárast poznatkov o jednotlivých typoch hepatotropných vírusov a o ich etiopatogenéze, diagnostike, liečbe a prevencii vírusového zápalu pečene v poslednom desaťročí je neobyčajne extenzívny.

V súčasnosti rozoznávame sedem typov vírusových hepatitíd, nazývaných hepatitída A, B, C, D, E, F, G. Vírusy A a E sú pôvodcami veľkých epidémií akútnej hepatitídy v krajinách s nižšou úrovňou hygieny. V krajinách s dobrým štandardom zdravotníckej starostlivosti a hygieny sú závažnejším problémom jednotlivé formy chronických hepatitíd. Záujem vedcov o vírusové hepatitídy, hlavne hepatitídu C výrazne vzrástol. Úsilie je zamerané na vývoj účinnejšej liečby chronických foriem týchto ochorení. V prípade hepatitídy typu C sa pozornosť zameriava aj na stále chýbajúcu možnosť aktívnej imunizácie. U nás počet ochorení hepatitídou A a B mierne klesá. Prejavuje sa pravdepodobne ďalšie zlepšenie hygienických podmienok, efekt osvety a prevencie u rizikových skupín a dostupnou účinnou vakcináciou. Situácia v prípade vírusovej hepatitídy C je podstatne menej prehľadná. Zavedením screeningových opatrení v roku 1992 sa počet iatrogénnych prípadov infekcie znížil, ale počet novo nahlásených infekcií stále pribúda medzi mladšou populáciou s rizikovým správaním. Nebezpečenstvo infekčnej hepatitídy typu C je hlavne v nedostatočnej informovanosti populácie. Zdravotnícki pracovníci, sprostredkovatelia

informácií, ale i celá spoločnosť, by sa mali snažiť o doplnenie si informácií o tomto ochorení. Predpokladáme, že úroveň vedomostí u pacientov je nedostatočná. Cieľom edukácie je zvýšiť informovanosť pacientov o ochorení a prevencii pri infekčnej hepatitíde C. Úlohou nás, zdravotníckych pracovníkov, je využívať vo svojej každodennej činnosti nielen odborné znalosti, ale aj pedagogicko–psychologické poznatky. To znamená pomáhať formovať pacientove vedomosti, názory, správanie, presvedčenie, zdravotné uvedomenie a chápanie zdravia. Vzdelanie a výchova zdravotníckych pracovníkov v súčasnosti predpokladá väčšiu orientáciu na zdravého človeka, na prevenciu, udržanie a podporu zdravia.

Cieľom bakalárskej práce bolo dosiahnuť vyššiu informovanosť pacientov o hepatitíde C a o prevencii, zistiť stav a úroveň vedomostí pacientov o ochorení a preventívnych opatreniach, zistiť názor pacientov na dostupnosť informácií o VHC, zvýšiť informovanosť pacientov o ochorení a prevencii, ktorú majú pacienti dodržiavať.

1 VÍRUSOVÁ HEPATITÍDA TYPU C

Vírusová hepatitída C pred identifikáciou jej pôvodcu bola označovaná ako parenterálne prenosná vírusová hepatitída non-A, non-B. Tento typ hepatitídy zodpovedal za väčšinu hepatitíd prenesených krvou, alebo jej derivátmi. Známe bolo, že akútna fáza infekcie prebieha veľmi mierne, ale veľmi často vedie ku vzniku chronickej hepatitídy (Schréter, 2007).

Vírus hepatitídy C bol prvý krát objavený v roku 1989 s pomocou geneticko-technických metód (potvrdenie dedičnosti materiálu). V roku 1955 sa prvý krát podarilo zobrazit' vírus pomocou elektrónového mikroskopu. „*Vírus hepatitídy C je malý obalený RNA vírus o priemere asi 50 nm, ktorý patrí do čeľade Flaviviridae*“ (Husa, 2005, s. 43).

„*Je známych 6 hlavných genotypov, ktoré sa medzi sebou líšia až 35% genómu. Možno ich rozdeliť na ďalších viac ako 100 subtypov*“ (Hrušovský, 2007, s. 156). V slovenskej populácii sa najčastejšie vyskytuje genotyp 1b (dve tretiny infikovaných). Genotyp 1b prevažuje u starších chorých, genotyp 3 u mladých pacientov s drogovou závislosťou.

Hepatitída typu C je infekčná choroba spôsobená vírusom hepatitídy C (HCV). Na rozdiel od hepatitídy typu B má kratší inkubačný čas, miernejší priebeh a častejšie prechádza do chronickej formy ochorenia (až 80%), v priebehu ktorej môže dôjsť k ťažkému poškodeniu pečene (cirhóze pečene a hepatocelulárnemu karcinómu).

„*V najbližších 10 rokoch sa očakáva až 5-násobné narastanie potreby transplantácie pečene pre chronickú hepatitídu C*“ (Hrušovský, 2007, s.145).

1.1 Anatómia a fyziológia pečene

Pečeň je objemný orgán, váži 1200 – 1500 g. Má torakoabdominálne uloženie pod bránicou vpravo. Normálna pečeň je hladká, tmavočervenej farby, pružná, uložená v Glissonovom puzdre na ktoré sa napájajú väzy zabezpečujúce fixáciu pečene. Pečeň sa delí na dva laloky: väčší pravý a menší ľavý (Hrušovský, 2007). Laloky sú oddelené na bránicovej a prednej ploche väzivovým útvarom (ligamentum falciforme hepatis), ktoré prechádza na dolnom okraji prednej plochy pečene do ligamentum teres hepatis. Na spodnej ploche pečene, ktorá je od prednej plochy oddelená pomerne ostrou hranou, okrajom pečene, sú naznačené ešte dva malé laloky: vpredu lobus quadratus a vzadu lobus

caudatus. Medzi nimi je široká štrbina, porta hepatis, v ktorej sa nachádzajú vstupujúce a vystupujúce cievne útvary (Yokochi, 1991).

Pečeň je najdôležitejší orgán pre metabolizmus v organizme a má v tele mnoho ďalších funkcií, ako skladovanie glykogénu, dekompozícia erytrocytov, syntézu plazmového proteínu a detoxikáciu (Hrušovský, 2007).

Funkcia pečene je rozsiahla a mnohotvárna. Na prvom mieste je funkcia v oblasti metabolizmu základných živín a vitamínov. Pečeň je miestom proteosyntézy, regulácie dodávky krvného cukru a miestom významnej premeny tukov. Z proteínov sa v pečeni tvorí albumín, alfa globulíny a čiastočne aj beta globulíny. V metabolizme cukrov má pečeň významné miesto ako zásobáreň živočíšneho škrobu – glykogénu, z ktorého uvoľňuje glukózu. V metabolizme tukov plní pečeň oxidačnú a syntetickú funkciu. Okrem toho je pečeň miestom tvorby cholesterolu. Vychytáva a skladuje niektoré vitamíny (A, B12, D) a uvoľňuje ich na biologické funkcie. Dôležitou funkciou pečene je aj tvorba žlče (Yokochi, 1991).

Metabolizmus cukrov: glycidy sa ukladajú v pečeni pri trávení v podobe glykogénu. Ten sa podľa potrieb organizmu rozkladá na glukózu, ktorá sa vyplavuje do obehu. Ďalšou cestou získavania glukózy v pečeni je glukoneogenéza s využitím lipidov a aminokyselín.

Metabolizmus tukov: Pečeň získava tuky z potravy lymfatickou cestou a portálnou vénou.

„V Krebsovom cykle sa metabolizovaním mastných kyselín produkuje energia a syntetizujú sa nové mastné kyseliny, cirkulujúce lipoproteíny, ktoré slúžia na transport tukov, cholesterolu a žlčových kyselín“ (Hrušovský, 2007, s. 18).

Metabolizmus proteínov: Aminokyseliny prichádzajúce do pečene sa tu degradujú na ureu (jediné miesto v organizme) alebo sú materiálom na syntézu štruktúrnych proteínov, plazmatických proteínov, lipoproteínov, transferín. Tvorba hemokoagulačných faktorov II, VII, IX, X si vyžaduje prítomnosť vitamínu K.

Metabolizmus bilirubínu: Bilirubín je tetrapyrrolové farbivo, ktoré v 80% pochádza z katabolizmu hemoglobínu starých erytrocytov v makrofágoch. Jedna stotina erytrocytov sa denne rozpadne a dodá asi 6,25 g hemoglobínu, z ktorého vznikne 300 – 325 mg nekonjugovaného bilirubínu. Konjugovaný aj nekonjugovaný bilirubín majú antioxidačný účinok.

Metabolizmus žlčových kyselín: *„Žlčové kyseliny sú primárne a sekundárne. Primárne žlčové kyseliny syntetizujú sa v pečeni z cholesterolu. Sekundárne žlčové kyseliny vznikajú pôsobením črevnej flóry z primárnych žlčových kyselín, ktoré sa neresorbovali v tenkom čreve“ (Hrušovský, 2007, s. 19).* Žlčové kyseliny majú podstatnú úlohu pri trávení tukov

a pri zažívaní vôbec. Vďaka svojej osmotickej sile pôsobia ako choleretikum, stimulujú tvorbu a vylučovanie lecitínu. V jejunu sa rozličným spôsobom zúčastňujú na absorpcii tukov, znižujú črevné pH a aktivujú pankreatickú lipázu, emulzifikujú triacylglyceroly. Hrajú podstatnú úlohu pri tvorbe micel, keďže umožňujú rozpúšťanie látok a cholesterolu v žlči, hoci ide o látky pôvodne nerozpustné vo vode, prítomnosť žlčových kyselín v čreve je nevyhnutná na absorpciu cholesterolu a na absorpciu vitamínov rozpustných v tuku: A, D, E a K (Hrušovský, 2007).

1.2 Spôsob prenosu infekcie

Vírus hepatitídy C sa prenáša krvou z človeka na človeka. Transfúzie krvi, krvných prípravkov a transplantácie buniek, orgánov a tkanív do začiatku 90. rokov dvadsiateho storočia predstavovali najvýznamnejšiu cestu prenosu infekcie a HCV bol a je hlavnou príčinou „sérovej“ alebo „po transfúznej“ hepatitíde, neskôr označovanej ako non A – non B. Identifikácia HCV sa datuje od zavedenia vyšetřovania protilátok anti – HCV „*Medzi významné rizikové faktory infekcie HCV v súčasnosti patrí intravenózna aplikácia drog*“ (Hrušovský, 2007, s. 145). Chronický hemodialyzačný program je ďalším rizikovým faktorom hepatitídy C.

U zdravotníckych pracovníkov existuje riziko náhodného poranenia použitou injekčnou odberovou ihlou alebo chirurgickým nástrojom. Pohlavný prenos sa odhaduje na menej ako 5%. Vyššie riziko pohlavného prenosu je u ľudí, ktorí striedajú sexuálnych partnerov, zúčastňujú sa prostitúcie, majú análny styk a sexuálne praktiky spôsobujúce poranenia. Medzi zriedkavejšie rizikové faktory patrí piercing, tetovanie, požičiavanie osobných potrieb na strihanie nechtov, zubnej kefky, holiaceho strojčeka. Perinatálny vertikálny prenos z infikovanej matky na dieťa je 3 – 5 %. Ojedinele sa podarilo dokázať prenos nedostatočne dezinfikovaným kolonoskopom, infekciu pri chirurgickom výkone. Viac ako v polovici prípadov infekcie HCV sa nepodarí zistiť rizikový faktor (Hrušovský, 2007). Vírusová hepatitída C predstavuje závažný globálny zdravotnícky problém. Odhady uvádzajú asi 3% chronicky infikovaných osôb v celosvetovom merítku. V absolútnych číslach to predstavuje viac než 180 miliónov chorých, pričom asi 4 milióny žijú v USA, 5 miliónov v západnej Európe a 2 milióny v Japonsku. „*Infekcia je najčastejšia v Afrike, Južnej Amerike a juhovýchodnej Ázii, kde je pravdepodobne infikovaných 10-20% populácie*“ (Husa, 2005, s. 39). V Európe je najväčší výskyt v Stredozemí (priemer 1-3%)

lokálne i vyšší, napr. na Sicílii viac než 10 percent. V USA pribúda každoročne viac než 30 tisíc nových prípadov (Husa, 2005).

Na Slovensku je podľa odborníkov asi 20000 – 50000 infikovaných pacientov s hepatitídou C, ktorí o svojej chorobe nevedia, lieči sa ich len asi 1000. Predpokladá sa, že vírusom hepatitídy C v niektorých rizikových skupinách obyvateľstva ako sú intravenózni narkomani, dialyzovaní pacienti, hemofilici je výskyt hepatitídy C mnohonásobne vyšší, často viac ako 60 – 70 percent.

Po zavedení vyšetrení na prítomnosť protilátok proti HCV u darcov krvi sa významnou mierou podarilo redukovať spôsob infekcie. Pred zavedením anti HCV testov sa sexuálnemu prenosu HCV pripisoval veľký význam. Štúdie však ukázali len nízke percento prenosu či už medzi hetero alebo homosexuálnymi partnermi. Na druhej strane sa však riziko nakazenia zvyšuje so zvyšovaním počtu partnerov a ukazuje sa, že pacienti s infekciou HIV alebo HBV sú na tento prenos náchylnejší. V porovnaní s HIV a HBV je riziko sexuálneho šírenia HCV nízke. HCV spôsobuje chronickú infekciu až u 80 percent prípadov (Ďuriš et al, 2001). Počet novo diagnostikovaných ochorení má vzrastajúcu tendenciu. O tom svedčia aj štatistické údaje z Infekčnej kliniky vo FN Nitra, kde bolo za rok 2008 diagnostikovaných 23 pacientov a v roku 2009 to bolo 26 pacientov s hepatitídou typu C.

1.2.1 Diagnostika

Na diagnózu hepatitídy C treba myslieť, keď sa zistia rizikové faktory infekcie HCV, alebo keď sa zachytia patologické hodnoty hepatálnych testov. I tu však choroba môže uniknúť pozornosti, ak sa súčasne predpokladá alebo potvrdí nadmerná konzumácia alkoholu či iná príčina hepatopatie a zanedbá sa diferenciálna diagnostika.

„Na diagnostiku infekcie HCV sa využíva vyšetrenie protilátok anti-HCV“ (Hrušovský, 2007, s. 150). Ich prítomnosť v sére určitého človeka svedčí, že táto osoba bola alebo je nakazená vírusom hepatitídy C. Nevýhodou je, že sa môže zjaviť aj niekoľko mesiacov po infekcii a preto nie sú spoľahlivé pri diagnostike akútnej hepatitídy. Nateraz nie je dostupný test na odlišenie akútnej a chronickej infekcie. Protilátky proti HCV spolu so zvýšenou aktivitou ALT v sére dovoľujú s vysokou pravdepodobnosťou stanoviť diagnózu hepatitídy C. Jej jednoznačné potvrdenie si vyžaduje dôkaz replikácie vírusu prostredníctvom molekulovobiologického vyšetrenia. U nás sa používa PCR (Polymerase Chain Reaction) ribonukleovej kyseliny vírusu hepatitídy C (PCR HCV RNA), pri ktorej

sa časť genómu vírusu vďaka termorezistentnej polymeráze rozmnoží v priebehu hodiny radovo miliónkrát. Metóda je veľmi citlivá, vyšetrenie je kvalitatívne a je – na rozdiel od protilátok anti-HCV – pozitívne veľmi skoro po vzniku infekcie (Hrušovský, 2007).

1.2.2 Klinický obraz hepatitídy typu C

Väčšina pacientov nemá príznaky choroby. Začiatok choroby spravidla unikne pozornosti pacienta či okolia. „Akútna hepatitída C sa však môže prejavovať nešpecifikovanými príznakmi virózy, slabosťou, unavenosťou, neurčitými bolesťami v bruchu, zhoršenou chuťou do jedla, poklesom telesnej hmotnosti, niekedy artralgiami, pruritom, zriedka ikterom“ (Hrušovský, 2007, s.148).

Chronická hepatitída C, prebieha najčastejšie bez klinických príznakov. Komplikácie cirhózy pečene môžu byť prvými prejavmi choroby. Presný priebeh hepatitídy C nie je známy, lebo nie sú k dispozícii prospektívne údaje, vo väčšine prípadov nemožno určiť obdobie vzniku choroby, ani podiel jednotlivých faktorov, ktoré urýchľujú alebo zhoršujú jej priebeh. Vírus spravidla vyvoláva akútnu cytolytickú hepatitídu, časť pacientov sa spontánne vylieči. Odhaduje sa, že 80 percent infekcií (i viac) prejde do chronicity. Proces fibrogenézy vedie u časti pacientov k cirhóze pečene s rizikom vzniku komplikácií vrátane hepatocelulárneho karcinómu. Ojedinele sa opísal fulminantný priebeh hepatitídy C, no iba v ázijskej populácii a v kombinácii s inou chorobou pečene (Hrušovský, 2007).

Priebeh choroby zhoršuje viacero faktorov progresie. Najvýznamnejším je konzumácia alkoholu, ktorý pôsobí synteticky s infekciou. Čím je konzumácia vyššia, tým je jej vplyv výraznejší. Alkohol pri chronickej hepatitíde C zvyšuje riziko hepatocelulárneho karcinómu. Rozpoznal sa aj vplyv pohlavia, muži majú rýchlejšiu progresiu chronickej hepatitídy C než ženy. Chronická hepatitída C sa môže prejavovať extrahepatálnymi príznakmi. Sú to najmä esenciálna zmiešaná kryoglobulinémia, malígny lymfóm, diabetes mellitus, porucha imunity v zmysle autoimunitných prejavov a periférna neuropatia.

„Esenciálna“ zmiešaná kryoglobulinémia je typický a špecifický prejav chronickej hepatitídy C, jej príčinou je až v 95 percentách hepatitída C, predpokladá sa kauzálny vzťah. Je to porucha, ktorá sa prejavuje slabosťou, začervenaním kože a artralgiami. Protilátky anti-HCV sa dajú dokázať v stenách ciev pri biopsii kože u pacientov s esenciálnou zmiešanou kryoglobulinémou. Spomedzi endokrinných porúch sa hepatitída C uplatňuje ako nezávislý faktor pri diabetes mellitus typ 2 (Hrušovský, 2007).

1.2.3 Liečba

„Liečba sa začína po vykonaní všetkých diagnostických krokov, ktoré zahŕňajú zistenie hepatopatie (hepatálne testy), jej etiológie (pozitíva anti-HCV), virologického statusu (PCR-HCV RNA), aktivity a štádia choroby (biopsia pečene) (Hrušovský, 2007, s. 152). V súčasnosti až 80 % pacientov môže byť úspešne liečených. Cieľom liečby je eliminovať vírus z organizmu a dosiahnuť trvalú virologickú odpoveď.

Liečba akútnej hepatitídy C

Akútna hepatitída C prebieha prevažne veľmi mierne alebo celkom asymptomaticky a preto vo väčšine prípadov uniká pozornosti. Vplyvom poklesu incidencie nových prípadov infekcie HCV je najviac akútna hepatitída C v rozvinutých zemiach sveta v posledných rokoch relatívne vzácna. Ikterický priebeh akútnej hepatitídy C nie je častý, takto prebieha maximálne 20 – 25 percent ochorení. Extrémne vzácny je závažný alebo dokonca fulminantný priebeh akútnej hepatitídy C. „Tieto ťažké priebehy sú častejšie pri výraznom abúze alkoholu alebo pri koinfekcii s HBV alebo HIV“ (Husa, 2005, s. 50).

Liečba akútnej hepatitídy C interferénom a ribavirínom je veľmi účinná a keďže spontánny vývoj infekcie je smerom k chronicke, odporúča sa akútnu infekciu HCV liečiť a nečakať viac ako pol roka iba na to, aby sa potvrdila chronicke choroby. Terapeutické schémy sú v súčasnosti ešte predmetom klinického výskumu. Liečba akútnej hepatitídy C spočíva v režimových a dietetických opatreniach. V prvých dňoch sa odporúča pokoj na lôžku. Tradičná glycidová strava s nízkym obsahom tuku je vhodná pre pacientov len na začiatku, kým trvá nechutenstvo, neskôr je vhodná racionálna strava s vyšším obsahom proteínov. Tradične sa požívajú v liečbe aj vitamíny a rôzne hepatoprotektívne látky. Ich efekt na priebeh akútnej hepatitídy však nebol jednoznačne potvrdený. V poslednej dobe bol v liečbe akútnej hepatitídy C úspešne použitý aj interferón alfa s cieľom zabrániť prechodu do chronickej infekcie. Širšiemu uplatneniu tejto liečby v praxi však bráni veľmi nízky záchyt pacientov v akútnom štádiu ochorenia (Hrušovský, 2007).

Liečba chronickej hepatitídy C

Výsledky klinických štúdií, ktoré popisujú prirodzený vývoj infekcie HCV v dlhom časovom období sa navzájom významne odlišujú podľa toho či ide o štúdie prospektívne alebo retrospektívne. Výsledky retrospektívnych štúdií sú výrazne horšie. Podľa nich sa behom 10 – 30 rokov po infikovaní vyvinie u 17 – 55 % chorých (v priemere 42 %)

pečeňová cirhóza, u 1 – 23 % hepatocelulárny karcinóm a 4 – 15 % chorých zomrie na pečeňovú chorobu. V prospektívnych štúdiách prišlo behom 8 – 16 rokov ku vzniku cirhózy pečene u 7 – 16 % chorých (v priemere 11 %), hepatocelulárny karcinóm sa vyvinul u 0,7 – 1,3 pozorovaných a 1,3 – 3,7 % infikovaných zomrelo na pečeňovú chorobu. Výsledky ukazujú na veľmi rozdielnu závažnosť priebehu chronickej infekcie HCV v rôznych súboroch pacientov (Husa, 2005, s. 52).

Chronická hepatitída bez protivírusovej liečby pretrváva a spontánne vyliečenie sa nepozoruje. Účinnosť v zmysle predĺženia života alebo zlepšenia kvality života sa pri iných ako protivírusových liekoch nedokázala. „*Pri chronickej hepatitíde C sa stala štandardnou kombinovaná liečba pegylovanými interferónmi alfa a ribavirínom*“ (Hrušovský, 2007, s. 152). Touto liečbou je možné viac ako polovicu infikovaných pacientov zbaviť vírusu a úplne ich vyliečiť. Pegylovaný interferón alfa (2a alebo 2b) sa aplikuje vo forme podkožných injekcií 1x týždenne. Dĺžka liečby závisí od genotypu vírusu hepatitídy C. Najviac ľudí je infikovaných HCV genotypom 1, ktorý je súčasne najťažšie liečiteľným kmeňom. Pri genotypu 1 sa odporúča liečba po dobu 48 týždňov. Pacienti, ktorí sú infikovaní vírusom s genotypom 2 alebo 3, ktoré sú tiež pomerne rozšírené, majú takmer dvojnásobnú šancu na vyliečenie v porovnaní s pacientmi infikovanými vírusom s genotypom 1. Väčšina ľudí infikovaných genotypom 4 pochádza zo stredného Východu a Afriky. Genotyp 4 podobne ako genotyp 1 je relatívne ťažko liečiteľný, ale nové liečebné postupy dosiahli podobný stupeň odpovede ako u genotypov 2 alebo 3. Genotypy 5 a 6 sa vyskytujú prevažne v Afrike a Ázii, v západnom svete sú veľmi zriedkavé (Roche, Hepatitída C- problém, ktorý mení životy miliónov ľudí, 2006). Ribavirín je antivirotikum so širokým spektrom antivírusovej aktivity. Pri liečbe chronickej hepatitídy C dávka závisí od hmotnosti pacienta, podáva sa perorálne 1000 až 1200 mg/deň rozdelených do dvoch dávok.

Rozlišuje sa trojaká odpoveď na liečbu. Za dlhodobú odpoveď sa považuje normalizácia hodnôt ALT v sére a negativita PCR HCV RNA počas liečby, bezprostredne po jej skončení a aj v ďalšom sledovaní (po polroku od skončenia liečby). Dočasná odpoveď znamená normalizáciu hodnôt ALT, zastavenie replikácie vírusu pod detegovateľnú hranicu s negativitou PCR HCV RNA počas liečby (zväčša už od druhého mesiaca a bezprostredne po jej skončení, s obnovením prítomnosti HCV RNA v ďalšom sledovaní (relaps). Chýbanie odpovede na liečbu charakterizuje pretrvávanie replikácie vírusu počas liečby aj po nej (Hrušovský, 2007).

Pre chudnutie u niektorých pacientov liečených interferónom sa nenájde organický podklad, niekedy však môže byť prejavom hypertyreózy indukovanej liečbou. Vyskytuje sa aj opačný nežiaduci účinok – hypotyreóza. Liečba interferónmi môže prehlbiť alebo aj vyvolať depresie. Preto sa u pacientov s depesiou alebo s anamnézou depresie podávajú anxiolytiká, prípadne antidepresíva. Liečba ribavirínom môže vyvolať hemolytickú anémiu, ktorá môže byť dôvodom na zníženie dávky, podávanie erytropoetínu alebo niekedy aj predčasné skončenie liečby (Hrušovský, 2007).

Chronická hepatitída C môže perzistovať veľa rokov bez vývoja fibrózy či cirhózy. Zväčša sa cirhóza vyvinie v priebehu 15 – 50 rokov. Komplikácie cirhózy pečene znižujú kvalitu života, skracujú ho a preto predstavujú indikáciu na transplantáciu pečene. Vyšší vek v dobe nákazy, súčasný abúzus alkoholu, nedodržanie diéty – životosprávy sú dôležitými kofaktormi zhoršenia ochorenia (Krekulová et al, 2001).

2 VÝCHOVA K ZDRAVIU

Dnes už veľa ľudí západného sveta charakterizuje veľkú starostlivosť o individuálne prežitie, čo sa prejavuje úsilím o zdravý životný štýl, ktorý zahŕňa pravidelný pohyb, ľahkú a výživnú stravu a vyhýbanie sa škodlivým látkam. U mnohých ľudí sa však stretávame so správaním, ktoré poškodzuje alebo ničí ich zdravie, čím sa ich šanca na predĺženie života a prežitie znižuje. K takýmto prejavom predovšetkým patrí fajčenie, alkoholizmus a drogy (Plháková, 2003).

Výchova k zdraviu je založená na podporu pozitívnych a odstraňovaní negatívnych prvkov zo života človeka. Výchova k zdraviu je mnohostranná vzdelávacia a výchovná činnosť, zameraná na utváranie uvedomelého a zodpovedného správania a konania jednotlivca alebo skupiny so zreteľom na podporu, zachovanie a udržiavanie zdravia.

„Výchova k zdraviu je hlavným pilierom zdravotnej kultúry spoločnosti, preto by mala byť súčasťou vzdelávacieho systému štátu“ (Závodná, 2005 s. 57).

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) vypracovala definíciu zdravia, podľa ktorej je zdravie stavom úplného telesného, duševného a sociálneho blaha. Zdravotná výchova je zdravotnovýchovné pôsobenie na chorých v oblasti prevencie, dispenzarizácie, diagnostiky, liečby, životosprávy, ošetrovania, rehabilitácie, starostlivosti o obnovu zdravia a optimálneho života. Zdravotná výchova je trvalou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti a ochrany zdravia. *„Výchova k zdraviu je orientovaná na zdravých a zdravotná výchova na chorých jednotlivcov“ (Závodná, 2005, s. 57).*

V súčasnej dobe je zdravotná výchova niekde na konci liečebného procesu, preto by sme sa my sestry mali snažiť pozdvihnúť zdravotnovýchovný proces na každom pracovisku, vytvárať pre pacientov podmienky, aby sa naučili žiť so svojou chorobou a bojovať proti nej. Ľudia chápu pojem zdravie rôzne. Chápanie zdravia súvisí so spoločnosťou v ktorej žije človek, so vzdelaním, hodnotovým systémom človeka, s tým čo pre neho zdravie znamená. *„Zdravie je proces rozvíjania, používania a ochraňovania všetkých zdrojov ľudského tela, mysle, duše, rodiny, komunity a prostredia“ (Farkašová et al, 2005, s. 52).*

Životný štýl sa dá vysvetliť ako jedinečnosť človeka, ktorý robí veci odlišným spôsobom. *„Životný štýl je našim jedinečným spôsobom hľadania špecifických cieľov, ktoré si kladieme v špecifických životných okolnostiach, v ktorých sa nachádzame“ (Hall, 2002, s. 123).* Zdravým spôsobom života je napríklad racionálna výživa, venovanie pozornosti znakom choroby, dodržiavanie rád o liečbe a vystríhanie sa známých zdravotných rizík,

ako je napríklad alkohol, fajčenie, drogy. Schopnosť relaxovať, citová zrelosť, produktivita a sebarealizácia tiež ovplyvňujú zdravie (Kozierová et al, 1995).

2.1 Výchova k zdraviu pri vírusovej hepatitíde typu C

V boji proti vírusovým hepatitídam je najdôležitejšia a zároveň aj najúčinnnejšia prevencia. Nebezpečenstvo hepatitídy C je hlavne v neinformovanosti obyvateľstva. Je potrebné, aby o existencii hepatitídy C, ktorá môže človeka prekvapiť z plného zdravia bola omnoho viac informovaná široká verejnosť. Vírusová hepatitída typu C sa vyznačuje vysokým počtom subklinicky prebiehajúcich fáz. Skutočnosť hovorí, že väčšina pacientov, u ktorých bola na základe neskorších následkov diagnostikovaná chronická hepatitída C, nezaregistrovali, že prekonalí akútnu hepatitídu. Je preto potrebné získať si pacientovu dôveru, aby mal možnosť opýtať sa na mnohé skutočnosti, ktoré sa týkajú jeho zdravotného stavu, životného štýlu a s ním súvisiace opatrenia, obmedzenia.

Vírusové ochorenia sa môžu skrývať za:

- mierne zvýšenými hodnotami transamináz, ktoré si možno zdôvodňujeme pravidelným popíjaním 2 – 3 pív,
- pocitom únavy, vyčerpanosti, ktorú pripisujeme nadmernému pracovnému vyťaženiu,
- divokou a prehýrenou mladosťou,
- stretnutím s drogou, len raz, to sa predsa nemôže nič stať,
- viacerými nezáväznými striedaniami partnerov,
- tetovaním z exotickéj dovolenky (Krekulová et al, 2002).

Negatívny dopad nevyslovených otázok neznamena pre pacienta len to, že sa neodbremlil, ale môže tým vážne ohroziť svoj zdravotný stav, ale i niekoho vo svojom okolí. Môže sa u neho zanedbať včasná prevencia, možnosť zachytiť včas začiatok ochorenia, ktoré je zatiaľ liečiteľné. Prevencia, včasná diagnostika a liečba sa zúročia ekonomicky, lebo neliečení pacienti s následkami vyžadujú vyššie náklady než pacienti liečení (Krekulová et al, 2002).

2.1.1 Úloha sestry v prevencii hepatitídy typu C

Prevencia vírusovej hepatitídy typu C spočíva najmä v ochrane pred priamym kontaktom s krvou a telesnými tekutinami chorých. Dôležitými preventívnymi opatreniami sú chránený pohlavný styk u infikovaných jedincov, používanie vlastných hygienických potrieb (mydlo, zubná kefka, holiaci strojček, uterák) v spoločnej domácnosti. Pri ošetrovaní otvorených poranení je potrebné pracovať v ochranných gumených rukaviciach. Ak sa u infikovaného jedinca plánuje chirurgický výkon, zdravotnícky personál o tejto skutočnosti musí vedieť (Gazdík et al, 2006).

Všeobecné zásady prevencie: v rodinách a iných kolektívoch nepoužívať spoločné predmety, ktoré by mohli viesť hoci len k drobným poraneniam, v holičstvách, pedikúrach a v tetovacích salónoch dôsledne dezinfikovať nástroje na opakované použitie, dodržiavať zásady bezpečného sexu (Schréter, 2007).

Prevencia má byť široko koncipovaná, má zahŕňať likvidáciu ohnisk nákazy, hygienické zabezpečenie na úseku komunálnej hygieny a zdravotnú výchovu obyvateľstva (Bálint, 2008).

Profesia sestry zahŕňa určitý systém rolí, rolového správania predpokladaného spoločenským statusom povolania. Roly sestry sú určené objektívnymi danosťami spoločnosti a sú historicky podmienené.

Rolu sestry charakterizujú najmä tieto znaky:

- sestra pri svojej práci vychádza z potrieb chorého a pochopenia jeho problémov
- má schopnosť zabezpečiť chorému pocit istoty
- je emocionálne neutrálna, t.j. je schopná svoju emocionalitu vždy podriadiť racionálnej kontrole (Farkašová et al, 2005).

V súčasnosti plní sestra najčastejšie tieto roly:

- sestra poskytovateľka ošetrovateľskej starostlivosti
- sestra edukátorka – edukačná rola sestry je zameraná na utváranie a formovanie uvedomelého a zodpovedného správania a konania jedinca i skupiny v záujme podpory zachovania a obnovy zdravia, realizuje sa formou získavania nových vedomostí, zmien postojov, presvedčení ako aj zmien motivácie prežívania, správania a konania človeka
- sestra manažérka
- sestra advokátka

- sestra výskumníčka
- sestra mentorka nositeľka zmien (Farkašová et al, 2005).

2.1.2 Ošetrovateľská starostlivosť pri vírusovej hepatitíde

Predmetom ošetrovateľstva je skúmať ošetrovateľské aspekty starostlivosti o jedinca a skupiny, t. j. interakcie a determinancie medzi osobou, zdravím a prostredím vzniknuté z požiadavky uspokojovania potrieb. Ošetrovateľstvo je utvárajúcou sa vednou disciplínou, má pomáhať chorým aj zdravým vykonávať činnosti prospievajúce zdraviu, uzdravovaniu alebo zabezpečeniu pokojnej smrti, ktoré by vykonávali bez pomoci, keby mali potrebnú úctu a vedomosti. Rovnako je úlohou sestier pomôcť chorým získať čo najrýchlejšie sebestačnosť (Farkašová et al, 2005). „*Ošetrovateľstvo je integrovaná vedná disciplína, ktorej hlavným poslaním je vhodnými metódami systematicky a všestranne uspokojovať individuálne potreby človeka spôsobené chorobou a pomáhať tým, čo sa sami o seba nemôžu, nevedia alebo nechcú starať*“ (Farkašová et al, 2005, s. 13). Úloha ošetrovateľstva je stupňovito rozdelená podľa potrieb, ktoré sa v ochrane zdravia vyskytujú. Najnižší stupeň je podporné pôsobenie a najvyšší starostlivosť poskytovaná v plnom rozsahu. Podporné pôsobenie často možno využiť vtedy, ak má klient dostatočné vedomosti o zdravom spôsobe života, ale nemá dost' pevnú vôľu ich dodržiavať (Hanzlíková, 2004).

Ošetrovateľstvo svojim zameraním na zdravie a jeho podporu plní dôležitú rolu v oblasti prevencie. Sestry sa svojou činnosťou (priamo konkrétnymi ošetrovateľskými intervenciami alebo edukáciou) podieľajú na prevencii na všetkých jej úrovniach: primárnej, sekundárnej, terciárnej (Farkašová et al, 2005).

Úlohou primárnej prevencie je posilniť zdravie človeka a zvýšiť jeho odolnosť proti chorobám, pôsobí pred vznikom ochorenia. Za primárnu prevenciu možno pokladať zdravotnú výchovu, ktorá upozorňuje na nebezpečenstvo a škodlivosť fajčenia, alkoholu, omamných látok (Farkašová et al, 2005). Dôležitý je odpočinok, posilňovanie duševného zdravia, starostlivosť o kožu, starostlivosť o seba.

Sekundárna prevencia (preventívne zameraná liečba) sa uplatňuje po vzniku choroby. Jej cieľom je zvládnuť vývoj chorobného procesu, zabrániť tvorbe komplikácií, trvalých následkov, invalidity alebo prechodu do chronického štádia ochorenia. Obnovenie dobrého zdravotného stavu môže zahrňovať zmenu pacientovho správania, dodržiavanie

liečebného režimu, zvládnutie starostlivosti o seba. Pacient je dispenzarizovaný, navštevuje odborné ambulancie, je hospitalizovaný.

Terciárna prevencia učí chorých a invalidných ľudí čo najlepšie využiť možnosti zdravého života. Plní svoje úlohy a poslanie v nasledujúcej zdravotnej starostlivosti. Integrálne nadväzuje na predchádzajúcu liečebnú starostlivosť v prípade, že nenastalo uzdravenie (Farkašová et al, 2005). Sem patria sanatóriá a dôležité je zabránenie komplikácií a vzniku odkázanosti na pomoc iných.

Edukácia je výchova, vzdelávanie, chápaná je ako zámerné rozvíjanie možností človeka, jeho kultivácia výchovnými prostriedkami. Má nezastupiteľné miesto v historickom vývoji ľudskej civilizácie. Edukácia ako potreba patrí medzi tzv. vyššie potreby, ako potreba ocenenia a uznania, seberealizácie, poznania a porozumenia, poriadku, úcty, spravodlivosti. Edukácia vytvára priestor pre osvojenie si nových poznatkov, nadobudnutie zručnosti, vytváranie si hodnotových, postojových, emocionálnych, vôľových štruktúr osobnosti a dosiahnutie pozitívnej zmeny správania (Závodná, 2005).

Na porozumenie edukácie je potrebné definovať pojmy, ktoré s ňou súvisia.

Edukant je ktorýkoľvek subjekt edukácie bez ohľadu na vek či typ napr.: dospelý človek, dieťa, starý človek.

Edukátor je ktorýkoľvek aktér edukačnej aktivity napr.: sestra, lekár, konzultant.

Edukačný proces v ošetrovatelstve predstavuje určitú formu „odovzdávania“ konkrétnych informácií, ktorá sa uskutočňuje v špecificky pripravenom prostredí v rámci vzájomnej interakcie sestry a pacienta – učiaceho sa. Je to dynamický vzájomný vzťah medzi sestrou a pacientom ako učiacim sa subjektom. V edukačnom prostredí ho môžeme chápať ako výchovný a vzdelávací proces, ktorý je vytvorený zámerné na to, aby sa niekto niečo učil. Je tvorený z piatich krokov a môže byť súčasťou ošetrovateľského procesu (Závodná, 2005). Edukačná (výchovná a vzdelávacia) úloha má význam vtedy, ak klient nevie ako sa o vlastné zdravie starať, má chybné alebo nedostatočné vedomosti, prípadne nevláda zručnosti v starostlivosti o svoje zdravie (Hanzlíková, 2004).

2.2 Špecifiká práce sestry na infekčnej klinike

Základné špecifiká práce na infekčnej klinike vyplývajú z koncepcie odboru.

Infekčné choroby sú choroby vyvolané živými mikroorganizmami a ich produktmi, medzi ktoré patria toxíny, rôzne enzýmy, antigény. Infekčná choroba je len klinicky prejavujúca sa forma infekčného chorobného stavu (Bálint, 2007). Na infekčnej klinike sú

hospitalizovaní pacienti s tráviacimi ťažkosťami (salmonelóza, kampylobakteriόza), rôzne typy angín, febrilné stavy, rôzne formy infekčnej mononukleόzy, toxoplazmόzy, herpetické ochorenia rôznej lokalizácie, bakteriálne a vírusové zápalý mozgu(kliešťová meningoencefalitída), infekčné zápalý pečene(hepatitidy akútne, chronické), rôzne formy boreliόzy, infekcie mäkkých tkanív, infekčné komplikácie ochorení iných odborov. Na infekčnej klinike sa všeobecne realizuje: diagnostika a liečba infekčných ochorení a lumbálne punkcie pri meningeálnych príznakoch.

Podstatným ťažiskom práce sestry na infekčnej klinike je starostlivosť o pacienta s infekčným ochorením a okrem toho sa zúčastňuje diagnostických a terapeutických výkonov. Preto musí setra poznať špecifiká starostlivosti o infekčného pacienta, poznať patofyziológiu ochorení. Sestry štandardne pracujú podľa harmonogramu práce. Pri organizácii práce musí sestra myslieť aj na istú časovú rezervu pre prípad akútneho príjmu alebo možnosti vzniknutia závažných komplikácií, musí synchronizovať individuálne potreby pacientov a zaistiť pritom pravidelný chod oddelenia.

Potrebná je dobrá spolupráca, komunikácia medzi sestrou a pacientom. Sestra podáva v stanovených intervaloch ordinovanú terapiu, vysvetlí pacientovi zrozumiteľnou formou podstatu jeho ochorenia a overí si či informáciám porozumel. Sestra kontroluje u pacienta dodržiavanie zásad hygieny, neustále ho povzbudzuje, motivuje a zvyšuje mu pocit sebadôvery. Sestra zistí začiatok a prejavy ochorenia, poučí pacienta o pokojovom režime, o dodržiavaní diéty pretože diéta je štandardnou súčasťou liečby väčšiny chorôb pečene a zohráva nezastupiteľnú úlohu. V diétnej strave majú byť zastúpené vyvážené bielkoviny, cukry a preto je potrebné na začiatku hospitalizácie oboznámiť pacienta o jeho stravovaní a dať mu leták s diétou 4S. Dôležité je monitorovať: zmeny na koži – farba , kožné zmeny, zmeny na očných sklérach, zaznamenávať bolesť- charakter, lokalizáciu, intenzitu.

Keďže na infekčnej klinike je zvýšené riziko infekčnej a nozokomiálnej infekcie, je nutné dodržiavať zásady hygienicko-epidemiologického režimu na ochranu nielen pacientov, ale aj zdravia sestier a ostatného zdravotníckeho personálu. Úlohou infektologického ošetrovateľstva je zabezpečiť optimálnu primárnu prevenciu infekčných ochorení, znižovať negatívny vplyv ochorení na zdravotný stav obyvateľstva, podporovať osoby k aktívnej účasti v starostlivosti o vlastné zdravie, monitorovať a poskytovať potreby osobám, súvisiace so zmenou zdravotného stavu a narušeným zdravím (Zrubcová, Krištofová, 2008).

3 INFORMOVANOSŤ PACIENTOV S OCHORENÍM HEPATITÍDY TYPU C

Informácia je každé oznámenie obohacujúce vedomie príjemcu alebo akýkoľvek energetický či hmotný prejav, ktorý môže mať zmysel buď pre toho, kto ho oznamuje, alebo pre toho, kto oznamované prijíma.

Jednou zo základných podmienok úspechu riadenia a zvyšovania kvality starostlivosti o chorých je dobre fungujúci informačný a komunikačný systém.

Pre našu spoločnosť je charakteristická snaha adaptovať sa na podmienky informačnej spoločnosti, čo vyvoláva veľa otázok morálno-etického charakteru. Sféra informačných technológií je jedným z najvýznamnejších fenoménov, ktoré ovplyvnili a aj ovplyvňujú vývoj spoločnosti aj v takej zložitej oblasti akou je medicína a zdravotníctvo. Podpora informačných tokov a vedomostí umožňujú lepšiu účasť jednotlivcov v rozhodovaní, ktoré sa týka ich zdravia. Na túto dôležitú zložku – jasnú a vedecky správnu informáciu poukazuje aj rozhodnutie Európskeho parlamentu a Rady o oblasti verejného zdravotníctva. (Rozhodnutie č. 1786/2002/EC Európskeho parlamentu a Rady z 23.9.2002 o prijatí programu aktivity Spoločenstva v oblasti verejného zdravotníctva).

Obsah podanej informácie má byť pravdivý a dostatočne zrozumiteľný. Zdravotníci by sa mali usilovať o empatický a taktný prístup. Pravdivosť vedie k vytvoreniu vzťahu dôvery, ktorý je neobyčajne dôležitý pre spoluprácu (Kubíková, 2001).

Povinnosť informovať pacienta je legislatívne upravená zákonom NR SR č. 576/2004 Z. z. v § 6 Poučenie a informovaný súhlas. Princíp informovaného súhlasu pozostáva z dvoch základných prvkov: poskytnutie informácie a získanie súhlasu.

K všeobecným zásadám poskytovania informácii náleží aj pravdovravnosť, jednotnosť postupu všetkých ošetrojúcich, dôvernosť, ale aj dodržiavanie postupnosti krokov pri poskytovaní informácií (Nemčeková et al., 2004). Pacienti, ktorí sa aktívne podieľajú na svojej liečbe a práva ktorých sú rešpektované sú liečení s väčším úspechom a taktiež sa zotavujú rýchlejšie. Zdravotníci by nemali podceňovať osobný kontakt, pretože môžu u pacienta vyvolať nespokojnosť, obavy a strach čo následne môže ovplyvniť psychickú i fyziologickú obranyschopnosť organizmu (Hibard, 2003). V prípade princípu autonómie – rešpektovania práv pacientov pri rozhodovaní je nevyhnutné poskytnúť pacientovi informácie o jeho zdravotnom stave. Tieto informácie by mal poskytovať lekár.

Informovanie lekárom sa vzťahuje predovšetkým na diagnózu, liečebné postupy a prognózu ochorenia.

Informovanosť pacienta je veľmi dôležitá, pretože jej absentovanie počas výkonov a jednotlivých procedúr môže vyvolať citové skraty a vtedy na to zdravotník musí brať ohľad (Walsh, 2002). Ak je pacient pri vedomí a jeho zdravotný stav to dovoľuje, je dôležité umožňovať mu prejavy slobodnej vôle. To vyžaduje jeho ohľaduplnú, ale rozsiahlu informovanosť. Problém nespočíva v tom, či informovať, alebo neinformovať, ale v tom, ako ho oboznamovať, aká má byť postupnosť krokov a miera citlivosti pre jeho potreby (Nemčeková et al, 2000). Poskytovanie informácií nie je len úctou k pacientovej osobnosti. Zároveň umožňuje eliminovať strach, znižovať hladinu jeho úzkosti a obáv na únosnú mieru. To všetko je možné, ak sa v praxi uplatňuje empatia zdravotníkov, ktorí by mali vedieť pacienta pozorne vypočuť a rozprávať sa s ním tak, aby rozumel, pretože pomáhať ľuďom vysporiadať sa s vlastnými aj negatívnymi citmi je účinnou prevenciou ochorení (Goleman, 1997).

3.1 Úloha sestry pri zlepšovaní informovanosti pacientov pri hepatitíde typu C

Pri ošetrovateľskej starostlivosti je potrebné rešpektovať ľudský život, ľudskú dôstojnosť a ľudské práva. Zdravotná starostlivosť sa poskytuje všetkým občanom rovnako, bez ohľadu na národnosť, rasu, vieru, farbu kože, pohlavie, politické presvedčenie alebo sociálne cítenie. Sestra je človek, ktorý má najbližší kontakt s pacientmi a práve preto ona je tou osobou, ktorá by mala pacientov informovať o ich právach aj napriek nedostatočnému personálnemu obsadeniu a času, ktorý by chcela svojim pacientom venovať (Merakou, 2001).

Sestra musí dobre poznať a rozlišovať aj charakteristické rysy jednotlivých rolí pacienta, ktoré ovplyvňujú správny prístup a vhodnú komunikáciu. Hospitalizovaný pacient je „vyradený“ zo spoločnosti zdravých a ocitá sa v postavení človeka psychicky a spoločensky podriadeného. Sestra má s pacientom častejší a užší kontakt než lekár. Poskytuje mu všetko nielen v ošetrovateľskej starostlivosti, ale súčasne mu pomáha vyrovnáť sa s osobnými situáciami, ktoré jeho ochorenie sprevádzajú. Sestra je zároveň prostredníkom medzi lekárom a pacientom.

Úlohou sestry je vypočuť otázky chorého a v rámci svojich kompetencií na ne odpovedať. Tieto informácie sa vzťahujú na ďalšie praktické informácie o rôznych vyšetrovacích postupoch, liečebných a diagnostických výkonoch, ktoré si vyžadujú prípravu pacienta.

Pre pacientov sú dôležité informácie o ošetrovateľskej starostlivosti, termínoch a dennom režime. Informácie sú pokladané za prísne dôverné a bez súhlasu pacienta sa ďalším osobám zásadne neposkytujú. Majú byť pravdivé a majú sa poskytovať spôsobom, ktorý je pre daného pacienta vhodný (Jarošová, 2000).

Ak je prvoradou úlohou sestry poskytovanie starostlivosti pacientom, potom prvoradá je lojalita voči ním. Dobro pacientov predstavuje dôvod existencie a činnosti pre prácu sestier. Sestra by sa vo svojej práci nemala zameriavať výlučne na plnenie požiadaviek lekára (vedenia nemocnice), ale má orientovať svoje úsilie v prvom rade voči pacientovi. Sestra má vždy pristupovať k pacientovi ako k celému človeku a považovať jeho dobro za hlavný cieľ svojho snaženia (Fitzpatrik, 1994).

Sestra je informátorom chorého iba v rámci svojich kompetencií a pritom musí rešpektovať pacientov vek, závažnosť ochorenia, mentálny stav, adaptačnú schopnosť, emócie, vitalitu, intelekt i osobné črty pacienta. Podávaná informácia by mala byť konkrétna, zrozumiteľná, logicky ucelená, jednoduchá, pravdivá, povedaná vo vhodnom čase, primerane obsiahla a jednoznačná. Sestra z časového hľadiska poskytuje informácie pri prijatí, počas hospitalizácie a pri prepustení pacienta. Pravidlom a povinnosťou sestry pri prijímaní by malo byť predstavenie sa, predstavenie spolupacientom, oznámenie mena ošetrojúceho lekára, popis ošetrovacej jednotky, oboznámenie s denným režimom, poučenie o právach a povinnostiach pacienta, o používaní signalizácie. Počas hospitalizácie sestra poskytuje informácie o príprave na vyšetrenia, o ich význame, o ošetrovateľských postupoch. Byť informovaný je jednou zo základných potrieb pacienta a pri uspokojovaní tejto potreby má sestra nezastupiteľné miesto. Pre podávanie informácií je dôležitý aj spôsob aj miesto. Sestra musí nájsť vhodnú chvíľu, zabezpečiť súkromie a pacientovi poskytnúť dost' času na ďalšie otázky. Informácie musia byť jasné a zrozumiteľné, bez cudzích výrazov. Uspokojiť potrebu informácií u pacienta si vyžaduje profesionalitu, takt a empatiu. Toto sa sestra učí denne (Šebeková, 2000).

Vedomosti pacientov je však po informovaní potrebné aj overovať a tým napomáhať lepšej komunikácii, čo vedie k porozumeniu a to je zase dôležité pre získanie informovaného súhlasu, ale aj k uplatňovaniu etického princípu autonómie. Na oddelení by sa malo poskytovať množstvo informačných materiálov o právach pacientov, režime oddelenia. Zmena v zdravotnom stave by sa mala pacientovi hneď oznamovať.

Byť dobrou sestrou znamená vážiť si svojho pacienta, stáť za jeho oprávnenými záujmami, zabezpečiť im pocit istoty a bezpečia, dbať aby nemali pocit samoty, edukovať nielen ich, ale aj rodinu, informovať ich, čo im prospeje a pomôže, hodnotiť a chváliť za

pozitívne úsilie, vždy sa vzdelávať, zvyšovať si odbornú kvalifikáciu, nebát sa priznať chybu, byť ústretová a vnímavá v rámci ošetrovateľského procesu (Krištofová, Mesárošová, 2003).

Úlohou každého zdravotníckeho pracovníka je udržiavať a podporovať zdravie jedincov, spoločnosti a viesť ich k zodpovednosti za vlastné zdravie. Sestra má konať tak, aby nedošlo k iatrogénii a sorigénii (poškodenie pacienta sestrou), čo pri informovaní znamená aj ponechávanie pacienta v neistote, uvádzanie neúplných správ, informovanie pacienta spôsobom, ktorému nerozumie (Balková, 2004).

4 PRIESKUM INFORMOVANOSTI PACIENTOV S HEPATITÍDOU TYPU C

K stanoveniu témy prieskumu nakoľko pracujem na infekčnej klinike ako sestra ma motivovali nezodpovedné postoje mladých ľudí voči sebe samému, ktorí si nevážia predovšetkým svoje zdravie a akoby nevnímajú svoje okolie dostatočnými napomenutiami od tých, ktorí sú už nakazení hepatitídou C a nedá sa im už žiaľ pomôcť úplne vyzdraviť.

4.1 Ciele a otázky prieskumu

Predmetom bakalárskej práce bola informovanosť pacientov o infekčnej hepatitíde typu C pred a po jej diagnostikovaní.

Na základe preštudovania literatúry a prieskumov, ktoré sa v danej problematike realizovali sme stanovili **hlavný cieľ prieskumu**: Zistiť informovanosť pacientov s hepatitídou C o samotnom ochorení pred a po jeho diagnostikovaní.

Špecifikovaním hlavného cieľa sme dospeli k nasledovným **čiasťovým cieľom**:

- C 1: Zistiť stav a úroveň vedomostí pacientov o ochorení a preventívnych opatreniach pri infekčnej hepatitíde C.
- C 2: Zistiť názor pacientov na dostupnosť informácií o VHC.
- C 3: Zvýšiť informovanosť pacientov o ochorení a prevencii, ktorú majú pacienti dodržiavať pri hepatitíde C.
- C 4: Zostaviť edukačný plán zameraný na ochorenie a prevenciu hepatitídy C.

Výskumné otázky:

- O 1: Aké majú pacienti vedomosti o hepatitíde C pred ochorením a počas ochorenia ?
- O 2: Aké majú pacienti vedomosti o prevencii?
- O 3: Sú dostatočne dostupné informácie o hepatitíde C?
- O 4: Dodržiavajú pacienti preventívne opatrenia po nainfikovaní sa hepatitídou C?

4. 2 Metódy prieskumu

Výberový súbor

Základným kritériom prieskumného súboru boli pacienti s hepatitídou C. Prieskumnú vzorku tvorilo 30 náhodne vybraných pacientov s hepatitídou C (n=30).

Metódy

Literárna metóda nám pomohla hlbšie preniknúť do danej problematiky a získať vedomosti a prehľad o danej problematike.

Štruktúrovaný rozhovor bol hlavnou prieskumnou metódou, ktorou sme zisťovali úroveň vedomostí o hepatitíde C pred ochorením, počas ochorenia a o prevencii. Rozhovor obsahoval 13 otázok.

Analýza výsledkov rozhovoru nám pomohla zistiť aké majú pacienti nedostatky vo vedomostiach o tomto ochorení a ako dodržiavajú preventívne opatrenia zamerané na šírenie infekcie po diagnostikovaní hepatitídy C. Následne sme *modelovaním* vypracovali edukačný plán.

Plán prieskumu

Preštudovaním literatúry a vytvorením teoretických východísk sme si ujasnili a stanovili prieskumné problémy. Prieskum sme realizovali v priestoroch infekčnej kliniky FN Nitra so súhlasom námestníčky pre ošetrovateľstvo FN Nitra Mgr. Bahíkovej Angeliky. Následne sme oslovili MUDr. Pieseckú, PhD prednostku infekčnej kliniky a požiadali sme ju o spoluprácu pri vykonávaní prieskumu. Po prediskutovaní problematiky a získaní súhlasu sme náhodne vybrali 30 pacientov, ktorí sú infikovaní hepatitídou C.. Štruktúrovaný rozhovor sme realizovali od 15. septembra 2009 do 10. februára 2010. V prvej časti rozhovoru sme zisťovali vedomosti pacientov pred ochorením, zdroje informácií o ochorení, ako aj o prevencii vzniku nákazy. V druhej časti sme pomocou analýzy rozhovoru zistili, aké majú pacienti nedostatky vo vedomostiach zameraných na oblasť prevencie šírenia nákazy a o prognóze ochorenia.

Demografické údaje

Tab. 1 Pohlavie pacientov

Pohlavie	n	%
Muž	19	63
Žena	11	37
Spolu	30	100

Prieskumu sa zúčastnilo 63 % mužov a 37 % žien.

Tab. 2 Bydlisko pacientov

Miesto bydliska	n	%	n	%	n	%
	muži		ženy		spolu	
Bratislava	1	3	0	0	1	3
Komárno	3	10	1	3	4	13
Levice	1	3	2	8	3	11
Nitra	5	18	4	13	9	31
Nové Zámky	3	10	0	0	3	10
Partizánske	2	7	1	3	3	10
Piešťany	0	0	1	3	1	3
Šaľa	1	3	1	3	2	6
Topoľčany	3	10	1	3	4	13
Spolu	19	64	11	36	30	100

Prieskumnú vzorku tvorili pacienti z krajov Nitrianskeho, Bratislavského, Trnavského a Trenčianskeho.

Tab. 3 Vek pacientov

Pohlavie	17 - 21		22 - 26		27 - 32	
	n	%	n	%	n	%
Muži	6	20	6	20	7	23
Ženy	0	0	11	37	0	0
Spolu	6	20	17	57	7	23

Priemerný vek pacientov bol AM = 23 rokov, z toho AM žien bol 21 rokov a AM mužov bol 25 rokov.

5 VÝSLEDKY

Realizovaným prieskumom sme mali zistiť stav a úroveň vedomostí pacientov o ochorení a preventívnych opatreniach pri infekčnej hepatitíde C a zistiť názor pacientov na dostupnosť informácií.

5.1 Analýza rozhovoru

Cieľom rozhovoru bolo zistiť vedomosti pacientov o hepatitíde C. Otázky č. 1, 2, 3 boli zamerané na zhodnotenie úrovne vedomostí pacientov o samotnom ochorení. Aké sú názory pacientov na dostupnosť k informáciám, sme overovali otázkami č. 4, 5, 6, 7, 8, 9. Vedomosti pacientov o prevencii vzniku a šírenia infekčného ochorenia sme analyzovali z odpovedí pacientov na otázkach č. 10, 11, 12, 13. Zistenia sme spracovali do tabuliek a následne ich analyzovali.

Otázka 1 : Viete čo znamená slovo hepatitída C – žltáčka?

Tab. 4 Hepatitída C

. Odpovede	n	%
Typické ochorenie narkomanov	11	36
Zápal pečene	14	46
Neviem definovať, nestretol som sa s týmto ochorením	5	18
Spolu	30	100

Správne odpovedalo 46% pacientov, ktorí definovali hepatitídu ako zápal pečene, za ochorenie typické pre narkomanov ju považovalo 36% pacientov a 18% pacientov tento pojem nevedelo definovať a nestretlo sa s týmto ochorením.

Otázka 2: Poznáte niektoré príznaky pri ochorení hepatitídy ?

Tab. 5 Príznaky ochorenia

Odpovede	n	%
Bolesť brucha	7	24
Žlté sfarbenie kože	18	60
Suchý kašeľ	1	3
Iné (bolesť hlavy)	4	13
Spolu	30	100

Najčastejšia odpoveď bola zaznamenaná u 60% pacientov , ktorí vedeli vymenovať aj ďalšie príznaky pri tomto ochorení (tmavý moč, nechutenstvo, únava, slabosť) a 3% pacientov nesprávne uviedli suchý kašeľ.

Otázka 3: Viete ako sa treba chrániť pred VHC?

Tab. 6 Prevencia.

Odpovede	n	%
Neviem ako sa treba chrániť	2	7
Vyhýbať sa kontaktu s krvou	11	37
Bezpečný pohlavný styk	17	56
Spolu	30	100

Najčastejšia odpoveď bola u 56% pacientov, ktorí ako spôsob ochrany uviedli bezpečný pohlavný styk. Chrániť pred infekciou VHC sa nevedelo 7% pacientov.

Otázka 4: Podľa Vás sú dostupné v dostatočnej miere informácie o ochorení VHC?

Tab. 7 Dostupnosť k informáciám.

Odpovede	n	%
Sú dostupné v dostatočnej miere	19	63
Sú málo dostupné	10	34
Nie sú dostupné	1	3
Spolu	30	100

Informácie o ochorení VHC sú dostupné v dostatočnej miere podľa 63% pacientov, podľa 34% pacientov sú málo dostupné a 3% pacientov si myslí, že informácie o ochorení VHC nie sú dostupné.

Otázka 5: Pred diagnostikovaním VHC ste mali podľa Vás koľko informácií?

Tab. 8 Informovanosť pred diagnostikou ochorenia.

Odpovede	n	%
Málo informácií o VHC	10	33
Dost' informácií o VHC	12	40
Neviem sa vyjadriť	8	27
Spolu	30	100

Dost' dostupných informácií o VHC malo 40% pacientov, podľa 33% pacientov mali málo informácií o VHC a 27 % pacientov sa nevedelo k otázke vyjadriť.

Otázka 6: Viete ako ste dostali hepatitídu C?

Tab. 9 Spôsob prenosu

Odpovede	n	%
Poranením infikovanou ihlou	11	36
Tetovaním	9	30
Pearcingom	7	24
Sexuálnym stykom	3	10
Spolu	30	100

Spôsob prenosu poranením infikovanou ihlou sme zaznamenali u 36% pacientov, 30% pacientov dostalo hepatitídu C tetovaním, 24% pearsingom a 10% sa infikovalo sexuálnym stykom.

Otázka 7: Aký je Váš sexuálny život?

Tab. 10 Sexuálny život.

Odpovede	n	%
Striedam partnerov	18	60
Stály partnerský vzťah	4	12
Som bez partnera	3	10
Neodpovedal	5	18
Spolu	30	100

Na otázku ako hodnotia pacienti svoj sexuálny život nám 60% pacientov odpovedalo, že strieda partnerov, 18% pacientov na otázku, ktorá je intímna neodpovedalo.

Otázka 8: Máte podľa Vás povinnosť informovať ošetrujúceho lekára o tom, že ste prekonal VHC alebo ste nositeľom VHC?

Tab. 11 Povinnosti pacienta

Odpovede	n	%
Áno vždy	10	33
Neviem o tejto povinnosti	9	30
Iba pri stomatologickom vyšetrení	6	20
Len vtedy keď budem operovaný	5	17
Spolu	30	100

O povinnosti informovať svojho ošetrujúceho lekára o skutočnosti, že prekonal alebo je nositeľom VHC vedelo 33% pacientov, naopak o tejto povinnosti nevedelo 30% pacientov. Iba pri stomatologickom vyšetrení to považovalo za povinnosť 20% pacientov a v prípade operačného zákroku 17% pacientov.

Otázka 9: Aký spôsob odovzdávania informácií po infikovaní VHC by Vám najlepšie vyhovoval?

Tab. 12 Odovzdávanie informácií.

Odpovede	n	%
Rozhovor s lekárom	8	27
Odborná brožúrka, letáky	16	53
Rozhovor so sestrou	6	20
Spolu	30	100

Vedomosti o ochorení by 27% pacientov chcelo získať od lekára, z odbornej brožúry a informačných letákov 53% pacientov a 20% pacientov sa vyjadrilo, že by im vyhovoval rozhovor so sestrou.

Otázka 10: Aké rizikové skupiny sú podľa Vás najviac ohrozené, kde je najväčší predpoklad infekcie VHC?

Tab. 13 Rizikové skupiny.

Odpovede	n	%
Homosexuálni partneri	13	43
Zdravotnícky pracovník	2	7
Narkomani	13	43
Neviem posúdiť	2	7
Spolu	30	100

Za rizikové skupiny najviac ohrozené infekciou VHC považovalo homosexuálnych partnerov 43% pacientov, totožne percentuálne zastúpenie uviedlo narkomanov, podľa 7% pacientov sú rizikovými skupinami aj zdravotnícki pracovníci, rizikové skupiny VHC nevedelo posúdiť 7% pacientov.

Otázka 11: Aké sú podľa Vás možné prenosy VHC?

Tab. 14 Spôsob prenosu infekcie.

Odpovede	n	%
Krvou	16	53
Sexuálnym stykom	11	37
Podaním ruky	2	7
Pokazeným jedlom	1	3
Spolu	30	100

Za najčastejší spôsob prenosu VHC 53 % pacientov považovalo prenos krvnou cestou, 37% pacientov sexuálnym stykom. Podanie ruky ako spôsob prenosu VHC považovalo 7% pacientov a 3% tvrdili, že pokazeným jedlom.

Otázka 12: Viete ako chrániť príbuzných pred infekčnou hepatitídou C v prípade, že ste nosičom vírusu VHC?

Tab. 15 Ochrana príbuzných pacientov pred infekciou.

Odpovede	n	%
Mať vlastné hygienické potreby	19	63
V prípade poranenia musím odstrániť krv pomocou dezinf. prostriedku.	6	20
Neviem čo mám robiť	5	17
Spolu	30	100

Ako základnú ochranu príbuzných pred možným infikovaním 63% pacientov považovalo potrebu mať vlastné hygienické potreby, dezinfekciu miesta vpichu 20% pacientov a 17% pacientov nevedelo ako chrániť príbuzných.

Otázka 13: Čo vás zaujíma, čomu nerozumiete, na čo by ste sa chceli opýtať?

Tab. 16 Záujem o informácie.

Odpovede	n	%
Zostanú mi po preliečení ochorenia nejaké následky?	9	30
Aká ma čaká budúcnosť?	7	23
Je toto ochorenie vyliečiteľné?	8	27
Ako sa mám ja a môj partner chrániť pri pohlavnom styku?	6	20
Spolu	30	100

Pacientov zaujímala hlavne prognóza a prevencia ochorenia, z celkového počtu pacientov sa 30% pacientov pýtalo či im zostanú po preliečení ochorenia následky, 27% pacientov zaujímalo či je ochorenie VHC vyliečiteľné, 23% pacientov sa pýtalo aká ich čaká budúcnosť a 20% pacientov chcelo vedieť ako sa má ich partner chrániť pri pohlavnom styku.

Na základe skutočností, že u pacientov boli preukázané deficity v oblasti vedomostí o ochorení, spôsobe prenosu, prevencii šírenia nákazy po diagnostikovaní, ako aj o prognóze sme vypracovali návrh edukačného plánu pre pacientov hospitalizovaných na infekčnej klinike s hepatitídou C. Vypracovaný edukačný plán sme metódou rozhovoru realizovali na pacientoch z našej prieskumnej vzorky.

5.2 EDUKAČNÝ PLÁN

Téma edukácie: Hepatitída C

1. Pod téma edukácie: Edukácia pacienta po diagnostikovaní hepatitídy C.

2. Pod téma edukácie: Spôsoby šírenia prenosu VHC.

Veková skupina: od 17 do 32 rokov.

Skupina starostlivosti: Pacienti po diagnostikovaní hepatitídy C.

Miesto realizácie: Infekčná klinika FN Nitra.

Dĺžka konania: 45 minút.

Ciele edukácie: Pacient bude mať dostatok vedomostí o hepatitíde C.

1. Posudzovanie

Posúdenie schopností učiť sa.

Podmienky: stredné.

Stav vedomia: úplné.

Koncentrácia: áno.

Záujem učiť sa: áno, respektíve pacienti sú nútení prispôsobiť sa požiadavkám, pretože významne ovplyvňujú stav ich zdravia.

Vnímavosť: priemerná.

Motivácia: Podľa aktuálneho psychického naladenia, buď prevláda tendencia vyhýbať sa učeniu a svoje názory presadzovať ako správne a opodstatnené, v stave relatívnej psychickej vyrovnanosti motivácia k učeniu primeraná až zvýšená v snahe porozumieť problému čo najviac.

Pamäť: normálna funkcia.

Typ učenia sa: zámerné.

Prekážky v učení: ochorenie – nainfikovanie VHC, nálada, stres, strach, úzkosť.

Vôľové vlastnosti: tvrdohlavosť, negativizmus, presadzovanie svojich názorov, postojov.

Poruchy : žiadne.

Vlastná definícia zdravia: „ sme nervózni, nemôžeme spať, bolí nás hlava, kĺby, sme unavení“.

Nesprávny životný štýl: alkohol, fajčenie, užívanie drog.

Zmenený postoj ku zdraviu: pacienti vnímajú potrebu zdravia veľmi intenzívne.

Zdravotné riziko (rizikové správanie): pacienti v snahe znovu nadobudnúť pocit slobody a moci chcú rozhodovať o svojom živote a zdraví, pacienti občas ignorujú pre nich nutné reštrikčné opatrenia.

Skúsenosť s danou problematikou: do vzniku ochorenia niektorí pacienti nie.

2. Diagnostika

Nedostatočné vedomosti o infekčnej hepatitíde C, o diagnostikovaní a prenose ochorenia.

3. Plánovanie

Cieľ:

Afektívny- pacient preukáže záujem získať ďalšie vedomosti o ochorení, kladie otázky.

Kognitívny- pacient bude poznať podstatu svojho ochorenia, dokáže slovne opísať príznaky, spôsoby prenosu a pozná riziká svojho ochorenia.

Výsledné kritériá:

VK 1 : Pacienti od sestry získajú informácie o prevencii a o ochorení VHC.

VK 2 : Pacienti so sestrou prekonzultujú nejasnosti.

VK 3 : Pacienti popíšu povinnosť kedy a koho informovať o tom, že prekonal VHC, alebo sú nositeľmi VHC.

Forma: individuálna

Metóda: štruktúrovaný rozhovor- individuálny prístup k pacientom so snahou efektívne motivovať pacienta k spolupráci.

A. Motivácia: zlepšiť kvalitu súčasného života, no aj s ohľadom na dlhodobé prežívanie v dobrom zdravotnom stave.

B. Hlavná časť: zdravotno - výchovné a vzdelávacie intervencie :

I 1 : Poskytnúť pacientom základné informácie o VHC.

I 2 : Prekonzultovať s pacientmi nejasnosti.

I 3 : Pacientov povzbudzovať pozitívnym spôsobom.

I 4 : S pacientmi konzultovať šírenie prenosu VHC.

I 5 : Pacientov poučiť o význame dodržiavania prevencie a informovanosti pacientov o ochorení.

C. Ukončenie: Edukačný plán vzhľadom na charakter ochorenia VHC a prevencie šírenia nákazy a o informovanosti pacientov prebieha nepretržite.

4. Realizácia

Sesterské intervencie sú realizované nepretržite a podľa aktuálnych potrieb pacientov počas ich hospitalizácie na infekčnej klinike v Nitre. Pacienti majú zvýšený záujem o nové poznatky ochorenia. Pacienti si významne uvedomujú deficit zdravia, snažia sa dodržiavať reštrikčné opatrenia.

5. Vyhodnotenie

Ciel': splnený. Pacienti majú dostatočné vedomosti o hepatitíde C, o prevencii a aj o povinnosti informovať svoje okolie a lekára o nakazení VHC. Pacienti si uvedomujú riziko pri nedodržiavaní preventívnych opatrení. Pacienti sú dostatočne oboznámení o prevencii a o význame liečebného režimu.

6 DISKUSIA

Zdravé obyvateľstvo možno označiť za jeden z pilierov, na ktorom stojí stabilná spoločnosť. Zmyslom na podporu verejného zdravia je jednak zabezpečiť poskytovanie starostlivosti a liečby, ale aj na základe ochrany a podpory zdravia vytvoriť podmienky pre zdravý život. Profesia sestry zahŕňa určitý systém rolí, rolového správania, zastáva v spoločnosti určitú pozíciu, postavenie v rámci jednotlivých profesií.

Problémy, s ktorými sa v našom každodennom živote stretávame, nám prináša denná prax. Z pracovnej praxe je známe, že problémy vznikajú ak sa človek ocitne v ťažkostiach. Problém alebo nejasnosť je treba čo najbližšie identifikovať a slovné formulovať, preniesť ho do štruktúrovaného rozhovoru. Cieľom štruktúrovaného rozhovoru bolo zistenie úrovne vedomostí pacientov o ochorení a dodržiavaní preventívnych opatrení pri infekčnej hepatitíde C, zistenie názoru pacientov na dostupnosť informácií a zvýšenie informovanosti pacientov o ochorení. Pri štruktúrovanom rozhovore vedomosti pacientov boli skutočne nedostatočné a preto sme vypracovali edukačný plán, ktorým dosiahneme vyššiu informovanosť pacientov o ochorení a prevencii po jej diagnostikovaní.

Na základe získaných výsledkov môžeme konštatovať, že prieskumnú skupinu tvorilo 30 náhodne vybraných pacientov. Veková skupina pacientov bola od 17 do 32 rokov. Z toho mužov bolo $n=19$ vo vekovom rozpätí 17-32 rokov a tvorili 63% skúmaných pacientov. Priemerný vek mužov bol AM - 24 rokov. Žien bolo $n=11$ vo vekovom rozpätí 19-25 rokov a tvorili 37% skúmaných pacientov. Ženy mali priemerný vek AM - 21 rokov. Najpočetnejšiu vekovú skupinu tvorili pacienti vo veku 22-26 rokov. V tejto vekovej kategórii sa nachádzalo 57% pacientov. V prvej časti rozhovoru nás zaujímalo, aké vedomosti majú pacienti o vírusovej hepatitíde C, či poznajú nejaké príznaky ochorenia a či vedia ako sa chrániť pred VHC. Analýzou rozhovoru sme zistili, že dobré vedomosti malo 46% pacientov, ktorí správne definovali hepatitídu C ako zápal pečene, ako typické ochorenie narkomanov ho považovalo 37% pacientov. Za nedostatočné vedomosti sme považovali odpovede 18% pacientov, ktorí hepatitídu C nevedeli definovať, alebo nestretli sa s týmto ochorením. Pri porovnávaní výsledkov vo vzťahu k veku pacientov sme zistili, že u pacientov medzi 22 až 26 rokom sa vyskytlo najviac nesprávnych odpovedí. Optimistický výsledok sme zistili vo vekovom období od 27 do 32 rokov. Na druhú otázku správne odpovedalo 60% pacientov, ktorí vedeli definovať príznaky ochorenia, že je to žlté sfarbenie kože ako základný príznak hepatitídy C. Nesprávne odpovedalo 13% pacientov,

ktorí uviedli ako hlavný príznak bolesti hlavy. Pri zisťovaní aké majú pacienti informácie o prevencii šírenia infekcie VHC sme zistili, že 56% pacientov uviedlo bezpečný pohlavný styk a 7% pacientov nevedelo ako sa chrániť pred VHC.

V druhej časti rozhovoru sme sa zamerali na dostupnosť informácií o vírusovej hepatitíde C. V tejto časti sme posudzovali spôsob infikovania sa, sexuálny život pacientov, prevencii šírenia nákazy a kedy a koho informovať o nakazení VHC. Z odpovedí pacientov na dostupnosť informácií 63% pacientov tvrdilo, že informácie sú dostupné v dostatočnej miere a 34% pacientov tvrdilo, že informácie sú podľa nich málo dostupné. K tejto problematike sa nevedelo vyjadriť 3% pacientov. Z výsledkov rozhovoru nám vyplýva, že informovanosť pacientov našej vzorky je na priemernej úrovni. V piatej otázke malo 40% pacientov dosť informácií o VHC pred diagnostikovaním ochorenia a 27% pacientov sa nevedelo vyjadriť. Hrušovský (2007) zaraďuje medzi spôsoby prenosu infekcie VHC u zdravotníckych pracovníkov náhodné poranenie použitou injekčnou odberovou ihlou, alebo chirurgickým nástrojom. Pohlavný prenos sa odhaduje na menej ako 5%. Vyššie riziko pohlavného prenosu je u ľudí, ktorí striedajú sexuálnych partnerov, zúčastňujú sa prostitúcie, majú análny styk a sexuálne praktiky spôsobujúce poranenie. Medzi zriedkavejšie rizikové faktory patrí pearsing, tetovanie, požičiavanie osobných potrieb na strihanie nechtov, zubnej kefky, holiaceho strojčeka. Perinatálny vertikálny prenos z infikovanej matky na dieťa je 3-5%. Ojedinele sa podarilo dokázať prenos nedostatočne dezinfikovaným kolonoskopom a infekciu pri chirurgickom výkone. Viac ako v polovici prípadov infekcie VHC sa nepodarí zistiť rizikový faktor. V našej hodnotiacej skupine ako spôsob prenosu uviedlo 36% pacientov poranenie nainfikovanou ihlou, 30% pacientov udalo tetovanie, 24% pacientov pearsing a 10% pacientov uviedlo nainfikovanie sexuálnym stykom. Pri posudzovaní rizikových vzorcov sexuálneho správania sme zistili, že až 60% pacientov strieda sexuálnych partnerov, 12% pacientov má stály partnerský vzťah, 10% pacientov nemá partnera a 18% pacientov nám na otázku neodpovedalo. Z toho jednoznačne vyplýva, že 78% pacientov nemá dostatok vedomostí v tejto problematike, čo potvrdzuje aj narastajúci trend nakazenia sa vírusovou hepatitídou C na Slovensku. Čo sa týka povinnosti pacienta informovať o tom, že je nositeľom vírusu VHC, alebo prekonal toto ochorenie, správne odpovedalo iba 33% pacientov a o tejto povinnosti nevedelo 30% pacientov, čo je tiež alarmujúce číslo. 20% pacientov sa domnievalo, že sa to týka iba pri stomatologickom vyšetrení a 17% pacientov chcelo informovať lekára len pred operačným zákrokom. Na otázku ako získať informácie po infikovaní VHC bolo 53% pacientov za odbornú brožúrku, letáky a 20% pacientov uviedlo rozhovor so sestrou. Slabé

výsledky v tejto oblasti dosahovali pacienti vo veku 22-26 rokov a najhoršie výsledky dosahovala skupina 17-21 ročných.

V poslednej časti rozhovoru sme sa zamerali na rizikové skupiny, spôsob prevencie a ochranu príbuzných pacientov pred infikovaním sa vírusovou hepatitídou C.

V tejto časti za najväčšie rizikové skupiny označilo 96% pacientov homosexuálnych partnerov a narkomanov a 7% pacientov vôbec nevedelo posúdiť rizikovú skupinu. Čo sa týka prenosu infekcie 53% pacientov odpovedalo správne že možný prenos VHC je krvnou cestou, 37% pacientov odpovedalo, že sexuálnym stykom, 7% pacientov podaním ruky a 3% pacientov odpovedalo absolútne nesprávne, pokazeným jedlom. Na otázku ako chrániť príbuzných pred VHC 63% pacientov odpovedalo, že majú mať vlastné hygienické potreby a 17% pacientov nevedelo odpovedať. Nedostatkom informovanosti pacientov sa nám zdá aj otázka číslo 13, kde ani pacienti, ktorí sú už liečení na vírusovú hepatitídu C nevedia či im po preliečení zostanú nejaké následky, takto odpovedalo až 30% pacientov, 27% pacientov nevie či sa jedná o ochorenie vyliečiteľné, 23% pacientov si nevie predstaviť aká ich čaká budúcnosť s ochorením VHC a ako chrániť seba aj partnera pri pohlavnom styku nevie 20% pacientov. Najväčšie nedostatky boli v skupine od 17 do 21 rokov a dobré výsledky boli v skupine od 27 do 32 rokov.

Po zhodnotení rozhovoru sme dospeli k záveru, že sa v ňom vyskytli protirečivé odpovede. Pacienti vo väčšine poznajú čo je to hepatitída C, poznajú hlavné príznaky ochorenia aj ako sa chrániť pred vírusovou hepatitídou C a napriek tomu sa infikovali. Na druhej strane v otázkach číslo 3, 7,13 si svojimi odpoveďami protirečia., tým že za bezpečný pohlavný styk je až 56% pacientov, ale až 60% pacientov strieda sexuálnych partnerov a pritom až 86% pacientov považuje za najrizikovejšie skupiny homosexuálnych partnerov a narkomanov a až 20% pacientov nevie ako sa má chrániť pri pohlavnom styku svojho partnera. Z analýzy rozhovoru jednoznačne vyplýva, že správanie pacientov voči svojmu zdraviu bolo nezodpovedné, nakoľko i napriek skutočnosti, že poznali preventívne opatrenia ako aj zdroje nákazy sú v súčasnosti pozitívni na VHC. K týmto záverom sme dospeli analýzou otázky číslo 11 zameranej na posúdenie spôsobu prenosu nákazy u pacientov z prieskumnej vzorky. Za pozitívne zistenie považujeme skutonosť, že pacienti správne uviedli faktory minimalizujúce šírenie nákazy v ich okolí po prepustení do domácej starostlivosti o čom svedčia výsledky z otázky číslo 12. Ďalej sa domnievame, pretože rozhovor sme robili s pacientmi, ktorí sa už liečia, že väčšinu informácií o chorobe získali až v ordinácii lekára, alebo na klinike a aj tak sú niektoré odpovede zarážajúce.

Po edukačnom pláne a nadobudnutí informácií o VHC pacienti vedeli veľmi dobre odpovedať na otázky zamerané na oblasť vedomostí o ochorení, prognózy, prevencie šírenia nákazy po diagnostikovaní VHC. Myslíme si, že je jednoznačne potrebné zvýšiť informovanosť nielen pacientov, ale aj obyvateľstva, či už formou prednášok lekárov a sestier na školách, v rizikových oblastiach kde sa hepatitída rozširuje najviac a nekontrolovateľným spôsobom - narkomani, prostitútky.

Je nutné zvýšiť počet propagačných brožúr a letákov na exponovaných miestach, ordinácie, čakárne v nemocničných zariadeniach, školy, úrady a exponované miesta dostupné širokej verejnosti. Zvýšiť počet programov s touto tematikou vo verejnej televízii a rozhlase. Ak už dôjde k infikovaniu osôb a ich liečení v nemocničnom zariadení je potrebné, aby lekári a hlavne sestry sa venovali pacientom, trpezlivo im vysvetľovali problematiku vírusovej hepatitídy C.

Pacienti, po vyliečení a prepustení zo zdravotníckeho zariadenia musia vedieť všetko o chorobe a prevencii proti nej. Musia otvorene o chorobe hovoriť s každým zo svojho okolia a rozširovať vedomosti všetkých obyvateľov o VHC. To je niekoľko možností ako zabrániť narastaniu hepatitídy C na Slovensku, pretože súčasná informovanosť je nedostatočná a neplní svoj účel. Ak sa vynaložené prostriedky vrátia v podobe čo i len znížením vírusovej hepatitídy C o niekoľko percent a zastavením narastania šírenia sa hepatitídy C na Slovensku bude mať táto naša práca veľký význam.

Preštudovaním si tejto práce dávame možnosť sestram, zdokonaľiť si svoje vedomosti a schopnosti, aby vedeli správne postupovať pri ošetrovaní pacientov infikovaných vírusovou hepatitídou C a aby poznali problémy, ktoré pacientov najviac trápia a v akých oblastiach majú najväčšie nedostatky.

Táto bakalárska práca nám dala možnosť vidieť očami pacientov nedostatky v prístupe k informáciám o hepatitíde C, súdržnosť a spolupatričnosť u pacientov po diagnostikovaní ochorenia, ako aj o ich záujme zvýšiť si rozsah informácií o prognóze ochorenia a možnostiach minimalizácií rizikových faktorov o hepatitíde C.

6.1 Odporúčanie pre prax

Na základe spracovania teoretických východísk a realizovaného prieskumu sme si dovoľili navrhnúť tieto odporúčania pre prax:

Zaradiť do sústavného informovania nielen pacientov, ale aj obyvateľstvo formou prednášok lekárov a sestier na školách.

Zvýšiť počet propagačných brožúr a letákov na exponovaných miestach, dostupných širokej verejnosti.

Vypracovať stratégiu prístupu k hepatitíde C a informovať pacientov o tejto stratégii.

U infikovaných pacientov HCV zistiť dostupnosť informácií o tomto ochorení.

Vytvoriť edukačný štandard pre vzdelávanie pacientov s ochorením HCV.

Úprava životného štýlu – dodržiavanie diétného režimu.

Podporovať pacientov a upozorňovať pacientov pri prepúšťaní z oddelenia infekčnej kliniky na prevenciu, kľudový režim a diétu.

ZÁVER

Štúdium odbornej literatúry ako aj výsledky prieskumu v danej oblasti nám umožnili stanoviť ciele, ktoré sme dosiahli. Na základe odpovedí sme zistili, že nie všetci pacienti sú dostatočne informovaní o ochorení infekčnou hepatitídou C a taktiež o dodržiavaní preventívnych opatrení.

Cieľom práce bolo dosiahnuť vyššiu informovanosť pacientov o vírusovej hepatitíde C a o prevencii, zistiť stav a úroveň vedomostí pacientov o ochorení a preventívnych opatreniach, zistiť názor pacientov na dostupnosť informácií o VHC, zvýšiť informovanosť pacientov o ochorení a prevencii.

Prieskum sme realizovali metódou štruktúrovaného rozhovoru, ktorým sme zisťovali úroveň vedomostí o ochorení. Na základe výsledkov z rozhovoru sme použili edukačný štandard, ktorý nám dopomohol k získaniu vedomostí, v ktorých mali pacienti nedostatky. Na uvedenej vzorke $n = 30$ pacientov sa preukázalo, že ak sa poskytnú pacientovi dostatočné informácie o ochorení, je možné formovať ich názory, vedomosti, správanie, presvedčenie, zdravotné uvedomenie a chápanie zmeny zdravia.

Cieľavedomou prácou a výchovou je možné docieľiť toho, že každý človek si uvedomí, že zdravie, spokojnosť a dlhý život nie sú samozrejým darom prírody. Osobná komunikácia a správny ľudský prístup sestry sa nedajú ničím nahradiť, pokiaľ chce sestra získať tie najdôležitejšie a správne informácie. Za nevyhnutné považujeme dostatočne a intenzívne sa venovať problematike ochorenia hepatitídy C, kde je súčasťou problému zanedbávaná prevencia. Zviditeľňovanie pomocou reklám, dostatočných a pútavých článkov v časopisoch, na internete, v brožúrach, programoch a náučných prednáškach k danej problematike. To sú všetko dôležité súčasti v boji proti tejto nebezpečnej chorobe. Všetky navrhované riešenia majú spoločný cieľ a to vhodne, účelovo a pragmaticky pôsobiť na vedomie obyvateľstva.

Cieľom bakalárskej práce je predovšetkým najvhodnejšie upovedomiť dnešnú mladú generáciu o prevencii, informovať študentov na školách o hepatitíde C a o jej šírení medzi ľuďmi. Nesmieme zabudnúť na pacientov, ktorí sú buď už nakazení alebo majú tieto príznaky a sú hospitalizovaní na infekčnej klinike. Sestry musia pacientom na klinike dať dostatok vhodných materiálov ako sú brožúrky, letáky pojednávajúce o VHC, ale predovšetkým neustále vysvetľovať spôsoby prevencie pri VHC a hovoriť s nimi o vhodnej životospráve, ktorú musia bezpodmienečne dodržiavať.

Preto aj naša práca by mala byť spúšťačom k dosahovaniu dobrých výsledkov, aby ochorenie ako je hepatitída C sa šírilo čo najmenej a dúfame, že sa i naďalej budeme týmto problémom zaoberať.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV.

BALKOVÁ, I. 2004. Ako nepoškodiť pacienta. In: *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2004, roč. 3, č. 6, s. 14-15 .

BÁLINT, O. et al. 2007. *Infektológia a antiinfekčná terapia*. 2. vyd. Martin : Osveta, 2007. ISBN 80-8063-222-7.

BOLEDOVIČOVÁ, M., MATULAY, S. 2007. *Výskum v ošetrovatel'stve*. Nitra : Univerzita Konštantína Filozofa, 2007. ISBN 978-80-89245-03-1.

ĎURIŠ, I. et al. 2001. *Princípy internej medicíny*. Bratislava: SAP, 2001. ISBN 80- 889 08- 69-8.

FARKAŠOVÁ, D. et.al. 2005. *Ošetrovatel'stvo - teória*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2005. ISBN 80-8063-182-4.

FITZPATRIK, F. J. 1994. Ethics in nursing. In : *Medicínska etika a bioetika*, ISSN 1335-0560, 1994, roč. 1, č. 5 / 6 , s. 8-9 .

GAZDÍK, F. et al.2008. *Čo vieme o víruse hepatitídy C*. [online]. [cit. 2009.12.08.] . Dostupné na internete :<[http:// www. infodrogy.sk./](http://www.infodrogy.sk/)

GOLEMAN, D. 1997. *Emoční inteligencia*. Praha : Columbus, 1997. ISBN 1335-0560.

HALL, C. S. , LINDZEY, G. 2002. *Psychológia osobnosti*. 3. vyd. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľ'stvo, 2002. ISBN 80-08-03384-3.

HIBBARD, J. H. 2003. Engaging health care consumers to improve the quality of care. In: *Med care*, 2003, vol. 41, supplementum 1, p. 161-170.

HRUŠOVSKÝ, Š. 2007. *Praktická hepatológia* .2.slov. vyd. Bratislava : HERBA, 2007. ISBN 80-89171-46-X.

HUSA, P. 2005. *Vírusové hepatitídy*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-304-4

JAROŠOVÁ, D. 2000. *Teórie moderného ošetrovateľství*. 1. vyd. Praha : ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-55-2.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovateľstvo I*. 1. slov. vyd. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.

KREKULOVÁ, L.,ŘEHÁK, V. 2002. *Vírusové hepatitídy*. 2. vyd. Praha : Triton, 2002. ISBN 80-7254-218-4.

KRIŠTOFOVÁ, E.,MESÁROŠOVÁ,J. 2003. Sestra v 21. storočí. In : *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2003, roč.2, č.10, s. 8.

KUBÍKOVÁ, E. 2001. K otázke informovania o malígnom ochorení. In : *Medicínska etika a bioetika*, ISSN 1335-0560 , 2001, roč. 8, č. 3 / 4, s. 8-9, s. 15.

MERAKOU, K. et al. 2001. *Satysfing patients rights a hospital patients survey Nussing Ethics*, 2001, vol. 8, no. 6, p. 15-16.

NEMČEKOVÁ, M. et al. 2004. *Práva pacientov. Medicínske, ošetrovateľské a filozoficko - etické súvislosti*. 1.slov.vyd. Martin : Osveta, 2004. ISBN 80-8063-162-X.

NEMČEKOVÁ, M. et al. 2000. *Práva pacientov*. Filozofická reflexia a zdravotnícka prax. 1.slov.vyd. Bratislava : Iris, 2000. ISBN 88-778-94-8.

PLHÁKOVÁ, A. 2004. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia. ISBN 80-200-1387-3

ROCHE Slovensko, s.r.o. 2006. *Hepatitída C – problém, ktorý mení životy miliónov ľudí*. In: Brožúra, 2006., s. 4.

SCHRÉTER, I. 2007. Optimalizácia liečby chronickej hepatitídy C monitorovaním virologickej odpovede. In : *Interná medicína*, 2007 , roč. 7, č. 10, s. 3-6.

SCHRÉTER, I. 2007. *Vírusová hepatitída C- tichý zabijak*. Roche : Slovensko , Brožúrka, 2007, s. 9.

ŠEBEKOVÁ, V. 2000. Úloha sestry pri uspokojovaní potreby informácií u pacienta. In: *Revue profesionálnej sestry*. ISSN 1335-1753, 2002, roč. 7, č. 2, s. 9-10.

ZÁKON NR-SR č. 576/ 2004 Z.z. *o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov*. In: Zbierka zákonov SR. roč. 2004, čiastka 243, 1. nov. 2004.

ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 1.slov. vyd. Martin : Osveta, 2005. ISBN 80-8063-193-X.

ZRUBCOVÁ, D. , KRIŠTOFOVÁ, E. 2008. Infektologické ošetrovatel'stvo. In : Schmidtová, Z. et al. *Vybrané odbory ošetrovatel'stva*. Martin : Osveta, 2008. s. 28-74. ISBN 978-80-8063-295-3.

WALSH, K. 2002. *Nurses and patients perception of dignity*. In: International journal of nursing practice, 2002, no. 8, p. 143-151.

PRÍLOHY

Príloha A: Rozhovor

Príloha B: Edukačný audit – kontrola naučeného

Príloha C: Informovaný súhlas pacienta

Príloha D: Žiadosť o povolenie na získanie údajov formou anonymného rozhovoru –
MUDr. Piesecká, PhD

Príloha E: Povolenie na realizáciu prieskumu

Príloha A

ROZHOVOR

1. Viete čo znamená slovo hepatitída C- žltáčka?

- Typické ochorenie narkomanov
- Zápal pečene
- Nevieť definovať, nestretol(nestretla) som sa s takýmto ochorením

2. Poznáte niektoré príznaky pri ochorení hepatitídy?

- Bolesť brucha
- Žlté sfarbenie kože
- Suchý kašeľ
- Iné (bolesť hlavy)
- Sexuálnym stykom

3. Viete ako sa treba chrániť pred VHC?

- Nevieť ako sa treba chrániť
- Vyhybať sa kontaktu s krvou
- Bezpečný pohlavný styk

4. Podľa Vás sú dostupné v dostatočnej miere informácie o ochorení VHC?

- Sú dostupné v dostatočnej miere
- Sú málo dostupné
- Nie sú dostupné

5. Pred diagnostikovaním VHC ste mali podľa Vás koľko informácií?

- Málo informácií o VHC
- Dost informácií o VHC
- Nevieť sa vyjadriť

6. Viete ako ste dostal hepatitídu C?

- Poraneníť infikovanou ihlou
- Tetovaním
- Pearsingom
- Sexuálnym stykom

7. Aký je Váš sexuálny život?

- Striedam partnerov
- Stály partnerský vzťah
- Som bez partnera
- Neodpovedal

8. Máte podľa Vás povinnosť informovať ošetrojúceho lekára o tom, že ste prekonali VHC, alebo ste nositeľom VHC?

- Áno vždy
- Neviem o tejto povinnosti
- Iba pri stomatologickom ošetrovaní
- Len vtedy keď budem operovaný

9. Aký spôsob podávania informácií po infikovaní VHC by Vám najlepšie vyhovoval?

- Rozhovor s lekárom
- Odborné brožúrka, letáky
- Rozhovor so sestrou

10. Aké rizikové skupiny sú podľa Vás najviac ohrozené, kde je najväčší predpoklad infekcie VHC?

- Homosexuálni partneri
- Zdravotnícky pracovníci
- Narkomani
- Neviem posúdiť

11. Aké sú podľa Vás možné prenosy VHC?

- Krvou
- Sexuálnym stykom
- Podaním ruky
- Pokazeným jedlom

12. Viete ako chrániť príbuzných pred infekčnou hepatitídou C v prípade, že ste nosičom vírusu HCV?

- Mať vlastné toaletné potreby
- V prípade poranenia musím odstrániť krv pomocou dezinfekčného prostriedku
- Neviem čo mám robiť

13 Čo Vás zaujíma, čomu nerozumiete, na čo by ste sa chceli opýtať?

- Zostanú mi po preliečení ochorenia nejaké následky?
- Aká ma čaká budúcnosť?
- Je toto ochorenie vyliečiteľné?
- Ako sa mám ja a môj partner chrániť pri pohlavnom styku?

Príloha B

EDUKAČNÝ AUDIT – KONTROLA NAUČENÉHO

Otázka č. 1 : Akým spôsobom sa prenáša hepatitída typu C?

- a) špinavými rukami
- b) krvou
- c) vzduchom
- d) slinami

Otázka č. 2 : Čo je vírusová hepatitída?

- a) zápal žlčníka
- b) zápal pankreasu
- c) vírusový zápal pečene

Otázka č. 3 : Je možný prenos VHC sexuálnou cestou?

- a) nie
- b) áno
- c) neviem

Otázka č. 4 : Ako chrániť pred VHC?

- a) vyhýbať sa kontaktu s krvou
- b) používanie prezervatívu
- c) netreba sa chrániť

Príloha C

POUČENIE A INFORMOVANÝ SÚHLAS s lekársnym vyšetrením, liečbou, operáciou infekčná klinika

Meno a 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

