

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

Tuberkulóza ako ošetrovateľský problém

Bakalárska práca

Študijný program: Ošetrovateľstvo, externé štúdium

Pracovisko: Katedra ošetrovateľstva

Školiteľ: Mgr. Ľubica Pialová

Nitra 2010

Katarína Kramarová

Ďakujem mojej školiteľke bakalárskej práce
Mgr. Ľubici PIALOVEJ
za cenné rady, odborné usmernenie, podporu a pomoc, ktorú mi poskytovala
pri vypracovaní bakalárskej práce.

ABSTRAKT

KRAMAROVÁ, Katarína: Tuberkulóza ako ošetrovateľský problém. [Bakalárska práca] – Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva; Katedra ošetrovateľstva. – Školiteľ Mgr. Ľubica Pialová. Stupeň odbornej kvalifikácie: bakalár ošetrovateľstva. – Nitra: FSV a Z, 2010. 60 s.

Práca prezentuje tuberkulózu ako ošetrovateľský problém. Poukazuje na skutočnosť, že edukácia o samotnom ochorení sa pokladá za rovnocenný faktor s liečbou ochorenia. V teoretickej časti našej práce sme sa snažili stručne prezentovať tuberkulózne ochorenie z medicínskeho pohľadu. Výskumná problematika v bakalárskej práci je zameraná na zisťovanie deficitov v informovanosti u pacientov s tuberkulóznym ochorením. V empirickej časti prieskumnou metódou dotazníka sme sa snažili zistiť vedomostnú úroveň pacientov o ich ochorení po prepustení z oddelenia do ambulantnej starostlivosti. Naše predpoklady sa potvrdili, jednej tretine pacientov chýbali určité vedomosti o tuberkulóze alebo mala záujem o ďalšie informácie, 80% pacientov malo potrebu doplniť si ich z iných zdrojov. Cieľom prieskumu metódou ankety bolo umožniť sestram vyjadriť sa k podmienkam edukácie pacienta s tuberkulóznym ochorením počas hospitalizácie. Porovnali sme úroveň edukácie na Slovensku a v Čechách. Pre edukáciu sme spracovali kazuistiku zvoleného rizikového pacienta. Individuálnou formou edukácie sme odstránili zistené vedomostné deficity. Spätnou väzbou sme pozorovali, že po absolvovaní jedného edukačného sedenia s podporou edukačného materiálu sme pozitívne ovplyvnili a podporili dodržiavanie liečebného režimu. Formovali sme odporúčania pre ošetrovateľskú prax a vytvorili edukačný materiál formou letáku.

Kľúčové slová:

Tuberkulóza. Liečebný režim. Prevencia. Ošetrovateľská starostlivosť. Edukácia. Úlohy edukácie u pacientov s TBC.

Abstract

KRAMAROVÁ, Katarína: The tuberculosis as a nursing problem. [Bachelor work]-Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Social Sciences and Health Care; Department of Nursing. - Tutor: Mgr. Ľubica PIALOVÁ . Master of degree: The nursing bachelor (Bc.).– Nitra: FSV a Z, 2010. 60 p.

This work presents the tuberculosis as a nursing problem. It shows that the education about the disease itself is considered to be an equal factor as the treatment of the disease. In the theoretical part of our work we have tried to briefly present the disease of tuberculosis from a medical perspective. Research issues in this bachelor work is aimed to identify the insufficiency of awareness in patients with tuberculosis. In the empirical part we tried to identify by an investigative method of questionnaire the level of awareness in patients about their illness after release from the hospital to outpatient care. Our assumptions were confirmed, one third of patients lacked specific knowledge of tuberculosis or had an interest in further information, 80% had a need to get more information from another sources. The point of the method of questionnaire was to enable nurses to comment on educative conditions of patients with tubercled disease during hospitalization. We compared the level of education in Slovak Republic and Czech Republic. For the education we processed the case report of a selected risk patient. By the individual form of education we managed to eliminate the identified awareness deficits. By the feedback we have observed that after one completed educational session with the support of educational material we managed to influent positively as well as encourage the compliance of the treatment regime. We have formed the recommendations for nursing practice and have created the educational material as a leaflet as well.

Key words:

Tuberculosis. Treatment regime. Prevention. Nursing care. Education. Roles of education for patients with tuberculosis.

OBSAH

Teoretická časť

Úvod.....	9
1 TUBERKULÓZA.....	11
1.1 História a definícia TBC ochorenia.....	11
1.2 Etiológia, spôsob prenosu TBC.....	11
1.3 Symptómy TBC.....	12
1.4 Klasifikácia TBC.....	12
1.4.1 Rezistentné druhy TBC infekcie.....	13
1.5 Diagnostické metódy.....	14
1.6 Liečba, režim DOTS.....	14
2 PREVENCIA.....	16
2.1 Kalmetizácia.....	16
2.2 Depistáž.....	17
2.3 Rizikové skupiny pacientov v súčasnosti.....	17
2.3.1 Rómske etnikum, migranti.....	18
2.4 Právne aspekty, legislatíva, povinné a kontrolné hlásenie TBC.....	19
3 TUBERKULÓZA AKO OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM.....	20
3.1 Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s aktívnou TBC pľúc počas hospitalizácie..	20
3.2 Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s multirezistentným typom TBC.	20
3.3 Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta v ambulantnej starostlivosti.....	21
3.3.1 Diétny režim u pacientov s TBC.....	22
3.4 Multikultúrny ošetrovateľský prístup k pacientom z rôznych komunit, etník.....	22
4 ÚLOHA EDUKÁCIE U PACIENTOV S TBC.....	24
4.1 Edukačný proces v ošetrovateľstve.....	24
4.2 Fázy edukačného procesu.....	25
4.3 Zásady správneho podávania informácií pacientom.....	28

Empirická časť

5 METODIKA PRIESKUMU.....	29
5.1 Predmet a ciele prieskumu.....	29

5.2	Metódy prieskumu.....	31
5.3	Interpretácia analýzy výsledkov dotazníka pre pacientov s TBC ochorením v ambulantnej starostlivosti.....	33
5.4	Interpretácia analýzy výsledkov ankety pre sestry na pľúcnom oddelení.....	42
5.5	Diskusia.....	48
	Odporúčania pre prax	
6	EDUKÁCIA.....	51
6.1	Kazuistika predstaviteľa rizikovej skupiny bezdomovcov v kombinácii s trvale zlou sociálno-ekonomickou situáciou a s alkoholizmom.....	52
6.2	Edukačný proces.....	53
	Záver	

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha A: CHARTA

Príloha B: WHO; Svetové programy a organizácie v boji proti TBC

Príloha C: Legislatíva, Zákony

Príloha D: Dotazník pre pacientov aktuálne na AT liečbe

Príloha E: Anketa pre zdravotné sestry pracujúce na pľúcnom oddelení

Príloha F: Informačný leták

ZOZNAM GRAFOV

- Graf 1 Pohlavie respondentov
- Graf 2 Vek respondentov
- Graf 3 Vzdelanie respondentov
- Graf 4 Edukátori
- Graf 5 Podmienky edukácie z pohľadu pacientov
- Graf 6 Úroveň edukácie z pohľadu pacienta
- Graf 7 Zdroje informácií pre pacienta
- Graf 8 Deficity v informovanosti pacientov
- Graf 9 Individuálne oblasti záujmu pacientov
- Graf 10 Veková hranica zdravotných sestier
- Graf 11 Počet rokov praxe zdravotných sestier
- Graf 12 Vzdelanostná úroveň zdravotných sestier
- Graf 13 Edukácia počas hospitalizácie
- Graf 14 Podmienky edukácie z pohľadu sestier
- Graf 15 Úroveň edukácie pacientov z pohľadu zdravotných sestier

ÚVOD

Tuberkulózná infekcia nie je neznámou veličinou v problematike ošetrovateľstva ani v tejto dobe. Naopak znovu sa dostáva do popredia. Výskyt klasických a multirezistentných foriem tuberkulózy nielen vo svete, ale i na našom území vplyvom globalizácie stúpa. Riziko expanzie tohto infekčného ochorenia ohrozuje do takej miery, ako tomu bolo v minulosti. Pôsobením určitej represie jej výskytu za uplynulé desaťročie v povedomí strednej vekovej skupiny a populácie z nepodnetného prostredia nadobudlo všeobecného dojmu jej vymiznutia, že ochorenie je minulosťou. Ľudia prirodzene neprejavujú záujem o problematiku tuberkulózneho ochorenia, kým sa ich to netýka. Nepredstavuje pre nich riziko z ochorenia, potrebu chrániť sa pred niečím takým, respektíve čo podľa nich neexistuje, alebo nemajú informácie, že existuje. Taktiež je zrejмый nedostatok informácií o ochorení a liečebnom režime samotných infikovaných pacientov. Je nutné zintenzívniť zdravotno-výchovnú osvetu obyvateľstva v tejto problematike.

Zavedenie koncepcie ošetrovateľstva do praxe sestram umožňuje realizáciu v pozícii pedagóga. Hlavným poslaním sestry v úlohe edukátora je pôsobiť v oblasti zdravotno-výchovnej na úrovni primárnej, sekundárnej a terciálnej prevencie. Tým sa podieľať na odovzdávaní informácií nielen pacientom a ich rodinám aktuálne bojujúcich s tuberkulózou, ale pôsobiť v oblasti prevencie, chrániť zdravie potencionalne ohrozených ľudí. Budú schopní prispôbiť sa konkrétnym situáciám a podmienkam. Toto pôsobenie si vyžaduje vedomosti z oblasti psychológie, didaktiky, ako aj výchovy. K napísaniu práce s touto témou nás motivovali situácie na pľúcnej ambulancii, kde pracujem. Uvedomili sme si fakt, že samotní pacienti majú nedostatok vedomostí o svojom ochorení, čím ohrozujú nielen seba, ale i svoje okolie. Postoje pacientov, či rodiny, okolia sú veľmi neadekvátne a odmietavé. Príčiny sú prosté, chýbajú zdroje informácií. Touto prácou, by sme chceli prispieť k osвете a preventívnej činnosti. Ponúknuť jednoduchý praktický edukačný postup formou edukačnej hodiny. Vypracovaním informačného materiálu prípadne malý krôčik k eliminácii tohto ochorenia. Aby sme mohli tento cieľ úspešne realizovať je potrebný taký edukačný postup, ktorý bude pre pacientov zrozumiteľný. Didakticky ich povedie k stanoveným cieľom.

Práca je rozdelená na teoretickú časť a praktickú časť. Cieľom teoretickej časti je v prvej kapitole priblížiť základné charakteristiky tuberkulózneho ochorenia, historické skutočnosti, jej existenciu, definíciu a etiológiu, klasifikáciu, druhy infekcie, diagnostiku

a liečebný režim. V ďalšej kapitole chceme poukázať na preventívne metódy u samotných rizikových skupín a právne aspekty tuberkulózneho ochorenia. V neposlednej rade chceme zamerať pozornosť na špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s tuberkulóznymi ochoreniami a význam edukačného procesu u pacientov s týmto ochorením.

Cieľom praktickej časti bolo získať prehľad o edukácii pacientov sestrami pracujúcimi na pľúcnych oddeleniach. Podmienky edukácie pacienta počas hospitalizácie z pohľadu sestier. Zistiť vedomostnú úroveň o tuberkulóznom ochorení z pohľadu pacientov. Cieľovou skupinou sú pacienti počas liečby v ambulantnej starostlivosti.

1 TUBERKULÓZA

Ochorenie tuberkulóza (ďalej TBC) je tiež označované pojmami ako suchoty – tubera – biely mor – ftíza (grécky výraz pre suchoty) – phthisis pulmonalis – pľúcna tuberkulóza. Prvé svedectvá o tuberkulóze možno datovať do doby kamennej, dôkazom je archeologický nález kostry človeka s tuberkulóznou spondylitídou. Vákuum v objasnení okolností príčin a prenosu tuberkulózy trvalo viac ako dvetisíc rokov (Bajan, 1990).

1.1 História a definícia TBC ochorenia

Róbert Koch (1843-1910) nepochybne patrí ku kľúčovej osobnosti, ktorá zmenila dejiny a prognózu tohto závažného ochorenia (Homolka, 2007). Koch svoju prednášku „Über die Ätiologie der Tuberkulose“ prezentoval svoj najväčší objav, vyvolávateľa tuberkulózy *Mycobacterium tuberculosis* (Solovič, 2007). Kochova známa veta, ktorú vyriekol v roku 1882: „*Keby sa význam choroby meral počtom obetí, všetky aj tie najobávanejšie infekčné choroby ako mor a cholera, zostali by ďaleko za tuberkulózou*“ (Solovič, 2008c, s. 5) platí dodnes.

Definícia TBC. TBC je liečiteľné špecifické infekčné ochorenie považované za klasickú sociálnu chorobu s prívlastkami ako najväčší zabijak, stigma, znamenie hanby a špiny, alebo nemoc chudobných. Podľa WHO: „*Až 80% celosvetového výskytu TBC je v 22 krajinách, ktoré WHO označuje ako krajiny s vysokým nárastom ochorení (High Burden Countries)- India, Čína, Indonézia, Nigéria, Bangladéš, Pakistan, Etiópia, Južná Afrika, Filipíny, Keňa, Kongo, Ruská federácia, Vietnam, Tanzánia, Brazília, Uganda, Thajsko, Mozambik, Zimbabwe, Myanmar, Afganistan a Kambodža*“ (Švecová, Solovič, 2007, s. 24). Drží prvenstvo medzi bakteriálnymi ochoreniami v mortalite, ročne zomrie 2,8 milióna ľudí na ochorenie priamo alebo nepriamo súvisiace s TBC (Solovič, 2007; Solovič et al., 2008b). Výskyt TBC je 2x častejší u mužov ako u žien a inkubačný čas je 6-8 týždňov, než sa prejaví prvé príznaky ochorenia (Máderová et al., 1999).

1.2 Etiológia, spôsob prenosu TBC

Vyvolávateľom TBC je *mycobacterium tuberculosis*, pomaly rastúca gram pozitívna aeróbna baktéria, malý tyčinkový mikrób, ktorá sa delí každých 16-20 hodín. V nečinnom stave môže prežívať aj niekoľko týždňov, spontánny rast je možný len v hosťujúcom organizme. Tuberkulóza je granulomatózne zápalové ochorenie (Feketeová, 2004), ktoré spôsobujú tzv. **klasické** mycobactéria: • najčastejší pôvodca u človeka *Mycobacterium tuberculosis*, prenos inhalačne, • *M. bovis*, pôvodcom boli výlučky

infikovaného hovädzieho dobytku, prenos potravinovou cestou na človeka, • *M. africanum*, vyskytuje sa v tropickej Afrike a postihuje najmä pľúca. Ďalšiu veľkú skupinu tvoria tzv. **atypické** mycobacteriá postihujúce aj kožu (napr. *M. leprae*, *M. marinum*) a lymfatické uzliny (napr. *M. haemophilum*), vyskytujú sa najčastejšie vo vodných zdrojoch a pôde. (Bajan, 1990).

Spôsob prenosu TBC inhalačnou cestou je možný pri kašli (do 2 metrov od zdroja), smiechu, reči a speve (do 30 cm), pri kýchaní (do 3 metrov) kvapôčkami menšími ako 5 mikrónov s obsahom bacilov, ktoré sa dostávajú do vzduchu resp. na plochy okolia, kde prežívajú 48 hodín, počas ktorých sú infekčné pokiaľ pochádzajú od neliečeného infikovaného človeka s aktívnou formou TBC (Solovič, 2008d). Priamy kontakt cez kožu je ojedinelý. Prípadne prenos krvnou cestou z matky na plod.

Primárne TBC infekcia postihuje pľúca, postprimárne orgány, ako serózne blany, ústnu dutinu, uši (kože ucha), zriedkavo nos a oči, hrtan a priedušnicu, tráviace ústroje, centrálna nervová sústava, močový systém, pohlavné orgány, pohybové orgány, kožu, prsníkovú žľazu, žľazy s vnútornou sekréciou, kosti a kĺby (Bajan, 1990).

1.3 Symptómy TBC

Príznaky sú: únava, celková slabosť, bledosť, nechutenstvo, úbytok hmotnosti, dlhotrvajúce subfebrílie, alebo horúčky, náhla horúčka s triaškou alebo chrípkovými prejavmi, nočné potenie, bolesť svalov a kĺbov, u žien nepravidelná menštruácia. Prejavy sú často mylne spájané s následkom prepracovania, alebo psychickej záťaže, či s prejavmi chrípky. Podozrenie na TBC ochorenie vzniká až po neustupovaní problémov pri bežnej liečbe. Za jasnejšie a typickejšie príznaky pre prebiehajúcu infekciu sú považované: suchý, dráždivý kašeľ, kašeľ s vykašliavaním spúta, resp. vykašliavaním krvavého spúta alebo krvi, sťažené dýchanie, cyanóza a bolesť na hrudníku pri dýchaní (Solovič, 2008d).

1.4 Klasifikácia TBC

Pacienti liečení na TBC sa delia do dispenzárných skupín, na zabezpečenie jednotného postupu pre poskytovanie adekvátnej, kvalifikovanej starostlivosti podľa dôkazu mycobactérií, závažnosti klinického a RTG nálezu (Bajan, 1990).

Lekárske diagnózy sú A15- A19. V súčasnosti je ich rozdelenie nasledovné:

PI • novozistená TBC pľúc (aj iná mycobacteriáza), alebo recidívy. Počas liečenia antituberkulotikami (ďalej len AT) dispenzarizovaný 6 mesiacov.

PI-CH • chronici, sledovaný až 12 mesiacov po poslednom dôkaze v spúte.

PII • osoby preradené z PI, v skupine sa dispenzarizujú 3 roky, ak dôjde k progresii ochorenia v tejto skupine, hovoríme o recidíve ochorenia.

MI a MII • mimoplúcna TBC, alebo iná mimoplúcna mycobacteriôza.

R₁ • pacienti pôvodne liečení na TBC (aj iná mycobacteriôza) preradené z PII alebo MII, ktorí majú cukrovku, vredovú chorobu, pneumokoniózu (zaprášenie pľúc minerálnym prachom), psychické ochorenie, liečený kortikoidmi, alkoholici, toxikománia, chorí s komplikáciami pri AT liečbe, či liečený profylakticky, alebo novozistené TBC so zmenami v pľúcach bez znakov aktivity ochorenia. V skupine sa sledujú 5 rokov. Ak vznikne v tejto sledovanej skupine TBC pokladá sa za novozistené ochorenie.

R₂ • patria sem tzv. kontakty, t.j. osoby, ktoré žijú v kontakte s bakteriologicky overenou TBC, alebo žili v styku s nepoznanou TBC bakteriologicky overenou až po úmrtí. Sledovanie je 1,5 roka od posledného pozitívneho nálezu zdroja (Bajan, 1990).

1.4.1 Rezistentné druhy tuberkulózne infekcie. Multidrug resistant tuberculosis - MDR-TB - multirezistentná TBC

MDR-TB a X liekovo rezistentné TBC (prakticky neliečiteľné formy) v európskom regióne zaujímajú popredné miesto vo výskyte (Solovič, 2008c). Nereagujú na liečbu AT (Michaličková, 2000). „*Rezistencia mycobactérií je spontánna genetická mutácia znásobená nesprávnym konaním človeka*“ (Švecová, Solovič, 2007, s. 25).

Solovič v roku 2000 popisuje základné pojmy:

Prirodzená rezistencia je daná niektorými biologickými zvláštnosťami pôvodcu.

Získaná lieková rezistencia je primárna nákaza vyvolaná už rezistentným kmeňom u pacienta neliečeného AT v minulosti. A sekundárna rezistencia voči liečbe u pacienta už v minulosti liečeného AT.

Monorezistencia- neúčinnosť jedného AT.

Polyrezistencia- neúčinnosť viacerých liekov.

Multirezistencia- súčasná rezistencia voči INH a RF (viď 1.6) alebo aj voči iným liekom (Michaličková, 2000). „*XDR- x-lieková rezistencia- ide o multirezistentný kmeň s rezistenciou aj na minimálne tri AT 2. kategórie (rezervné)*“ (Švecová, Solovič, 2007, s. 25). Príčinou sú nedostatočná kontrola TBC, nedostatok liekov, pandémie AIDS, zhoršovanie sociálno-ekonomickej situácie, zvýšená migrácia. Prispievajúce faktory zo strany pacientov: nedodržiavanie liečebného režimu, neužívanie liekov, absencie kontrolných návštev ambulancie, pridružené ochorenia (Michaličková, 2000). MDR-TB je neprehliadnuteľným problémom súčasnosti s nástojčivým hľadaním účinných riešení.

1.5 Diagnostické metódy

Mycobacterium tuberculosis je diagnostikované, rozpoznávané mikroskopicky na základe jeho farebných charakteristík. Diagnostika TBC sa opiera o nasledujúce vyšetrenia. Opakovaný histologický dôkaz tuberkulózneho mycobacteria mikroskopicky, alebo kultivačne z akéhokoľvek biologického materiálu, ako sú spútum, bronchiálny sekrét, výplach žalúdka, pleurálny výpotok, punktát tkaniva, likvor, moč, menštruačná krv. Ambulantne je to spútum a moč na BK. Histologické a cytologické vyšetrenia ktoréhokoľvek orgánu ľudského tela na zistenie tuberkulózneho uzlíku. Nevyhnutným vyšetrením je skiagram (röntgenologický snímok). Pri pleurálnom výpotku možno doplniť i vyšetrenie adenosín-deaminázy ADA2. Nálezy zistené v rámci diferenciálnej diagnostiky pomocou molekulárne biologických metód ako sú PCR, LCR, MTD (Krištúfek, 2000). BACTEC je tzv. zrýchlená kultivácia, výsledok je do 5-14 dní. Možnosťou je aj liečebný test AT. Podrobná anamnéza pacienta a rodinná anamnéza závažných chorôb. Diagnostiku mimoplúcnej TBC podporia nálezy v príslušnej oblasti postihnutého orgánu. Klasické fyzikálne vyšetrenie pacienta. Tuberkulínový kožný test (TST alebo MxII) je tuberkulínová reakcia na intradermálnu aplikáciu štandardného tuberkulínu. Nová diagnostická metóda je QuantiFERON- TB GOLD In-Tube, má význam pri detekcii latentnej formy TBC. Na základe zistenia prítomnosti interferonu gama v plnej heparinizovanej krvi (Potrepčiaková, Skříčková, 2008).

1.6 Liečba, režim DOTS

Na základe zistených údajov pri diagnostike je chorý zaradený do liečebnej kategórie, pre každú liečebnú kategóriu je určený určitý liečebný režim. „Liečebný režim je životospráva osoby na podporu liečby, ktorú určuje ošetrojúci lekár“ (Zákon NR SR č. 576/2004). **Kategórie ochorenia**, na základe ktorých sa rozhoduje o liečbe. **Nové ochorenie**, pacient nebol liečený na AT. **Recidíva** (relaps), chorý bol úspešne liečený AT a je znovu zistená mikroskopická kultivačná pozitivita spúta. **Liečebný neúspech**, u chorého novozistenej TBC pretrváva napriek 5 mesiacom liečby je pozitivita spúta, alebo pacient pôvodne mikroskopicky negatívny sa po 2 mesiacoch liečby stáva pozitívny. **Liečba po prerušení**, chorý bol liečený AT aspoň 1 mesiac a po prerušení trvajúcom 2 a viac mesiacov znova pokračuje v liečbe. **Chronický prípad**, pacient ktorý ostáva BK pozitívny po štandardnej i následnej liečbe (Potrepčiaková, Skříčková, 2008). V liečbe TBC sa používajú zásadne kombinácie AT rôzneho typu. Odporúča sa liečbu AT dopĺňať vitamínmi

(pyridoxin), alebo hepatoprotektívami. Kontrolovať hepatálne testy každé 2 mesiace, prípadne krvný obraz, bilirubín v súvislosti s druhom a kombináciou AT.

Režim DOTS (DOTS=Directly Observed Treatment Short-Course). Hlavnou zásadou liečby TBC je aplikácia liečebných režimov pod kontrolou a ich dodržiavanie v spolupráci s pacientom po predpísanú dobu. WHO v roku 1991 odporúča stratégiu na liečbu **DOTS**, t.j. priamo kontrolovaná liečba pod lekárske dohľadom (Švecová, Solovič, 2007). Liečebný režim je rozdelený na 2 fázy. **Prvá iniciálna fáza**, trvá 2 mesiace počas hospitalizácie pacienta na lôžkovom oddelení. **Druhá pokračovacia fáza**, nasleduje bezprostredne po iniciálnej fáze a trvá obvykle 4-6 mesiacov (Potrepčiaková, Skříčková, 2008). DOTS stratégia obsahuje **5 kľúčových častí**: • Trvalým politickým záväzkom je urobiť riadenie TBC celonárodnou ucelenou prioritou v národnom zdravotnom systéme. • Dohľad nad kvalitou vyšetrenia spúta na BK u kontaktov alebo prostredníctvom aktívneho vyhľadávania, pri príznakoch TBC. • Štandardné krátke školenia o liečbe AT pre všetky prípady ochorenia TBC pod vlastným riadením, vrátane priameho pozorovania liečby. • Nepretržité zaistenie kvalitných liekov. • Monitoring TBC ochorenia umožňujúci úspešné zhromažďovanie informácií od všetkých pacientov a stanovenie aktivít celkového programu (Williams et al., 2007). Pre liečbu MDR-TB je klasická stratégia DOTS upravená o špecifické opatrenia pre liečbu MDR-TB a označovaná ako **DOTS-plus**, a individuálny prístup k liečbe pacienta s **MDR-TB (ITRs)** (Michaličková, 2000).

Základné lieky pre liečbu tuberkulózy:

INH (hydrazid kyseliny isonikotinovej, nidrazid), pôsobí baktericídne, hepatotoxicita, vzácne periférne neuritídy, poškodenie centrálného nervového systému.

BENEMICIN (benemicinum), **RMP** (rifampicín), pôsobí baktericídne, hepatotoxicita, vzácne trombocytopénia, poškodenie obličiek, farbí moč a stolicu do červena.

PZA (pyrazinamid), preparát Tisamid, baktericídne chemoterapeutikum, hepatotoxicita, hyperurikémia (zvýšená hladina kyseliny močovej).

STM (streptomycín), baktiostatické až baktericídne antibiotikum, ototoxicita, nefrotoxicita, závraty, len intramuskulárne injekcie.

EMB (ethambutol), preparát Sural, bakteriostatické chemoterapeutikum (Ošťadál, Kos, 2002), (Velemínský, 2001).

Náhradné lieky pre liečbu tuberkulózy:

ETHINAMID, KANAMYCIN, CYKLOSTERIN, pôsobia toxicky.

CIPROFLOXACIN, antibiotikum s antituberkulóznym pôsobením (Velemínský, 2001).

2 PREVENCIA

Medzi preventívne opatrenia prenosu TBC ochorenia patria zabránenie infikovaníu zdravého človeka, zvyšovanie individuálnej odolnosti voči infekcii a minimalizovanie ďalšieho vývoja ochorenia pokiaľ už je človek nakazený. **Cieľom** prevencie je dostať TBC ochorenie pod kontrolu, aby nebolo tak závažným zdravotníckym problémom súčasnosti (Bajan, 1990). **Preventívne metódy** sú BCG vakcinácia, chemoprofylaxia v určitých rizikových skupinách sa podáva AT (INH) pre zabránenie vzniku ochorenia alebo opätovnému vzplanutiu, identifikácia a izolácia zdrojov. Ďalšie metódy prevencie sú depistáž, prešetrovanie kontaktov s TBC, účinná liečba chorého, dodržovanie hygienických predpisov k ochrane pacientov a zdravotníckych pracovníkov (Feketeová, 2004). Zdravotná výchova obyvateľstva, edukácia, programy v boji proti TBC (Príloha B). **Dispenzárna starostlivosť** zahŕňa preventívne opatrenia, vyhľadávanie a povinné hlásenie chorých s aktívnou TBC a ich liečbu, sledovanie ich stavu, udržanie, prípadne obnovenie ich pracovnej schopnosti úpravou životných a pracovných podmienok a cieleňú zdravotnú výchovu (Potrepčiaková, Skříčková, 2008). K ďalším opatreniam patrí včasná a adekvátna liečba novozistených TBC s aplikáciou DOTS, snaha o zvýšenie spolupráce a snahy pacienta pri liečebnom režime, edukácia klientov, využitie stratégií v praxi, pokrok vo vývoji nových liečiv proti TBC, finančné zdroje pre rozvoj diagnostiky, liečby a podporu v chudobných oblastiach (Michaličková, 2000).

2.1 Kalmetizácia

Na Slovensku je očkovanie proti TBC povinné od roku už od roku 1948 (Švecová, 2003). BCG vakcinácia patrí medzi povinné pravidelné očkovanie, ktoré je hraďené poisťovňou a povinné očkovanie osôb, ktoré sú pri výkone svojho zamestnania alebo práce vystavené zvýšenému nebezpečenstvu vybraných nákaz. Základné očkovanie proti TBC sa vykonáva na novorodeneckých oddeleniach a preočkovanie vykonávajú odborný zdravotnícky pracovníci hromadne na kalmetizačných strediskách ambulantne. U osôb, u ktorých je očkovanie dočasne kontraindikované sa vykoná v najbližšom vhodnom termíne (Vyhláška MZ SR č. 79/1997 Z.z.). Očkuje sa živou antenuovanou baktériou (BCG) so stratou patogenity, ale zachovaním imunogénneho účinku. Hlavný mechanizmus kalmetizácie je zníženie rizika krvného rozsevu mycobactérií z miesta primoinfekcie a tým minimalizovanie vývoja generalizovaných foriem tuberkulózy (Kopřiva, 2003).

2.2 Depistáž

Depistáž je v širšom zmysle slova vedomé, cielené, včasné vyhľadávanie chorých alebo zdrojov ochorenia v celej populácii alebo vo vybraných skupinách a aktívne vyhľadávanie TBC. Delíme ju na **aktívnu**, kedy sa robí RTG snímok vo vybraných skupinách a **pasívnu**, čo je bakteriologická a RTG kontrola pri dlhotrvajúcom kašli. Uplatňuje sa pri menšom počte prípadov a má veľký význam v rizikových skupinách, taktiež sa môže TBC vyhľadávať u osôb pracujúcich v riziku TBC (Ošťadál, Kos, 2002). Zmenili sa okolnosti možných rizík súvisiacich predovšetkým s rozšírením bezhraničného priestoru (Solovič, 2009). Kober a Siska citujú Soloviča, že nastal výrazný pohyb obyvateľstva prostredníctvom turistiky, migrácie a tiež zhoršovanie sociálno-ekonomických podmienok v mnohých krajinách (Kober, Siska 2009a). Ostražitosť by mala byť zameraná intenzívnejšie na skupiny prístahovalcov z rizikových krajín za účelom prevencie pre včasnú diagnostiku a liečbu (Solovič et al., 2008a).

2.3 Rizikové skupiny pacientov v súčasnosti

Vyšší výskyt TBC sa eviduje u osôb z rizikových skupín a v posledných rokoch pozorujeme v niektorých krajinách jej opätovný návrat. Príčinou je, že k starým rizikovým skupinám pribudli nové. Medzi pôvodné rizikové skupiny zaraďujeme chudobných, asociálov, bezdomovcov, alkoholikov, väzňov, staršie vekové skupiny a marginálne skupiny obyvateľstva. Nové rizikové skupiny zahŕňajú osoby infikované novými multirezistentnými kmeňmi TBC. Sú to jedinci infikovaný HIV, drogový závislý, migranti a utečenci (Solovič et al., 2008b), osoby v nápravných zariadeniach, väznicach, obyvatelia domovov dôchodcov, osoby dlhodobo preťažené, zdravotníkov, cudzincov a osoby s inými ochoreniami, ako sú DM, vredová choroba tráviaceho traktu, chronická hepatitída, dialyzovaný pacienti (Feketeová, 2004). V celosvetovom meradle **k príčinám vzostupu TBC v súčasnosti patria: Vo vyspelých krajinách** migranti z krajín s vysokým výskytom TBC, nárast imunosupresívnych osôb (HIV, AIDS, orgánové transplantácie, cytostatická liečba, narkomani), MDR-TB, nefunkčná kontrola TBC. **V rozvojových krajinách** sú to pandémie a neliečené HIV, AIDS, nedostatočná a nekontrolovaná liečba. Trvalá zlá sociálno-ekonomická situácia, populačná explózia, vojnové konflikty. **V krajinách východnej Európy bývalého Sovietskeho zväzu** sú to sociálne otrasy, vojny, nedostatok liekov, MDR-TB, HIV, narkománia, ruské väznice (Kober, 2009b).

2.3.1 Rómske etnikum, migranti

Kober cituje Draganovú, 2006, že na Slovensku žije približne 350-380 tisíc Rómov. Patria medzi rozvojovú populáciu s progresívnym typom vekovej štruktúry a vysokým zastúpením detí, v dôsledku iného reprodukčného správania. Vyznačuje sa vyššou pôrodnosťou aj úmrtnosťou (Kober, 2009c). Ich svojský postoj k zdraviu, veľký strach z bolesti a zo smrti, vykonávaniu hygieny tela. Otázne je aj dodržiavanie hygienických zásad a prevencie ochorení, stravovanie, respektíve zloženie a obsah stravy. Podiel rómskeho etnika na celkovom počte novoizistenej TBC v roku 2006 je 12,02%, čiže 88 prípadov, v roku 2007 je to 96 prípadov, čiže 13,56%, u detí do 14 rokov za posledné roky tvorí až 70% prípadov (Švecová, Solovič, 2007).

V procese šírenia TBC nákazy rómskeho etnika sa uplatňujú tieto špecifiká: vysoká nezamestnanosť, často negramotnosť, zlé sociálno-ekonomické podmienky, chudoba, mnohopočetné, viacgeneračné spolužitie v osadách bez základného hygienického štandardu, nespolupracujú a nedôverujú zdravotníkom, nespolupracujú pri vyšetrovaní kontaktov, promiskuita a migrácia, nedodržiavajú liečebný režim a kontrolné návštevy pľúcnej ambulancie (Švecová, Solovič, 2007). Akékoľvek projekty a programy zlepšenia postavenia, žitia, životných podmienok a zdravia rómskeho etnika by sa mali začať a končiť vzdelávaním. Obsahom vzdelávania Rómov, ktorý pozitívne môže ovplyvniť vlastný postoj k zdraviu je vzťah ku komunite, je naučiť sa starať o svoje zdravie, o svoje životné prostredie, naučiť sa byť občanom, pracovať v nejakej profesii, riešiť problémy, konflikty a naučiť sa pracovať v podmienkach záťaže, stresu, angažovať sa v komunite, zaobchádzať s informačno-komunikačnými technológiami (Zelina et al., 2002).

Migranti sú utečenci, dobrovoľní, nútení, nelegálni ľudia žijúci mimo pôvodnej krajiny dlhšie ako jeden rok. Ďalej sa jedná o cudzincov, ktorí majú povolenie na dlhodobý pobyt (legálni imigranti) a ktorí požiadali o azyl, alebo ľudia len krajinou prechádzajúci (tranzit), a tí čo prichádzajú ako turisti. Ich cieľom sú hospodársky vyspelejšie štáty od ich vlastného. K zvyšovaniu migrácie prispieva celosvetová snaha o globalizáciu, lokálne a vojnové konflikty. V minulosti bolo Slovensko skôr tranzitnou krajinou migrantov. Po vstupe do EÚ bol výraznejší záujem o našu krajinu ako cieľ a migračný prúd zosilnel. Najčastejšie pochádzajú z krajín India, Rusko, Moldavsko, Gruzínsko, Irak, Pakistan, Afganistan, Čína, Vietnam a Bangladéš. Legálnym cudzincom sa poskytuje zdravotná starostlivosť, vrátane skriningu možných infekčných ochorení a liečby. Problémom sú nelegálni migranti, ktorých zdravotný stav nie je kontrolovaný (Švecová, Solovič, 2007).

2.4 Právne aspekty, legislatíva, povinné a kontrolné hlásenie o TBC

Základným predpokladom účelného boja proti TBC sú zákonom dané povinnosti a úlohy zo strany zdravotníckeho personálu, ale i zo strany samotného pacienta. Po stanovení diagnózy a zhodnotení stavu pacienta je nevyhnutnosťou povinné hlásenie do centrálného registra vo Vyšných Hágoch.

Hlási sa mesačne, resp. štvrtročne podľa jednej z piatich už spomínaných kategórií ochorenia. Základom pre manažment starostlivosti sú národné smernice pre jednotný postup v diagnostike, klasifikácii, liečbe a dispenzarizácii TBC a ostatných mycobacteriôz pre odbor TARCH (Solovič, 2000e), (Príloha C). Potvrdené ochorenie aktívnou formou TBC alebo úmrtie na TBC ošetrojúci lekár okamžite telefonicky alebo písomne nahlási príslušnému pneumológovi podľa miesta bydliska k zabezpečeniu vyšetrenia rodinných kontaktov. Mikrobiologické laboratórium oznamuje pozitívny nález na príslušné oddelenie, kde je pacient hospitalizovaný a Regionálnemu úradu verejného zdravotníctva (ďalej len RÚVZ) odbor mikrobiológie. Formulár vyplňuje lekár pľúcnej kliniky v spolupráci s lekárom pracoviska, kde bola TBC zistená a pošle ho príslušnému pneumológovi podľa miesta bydliska alebo ho vyplní priamo ambulatný pneumológ. Prípadne i patológ, pokiaľ bola TBC zistená po úmrtí pacienta a pošle ho pneumológovi podľa miesta bydliska a informuje oddelenie, kde pacient zomrel a RÚVZ odbor mikrobiológie. Pri zistení TBC u bezdomovcov alebo neznámych osôb sa hlásenie a formulár posielajú na RÚVZ a register TBC. V prípade zistenia TBC u zamestnancov sa vyšetrenie kontaktov zašle na RÚVZ a register TBC. Kontakty prešetruje poverený pľúcny lekár (Podzimková, 2008). Jeden rok po podaní hlásenia TBC sa podáva kontrolné hlásenie TBC, podľa ktorého je možné hodnotiť priebeh a výsledok liečby (Ošťadál, Kos, 2002).

3 TUBERKULÓZA AKO OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM

Prvý článok protiepidemiologického procesu je izolácia pacienta hneď po hospitalizácii na pľúcne oddelenie. Je izolovaný niekoľko týždňov nielen od rodiny, okolia, ale i od ostatných pacientov v miestnosti na to určenej a vybavenej. Po prijatí je pacient oboznámený s denným, hygienicko-epidemiologickým režimom a usporiadaním zariadenia pľúcneho oddelenia.

3.1 Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s aktívnou TBC pľúc počas hospitalizácie

Ošetrojúci personál oboznámi pacienta s prípravou, druhom plánovaných vyšetrení po predchádzajúcom rozhovore s lekárom, ktorý pacienta náležite odborne poučil a zodpovedal pacientovi najväčšie otázky týkajúce sa TBC, dĺžky jej liečby, prognózy a možných následkov. Ošetrovateľský personál pracuje podľa prísnych hygienicko-epidemiologických zásad. Dôležité sú praktické psychologické zručnosti sestry s dostatočnými skúsenosťami z praxe, aby si prirodzene získala dôveru a ochotu pacienta spolupracovať pri podávaní informácií, samotnom edukačnom a liečebnom, tiež ošetrovateľskom procese. Pacient je pravidelne mikrobiologicky a RTG sledovaný podľa štandardov, alebo podľa stavu s doplnujúcimi vyšetreniami. Uplatňuje sa spomínaný princíp DOTS pri liečbe. Pacient je okrem lekára edukovaný sestrou. Po prekonaní infekčnej fázy pacient prechádza z izolácie na oddelenie, kde je až do prepustenia. Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov, ako sú bezdomovci, Rómovia, cudzinci, alkoholici a chudobní si zo strany sestry vyžadujú veľkú dávku trpezlivosti, energie, húževnatosti a súdržnosti celého zdravotníckeho tímu. Tiež snahu a chuť pomôcť pacientovi navrátiť sa do normálneho života (Kober, 2009a). Ošetrovateľská starostlivosť počas hospitalizácie ukončí sestra vyplnením prepúšťacej dokumentácie a edukovaním pacienta o ďalšom liečebnom režime, ako je doporučené zákonom (Príloha C).

3.2 Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s multirezistentným typom TBC

„Špecifikom ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s multirezistentnou formou TBC je výrazne sprísnený hygienicko-epidemiologický režim, ktorého súčasťou je izolácia pacienta prevažne na jednolôžkových izbách“ (Švecová, 2007, s. 24). Hlavným dôvodom takejto izolácie je zabrániť následnej mutácii rozdielnych rezistentných mycobactérií. Túto potrebu musí rešpektovať stavebné riešenie zariadenia, technické vybavenie a tiež organizácia práce vyčlenených zdravotníkov na pracovisku. Ošetrojúci personál, ktorý sa

stará len o týchto pacientov musí prísne uplatňovať bariérový ošetrovateľský prístup s používaním osobných ochranných a jednorazových pomôcok, alebo absolútna individualizácia používaných pomôcok (Švecová, Solovič, 2007).

3.3 Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta v ambulantnej starostlivosti

Ambulantná ošetrovateľská starostlivosť začína po prepustení pacienta z nemocnice. V prípade neohlásenia sa na ambulancii je potrebné kontaktovať pacienta alebo rodinu. Vyhľadať ho pokiaľ žije sám alebo požiadať o spoluprácu obvodného lekára (možnosť hospitalizácie, zhoršenie zdravotného stavu alebo exitus). Pri prvej návšteve ambulancie lekár pacienta vyšetří, zhodnotí anamnézu a rozhodne o ďalšom liečebnom postupe. Poučí pacienta o liečbe, vysvetlí následky nesprávneho užívania AT pre jeho zdravotný stav a jeho okolie. Vysvetlí mu aké právne postihy zo zákona pre neho vyplývajú, ak by nedodržiaval liečebný režim. Prvý kontakt klienta s dispenzárnou sestrou musí byť vysoko profesionálny. Je cenným zdrojom informácií o podmienkach prostredia, v ktorých pacient žije, o kontaktoch s príbuznými, či blízkym sociálnym a pracovným okolím, v ktorom sa pohybuje. Sestra vytvorí línie súvislostí pre depistáž s následnou preventívnou aktivitou. Najväčšou záťažou pre pacienta je dlhodobá liečba s pravidelným užívaním liekov, s odbermi biologického materiálu. Úlohou sestry je opakovane poučiť pacienta o dôležitosti dodržiavania liečebného a diétného režimu, hygienicko-epidemiologických zásadách a motivovať ho k vedomiu, že je to pre jeho zdravie tá najlepšia alternatíva. Čo vyžaduje z jeho strany trpezlivosť, disciplínu a osobné presvedčenie. Sestra edukuje pacienta o ochorení, prípadne mu doplní informácie, o ktoré má záujem. Ak pacient nespupracuje, absentuje v kontrolných návštevách pľúcej ambulancie, neužíva lieky, porušuje či nedodržiava liečebný režim alebo požíva alkohol, dispenzárna sestra pátra po príčinách. Zisťuje aké nepriaznivé okolnosti alebo negatívne faktory vedú pacienta k takémuto správaniu. Ak pacient opakovane nereaguje na upozornenia a osobné napomenutia k dodržiavaniu liečebného režimu, možno požiadať o pomoc políciu, ktorá pacienta privezie k ošetrovaniu. Ďalšiu absenciu kontroly lekár môže riešiť hospitalizáciou s liečbou pod dohľadom, či podať trestné oznámenie (krajná voľba riešenia). Vykonávajú sa všetky potrebné kroky v záujme pacienta a eliminácie opätovného návratu ochorenia alebo zhoršenia zdravotného stavu pacienta pre ochranu zdravia ostatných občanov. Pokiaľ väčšina pacientov pochádza z rizikových skupín je problematické ich správne motivovať, pokiaľ majú sami existenčné problémy a pomoc veľakrát odmietajú (Kober, 2009a).

3.3.1 Diétny režim u pacientov s TBC

Dôležitou súčasťou úspešnej liečby TBC je i liečebná výživa. Jedná sa o racionálnu stravu so zvýšeným príjmom bielkovín. V prípadoch kde je väčší váhový úbytok, prípadne pomalé priberanie na váhe je indikovaná výživná diéta. Hlavný dôraz je kladený na zvýšený príjem bielkovín, vitamínov skupiny B, železa, vápnika a aminokyselín. K strate bielkovín dochádza prevažne chudnutím, vykašliavaním. Môžu spôsobiť celú radu komplikácií, ako je úbytok svalovej hmoty, anémia, edémy a pod. Bielkoviny a vápnik podporujú proces hojenia a bunkový metabolizmus, spolu s aminokyselinami.

Do jedálneho lístka zaradíme: mliečne výrobky, mlieko, hydinu, ryby, mäso výberové, kvalitné druhy údenín pre spestrenie stravy, strukoviny, uprednostňujeme rastlinné tuky a oleje, sacharidy vo forme škrobov, čo je chlieb, obilniny, cestoviny, ryža a zemiaky, vitamíny C, zo skupiny B kyselina listová, čerstvé ovocie a zelenina. Niektorí pacienti znášajú liečbu AT bez akýchkoľvek problémov, iní s menšími, či väčšími problémami. Pacienti si postupne vytvoria individuálne podmienky prijímania liekov a liečbu znášajú priaznivo. Niektoré AT majú výraznejšie vedľajšie účinky, ktoré spôsobujú zažívacie problémy, pocit na zvracanie, stratu chuti do jedla, váhový úbytok, mierne bolesti brucha, ojedinele zvracanie či hnačky. Problémy im zo začiatku robí užívanie rannej dávky liekov nalačno a naraz. Je možné odporučiť im, aby si lieky rozdelili na viac dávok pred a po raňajkách. Väčšina pacientov sa po dobu hospitalizácie vráti na svoju pôvodnú váhu, dokonca ju prekročí (Kyselová, 2002). Je dôležité poučiť pacienta o vhodnej strave, zdôrazniť vylúčenie konzumácie alkoholu a fajčenia.

3.4 Multikultúrny ošetrovateľský prístup k pacientom z rôznych komúní, etník

Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti príslušníkom etnika sa odlišuje. Preto je nutné uvedomiť si rozdielnosť ich kultúry od majoritnej kultúry spoločnosti. Poznanie týchto zvláštností môže významne pomôcť pri plánovaní a realizácii starostlivosti a vyhnúť sa nedorozumeniam, problémom. Musíme si uvedomiť, že ich situácia je ešte komplikovaná skutočnosťami, ktorým bežný domáci občan nečelí. Náhle sa ocitli v odlišnom prostredí, kde často nedokážu účinne komunikovať a nemajú pred sebou jasnú budúcnosť. Treba mať na mysli i odlišné hodnoty v oblasti rodiny, hodnotového rebríčka, vnímania času, psychických zvláštností, postoja k zdraviu, zvládania bolesti, či nedôvera voči zdravotníkom. V procese posudzovania musí sestra zistiť dostatok informácií o etniku, z ktorého pacient pochádza. Ako dlho žije na našom území (zistíme nakoľko prebehla adaptácia na naše podmienky). Zdravotnícky personál sa zameriava zvlášť na

oblasť kultúrno-etnických špecifik pacienta pre lepšie pochopenie jeho potrieb. Veľkým problémom je neschopnosť vhodne komunikovať, mnohí neovládajú okrem svojho rodného jazyka iný svetový jazyk. Pre dosiahnutie primeranej starostlivosti o pacienta je teda prvoradé nájsť vhodné alternatívne spôsoby komunikácie. Sestra si musí overiť, či pacient a jeho rodina pochopili význam, spôsob vykonania aktivity, ktorá sa od nich vyžaduje, respektíve bude vykonávať. Často môže pacient súhlasne prikývnuť hlavou, usmievať sa aj napriek neporozumeniu pokynov. Dôležité je overenie spätnej väzby požiadanim o praktickú demonštráciu úkonu, alebo slovnú reprodukciu. V nevyhnutných úkonoch je potrebné zabezpečiť tlmočníka, avšak nie sú k dispozícii pri bežných ošetrovateľských intervenciách. Ďalším problémom je pacientov bežný hygienický štandard. V našich podmienkach ťažko akceptovateľný a riešenie si vyžaduje hľadanie kompromisov (Švecová, Solovič, 2007). Vhodným štandardom v starostlivosti o pacientov z inej etnickej skupiny je model transkultúrneho ošetrovateľstva.

4 ÚLOHA EDUKÁCIE U PACIENTOV S TBC OCHORENÍM

V oblasti výchovy k zdraviu je častejšie kladený dôraz na edukáciu a edukačný proces ako na podstatnú súčasť kvalifikovanej starostlivosti. Edukácia pomáha realizovať preventívne ciele ošetrovateľstva v oblasti primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie zdravotnej starostlivosti. Kládne sa dôraz na zvládnutie roly sestry ako edukátorky (Magurová, Majerníková, 2009). Zvyšovanie zdravotných vedomostí a zdravotného uvedomenia pacientov nadobúda význam z hľadiska liečby a prevencie TBC (Kober, 2009c). Na Slovensku bohužiaľ nie je zdravotná uvedomelosť o TBC ochorení na takej úrovni, aby sa mohol zrušiť kontrolný systém ochorenia, tak ako je tomu v západných krajinách Európy (Kober, 2009c). Zdravotno-výchovnou činnosťou je možné aj bez väčších finančných prostriedkov zmenšiť medzery v zdravotnom uvedomení pacientov, treba na to len snahu zdravotníkov odovzdávať pacientom svoje vedomosti (Švecová, 2003). Je teda potreba, aby sa výchovno-vzdelávacia, edukačná činnosť v ošetrovateľstve stala jednou z kompetencií sestry, ktorá bude na túto aktivitu odborne vyškolená (Kober, 2009c).

4.1 Edukačný proces v ošetrovateľstve

Základnými pojmami vo výchovno-vzdelávacom procese sú:

Výchova formuje človeka, zabezpečuje starostlivosť o telesný a duševný vývoj človeka s cieľom osvojenia si určitých vedomostí, zručností, návykov, rozvoja schopností, vedomostí, skúseností a určitého názoru a postoja.

Výchovné zásady sú trpezlivosť a individuálny prístup zo strany zdravotníkov, získať záujem choreho o tému a snahu o aktívnu spoluprácu, overovať získané poznatky spätnou väzbou (Kober, 2009a).

„**Zdravotná výchova** je súčasťou účinnej stratégie podpory zdravia, pričom vychádza z aktuálneho stavu a zdravotného uvedomenia občanov“ (Zajac, 2005).

Vzdelávanie je dôležitou, samostatnou funkciou ošetrovateľstva. Učí klienta uvedomiť si a niesť zodpovednosť za svoj zdravotný stav tým, že pod vplyvom vzdelávania mení svoje konanie, správanie, osvojuje si vedomosti, zručnosti a návyky.

Učenie je proces, ktorého cieľom je zmena schopností jedinca, nadobudnutie vedomostí, ktoré sa prejavujú zmenou správania. Tento proces má určité časové trvanie.

Edukant je objektom edukácie. **Edukátor** je aktér edukačnej aktivity.

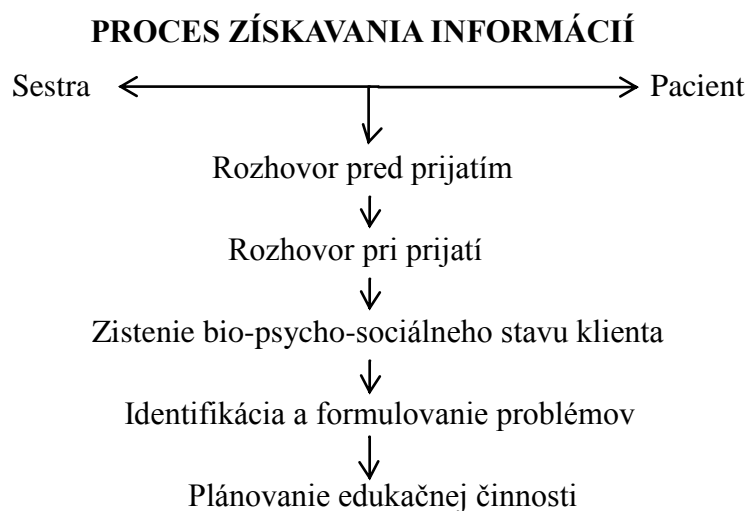
„Edukácia v ošetrovateľskom procese predpokladá kvalifikovanú pomoc klientom ohrozeným chorobou, stresovými situáciami a inými problémami, preto je potrebné, aby sa pripravovala a organizovala z didaktického hľadiska, podľa didaktických podmienok a zásad“ (Kuberová, 2008, s. 18). Je určitým vyjadrením dynamickosti vzájomného vzťahu medzi sestrou a jedincom, jeho rodinou respektíve komunitou (Magurová, Majerníková, 2009). *„Edukácia v ošetrovateľstve má veľký význam zvlášť v prípadoch jedincov z nepodnetného či málo podnetného prostredia“* (Kober, 2009c, s. 33).

Základné princípy edukácie sú kontinuita, reverzibilita, jednoznačnosť, neprotirečivosť a primeranosť. Edukácia sa nedá vykonávať podľa určitej šablóny, ktorá by sa dala aplikovať na všetkých pacientov bez rozdielu (Barbušová, 2006).

Pochopenie jadra ochorenia pacientom je kľúčové pre spoluprácu a uvedomenie si nutnosti liečebných opatrení, pretože TBC kladie na pacienta značné nároky, ktoré musí akceptovať. Pacient je zodpovedný za svoje chovanie, ako i za liečbu. Edukácia ovplyvní vedomosti pacienta a jeho snahu o návrat k zdraviu a vyššej kvalite života (Kuberová, 2008).

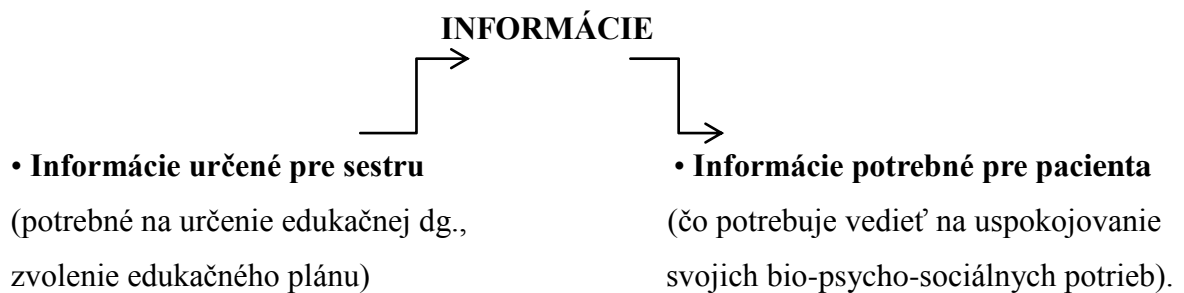
4.2 Fázy edukačného procesu

Edukačný proces prebieha v piatich logicky nadväzujúcich etapách v rámci jednej edukačnej formy. Dostatočne obsiahly vstupný, kontinuálny a finálny informačný systém je kľúčom k úspešnému edukačnému procesu. Príprava súvisí s povinnosťami, kompetenciami edukačnej sestry pred, počas a po edukácii. Jeho kvalita závisí od vzájomnej interakcie edukanta a edukátora (Kuberová, 2008).



1. fáza: Posudzovanie Sestra zbiera údaje od klienta, analyzuje ich a zameriava sa na klientovu schopnosť učiť sa. V tejto fáze edukačného procesu je vhodné zistiť úroveň jeho vzdelania, stav vedomia. Hodnotíme telesný, psychický stav a spoločenské, ekonomické podmienky, v ktorých pacient žije. Zdrojom informácií sú metódy rozhovoru, dotazníka, fyzikálneho vyšetrenia, pozorovania a dokumentácia. Dôležité je posúdiť pacientov postoj k sebe, k chorobe, k životu a názor na hodnotu vlastného zdravia. Po posúdení, overení informácií sestra stanovuje pedagogické diagnózy, ktoré môžu mať charakter nedostatku vedomostí, zručností a môžu vyjadrovať zmenený postoj pacienta k danej téme, prebieha

2. fáza: diagnostika.



Účelom **3. fázy: plánovania** je vytvorenie cieľov, ktoré pacientovi upevnia zdravie, ale taktiež aktivity, zamerané na dosiahnutie stanovených cieľov.

Etapami plánovania sú • stanovenie priorít edukácie, • stanovenie edukačného zámeru a cieľa, • tvorba edukačného plánu, • voľba edukačných stratégií, • výber obsahu edukácie (Závodná, 2005).

Výchovno–vzdelávacie ciele stanovujeme formou odporúčaní, lebo zákazy vedú k opozičnému správaniu. Musia spĺňať kritérium reálnosti čo sa týka času, prostriedkov na splnenie, telesného a duševného stavu pacienta, ktorý sa musí s cieľmi vnútorne stotožniť. (Kuberová, 2008).

Afektívne, sú to postojové ciele, ktoré obsahujú citovú, hodnotovú, sociálnu oblasť a komunikačné vlastnosti.

Kognitívne, čiže ciele poznávacie a vedomostné, zamerané na pacientove schopnosti, pričom rozširujú jeho vedomostnú úroveň.

Behaviorálne, sem patria psychomotorické ciele, zamerané na pacientove zručnosti. V rámci plánovania stanovujeme priority edukácie, volíme edukačné stratégie a metódy, vyberáme obsah a rozplánujeme učivo, ktoré budeme preberať (Barbušová, 2006).

Edukačné zásady. Pri naplňaní edukačných cieľov má význam zásada primeranosti, postupnosti, systematickosti a individuálneho prístupu.

Edukačné metódy dávajú odpoveď na to, ako treba postupovať, aby boli dosiahnuté stanovené edukačné ciele. Metóda je cieľavedomý, premyslený spôsob (postup) pri odovzdávaní vedomostí, cesta k osvojeniu si návykov, zručností (Závodná, 2005).

4. fáza: realizácia plánu edukácie, ktorého cieľom je zmeniť správanie a postoj pacienta. Aplikuje teoretickú prípravu v konkrétnych podmienkach. Pripravenosť na edukáciu je prejavom momentálnej motivácie. Účasť pacienta by mala byť aktívna, pretože sa tak učí rýchlejšie a viac si zapamätá (Závodná, 2005). Edukácia môže prebiehať skupinovo alebo individuálne. Individuálna je účinnejšia, pretože je prispôbená konkrétnemu pacientovi (Kober, Siska, 2009a). Pri odovzdávaní informácií musí sestra rešpektovať vek pacienta, závažnosť jeho ochorenia, úroveň adaptácie na ochorenie a liečbu. Berie ohľad na jeho osobnostné črty, intelekt a aktuálne emócie (Barbušová, 2006).

Medzi **faktory zvyšujúce efektivitu edukácie** patria: • kompliance, túžba pacienta po poznaní, • motivácia, vnútorné pohnútky pacienta, • pohotovosť, pripravenosť byť edukovaný, • spätná väzba (Závodná, 2005).

5. fáza: vyhodnotenie je proces, v ktorom sa spoločne s pacientom hodnotia vedomosti, ktoré sa počas procesu edukácie naučil, ako zmenil svoje správanie a konanie. Je priebežný aj záverečný proces a sestry hodnotia aj samé seba, ako realizátorky edukácie. Kritériom hodnotenia je splnenie cieľa. Ak sme cieľ nedosiahli, zisťujeme dôvody, potrebu prehodnotenia, pozmenenia alebo vytvorenia nového edukačného plánu (Kuberová, 2008).

Porovnanie fáz edukačného a ošetrovateľského procesu:

EDUKAČNÝ PROCES	OŠETROVATEĽSKÝ PROCES
1. Zber údajov, analýza pacientových schopností učiť sa a nedostatkov	1. Zber údajov, analýza pacientových schopností a nedostatkov
2. Stanovenie vzdelanostnej diagnózy	2. Stanovenie ošetrovateľskej diagnózy
3. Príprava učebného plánu	3. Plánovanie ošetrovateľských zásahov
4. Realizácia učebného plánu	4. Realizácia ošetrovateľ. stratégií a zásahov
5. Zhodnotenie klientových vedomostí, efektívnosti učebného plánu	5. Zhodnotenie ošetrovateľských snáh u klienta

(Barbušová, 2006).

Dokumentácia obsahuje aj záznamy o vykonaných edukačných aktivitách sestry. Sestra vedie záznamy o pláne edukácie, o dosiahnutých vedomostiach, zručnostiach, o problémoch, ktoré vznikli počas realizácie edukácie (Závodná, 2005).

4.3 Zásady správneho podávania informácií pacientom

Informácia je výraznou súčasťou liečby. Informácia má byť pravdivá, pretože inak nielen skresľuje skutočnosť, ale môže spôsobiť zbytočnú precitlivosť, alebo naopak vlažný postoj k veci, o ktorej informujeme. Pravdivá informácia hovorí o potrebe dodržiavania zásad, ktoré nariadil lekár, ale vysvetľuje aj situáciu, pri nedodržiavaní nariadení lekára. Medzi pacientom a sestrou je vzťah vytvorený vzájomnou dôverou, na ktorej sa stavia spolupráca pri liečení choroby. Postojom k vážnosti liečenia, diéty a rehabilitácie. Nepravdivá informácia môže dokonca škodiť, pretože pacient začne podceňovať spoluprácu, alebo preceňovať vážnosť situácie psychickým nepokojom, neistotou až nervozitou. Ak informácia poškodzuje, efekt sa nedosiahne, liečba viazne a dôvera sa stráca. Aj nepovedané slová podpory môžu zhoršiť postoj chorého. Hovoríme o **slovnej iatrogénii**. Uvedomujeme si to najmä u precitlivých osôb, niektorí sú až chorobne precitliví na posunky, slová a správanie. Preto do odbornej výbavy sestry patrí aj schopnosť empatie. Skutočnosťou je nedostatok času a veľa pacientov. Musíme si vytvoriť vhodné podmienky a čas na venovanie sa pacientovi. Aj sestra je odborníkom na problémy, ktoré sa v ambulancii riešia, stáva sa akoby diagnostikom a „spoluliečiteľom“ niektorých problémov, ktoré by lekár mohol dať do jej kompetencie. Môže v pokoji vysvetliť to, čomu pacient nerozumel pri poučení lekárom. Okrem toho poskytnúť zdravotno-výchovné materiály v podobe letáčikov, či brožúr, ktoré sa týkajú problematiky určitých chorôb, ktorý je dobrý na zafixovanie informácie, ale aj na vysvetlenie nie vždy dobre pochopeného slova (Cernay, 2010). V rámci zrozumiteľnosti nie je vhodné používať odborné termíny a skratky, tempo dávkovania nových informácií prispôbiť pacientovi (Kuberová, 2008). *„Známa edukačná zásada hovorí, že ak klientom niečo radíme, neznamená to automaticky, že všetci počúvajú a rozumejú tomu, a ak aj tomu rozumejú, nie je samozrejmé, že tieto rady budú používať a aplikovať v praktickom živote“* (Bartoš et al., 2003, s. 181). Pri chronických chorobách sa pacient navštevuje ambulanciu častejšie. Preto sa musíme snažiť o dopĺňanie nových informácií, ale aj získavame predstavu o jeho schopnosti nás rozumieť a spolupracovať. Je dobré, ak si pacient sám pozoruje príznaky a značí si ich, alebo poskytneme možnosť telefonického kontaktu (Cernay, 2010).

Praktická časť

5 METODIKA PRIESKUMU

Uvedomili sme si fakt, že samotní pacienti s TBC ochorením majú nedostatok vedomostí o svojom ochorení, čím ohrozujú nielen seba, ale i svoje okolie. Príčiny sú prosté, chýbajú zdroje informácií, o ktoré však pacienti prejavujú záujem. Uvítali by edukáciu sestrami, voči ktorým majú dôvernejší vzťah a tým menšie obavy k vyjadreniu svojich otázok, na ktoré hľadajú odpovede.

Rozhodli sme sa pre kvantitatívny prieskum zameraný na sestry i pacientov a v kombinácii s kvalitatívnou metódou kazuistiky na základe ktorej sme vypracovali praktickú realizáciu edukačného procesu.

5.1 Predmet a ciele prieskumu

Predmetom prieskumu:

- Posúdiť pacientove vedomosti a deficity v informáciách o TBC ochorení po prepustení do ambulantnej starostlivosti.
- Zistiť úroveň edukácie pacientov s TBC ochorením prostredníctvom sestier počas hospitalizácie na pľúcnych oddeleniach.

Ciele prieskumu:

1. Zistiť úroveň pacientových vedomostí o tuberkulóznom ochorení a jeho liečebnom režime po prepustení do ambulantnej starostlivosti.
2. Získať prehľad o edukácii pacientov s tuberkulóznym ochorením z pohľadu sestier na Slovensku (ďalej len SR) a v Čechách (ďalej len ČR).
3. Monitorovať informácie o tuberkulóznom ochorení pacientov zaujímajú, a ktoré pacientom chýbajú.

Čiastkové ciele:

1. Overiť, kto podáva informácie pacientovi o ochorení počas hospitalizácie.
2. Monitorovať deficity vo vedomostiach pacienta týkajúcich sa liečebného režimu TBC ochorenia po prepustení.

3. Zistiť aké informácie pacientom chýbali a na aké otázky nedostali odpoveď.
4. Zistiť, či sestry edukujú a zhodnotiť úroveň edukácie pacientov liečiacich sa na TBC.
5. Analyzovať kvantitu a kvalitu edukácie, či je edukácia dostatočná rozsahom a obsahom informácií.
6. Zistiť, či majú sestry dostatok času a vhodné podmienky pre edukáciu.
7. Porovnať edukačnú činnosť sestier u pacientov s TBC ochorením na SR a v ČR.
8. Vypracovať obsah edukácie pre pacientov s TBC ochorením.
9. Vypracovať informačný leták.

Pracovné hypotézy:

Hypotéza č.1:

Predpokladáme, že minimálne polovicu pacientov o tuberkulóznom ochorení a liečebnom režime poučili počas hospitalizácie lekár i sestra.

Hypotéza č.2:

Predpokladáme, že pacienti vnímajú časovú tieseň sestier pri edukácii, nemajú dostatočný priestor pre vyjadrenie svojich otázok a obáv.

Hypotéza č.3:

Predpokladáme, že polovica pacientov nebola v dostatočnej miere informovaná o liečebnom režime ochorenia.

Hypotéza č.4:

Predpokladáme, že minimálne polovica pacientov mala potrebu doplniť si ešte ďalšie informácie z iných zdrojov o tuberkulóznom ochorení.

Hypotéza č.5:

Predpokladáme, že jednej tretine pacientov chýbali určité informácie týkajúce sa tuberkulózneho ochorenia.

Hypotéza č.6:

Predpokladáme, že jedna tretina pacientov uvedie konkrétnu situáciu alebo problém, s ktorým sa stretli a nevedeli nájsť riešenie.

5.2 Metódy prieskumu

Silverman definuje metodológiu ako „všeobecný prístup ku skúmaniu výskumných tém“ (Silverman, 2005, s. 89). Na spracovanie teoretických východísk sme použili **literárnu metódu** pre získanie prehľadu o riešenej problematike.

Pre zber údajov sme zvolili dve prieskumné **metódy získavania údajov prostredníctvom subjektívnych výpovedí**. Hlavnou kvantitatívnou metódou je **metóda štruktúrovaného dotazníka**. Skladá sa zo šiestich otázok. Z toho štyri položky sú uzavreté priame otázky s možnosťou výberu z dvoch možností odpovedí. Jednu projektívnu otázku so šiestimi možnosťami odpovedí a jednu otvorenú otázku. Dotazník obsahuje tri identifikačné položky s demografickými údajmi.

Doplňujúcou metódou je **metóda ankety**. Anketa obsahuje tri uzavreté otázky a tri identifikačné položky s demografickými údajmi.

Výsledky dotazníka a ankety sme hodnotili prostredníctvom **metód spracovania získaných faktov**. A to **štatistickou metódou percentuálneho vyhodnotenia, metódou porovnávacou, metódou kvalitatívnej a kvantitatívnej analýzy, syntézy**.

V praktickej časti edukácie sme použili **metódu obsahovej analýzy dokumentov** pre získanie informácií o edukantovi. Získané informácie sme **kvalitatívnou metódou kazuistiky** (prípadová metóda, Case study) spracovali pre edukačný proces. Edukáciu sme hodnotili **metódou spätnej väzby, rozhovorom**.

Výberový súbor

Základným kritériom prieskumnej vzorky dotazníka je pacient s tuberkulóznym ochorením aktuálne sa liečiaci AT v ambulantnej starostlivosti. Prieskumnú vzorku tvoril obmedzený počet pacientov, vzhľadom na špecifickosť ochorenia a ojedinelý výskyt. Celkový počet bol dvadsať respondentov. Prieskumnou vzorkou pre anketu sú zdravotné sestry pracujúce na pľúcnom oddelení lôžkovej časti nemocnice. Vzorku tvorilo štyridsať respondentiek.

Plán prieskumu

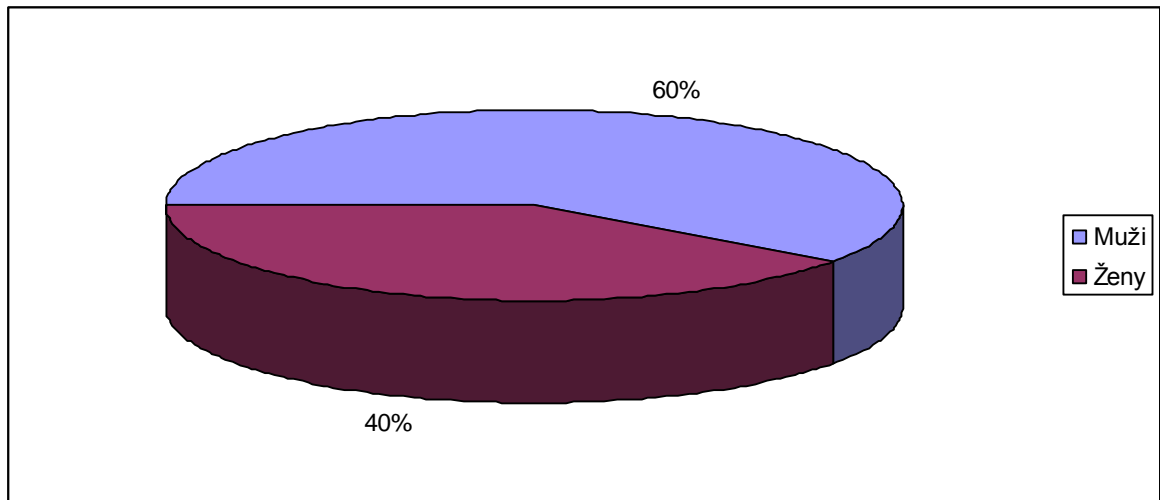
Počas decembra 2009 až januára 2010 sme oslovili sestry na pľúcnych oddeleniach a požiadali ich o vyplnenie ankety. V dostatočnom predstihu sme odovzdali dotazníky do ambulancií pre pacientov, aby sme mali dostatočný počet respondentov, čiže od novembra 2009 do februára 2010. Prieskum prebiehal na pľúcnych oddeleniach vo fakultnej nemocnici s poliklinikou v Žiline, v nemocnici v Považskej Bystrici, vo fakultnej nemocnici v Brne a na pľúčno-alergologickej ambulancii v Bytči. Celkovo sme rozdali

dvadsaťpäť kusov dotazníkov a štyridsať kusov ankety. Návratnosť bola u ankety 100%, u dotazníka 98,75%. Samotná edukácia bola realizovaná v priebehu decembra 2009 a januára 2010 v Bytči na pľúčno-alergologickej ambulancii.

Výsledky nášho prieskumu sme priebežne konfrontovali s výsledkami výskumov Kobera z roku 2003, ktorý sa venoval úrovni vedomostí pacientov o TBC ochorení a Magerčiakovej z roku 2005, ktorej prieskum bol zameraný na význam edukácie a jej uplatňovanie v ošetrovateľskej praxi z pohľadu sestier a pacientov.

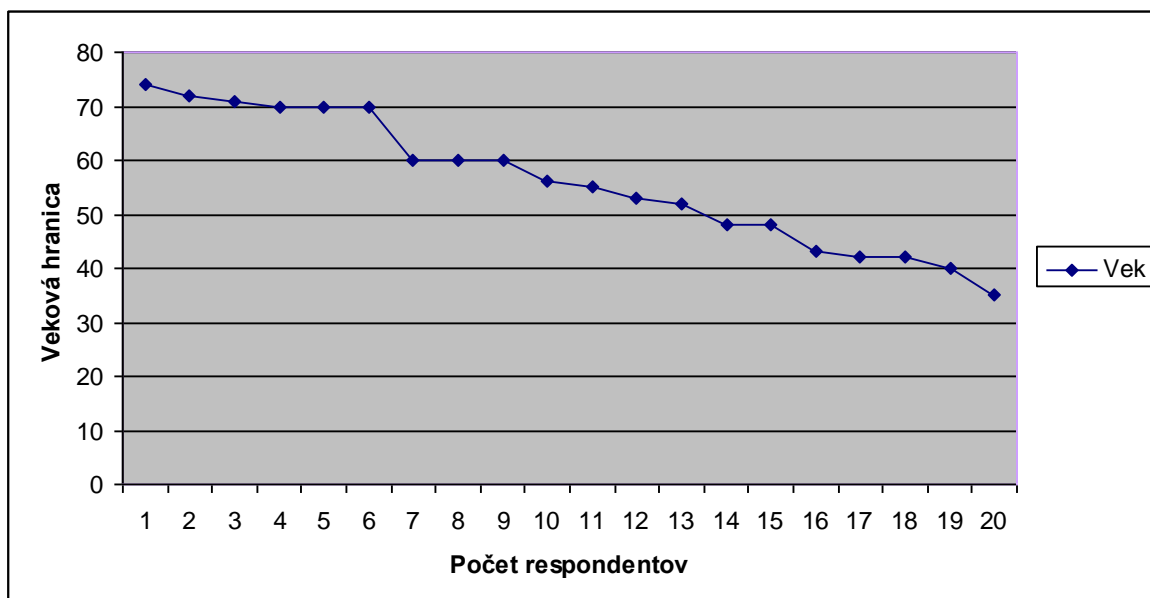
5.3 Interpretácia analýzy výsledkov dotazníka pre pacientov

Demografické údaje respondentov:



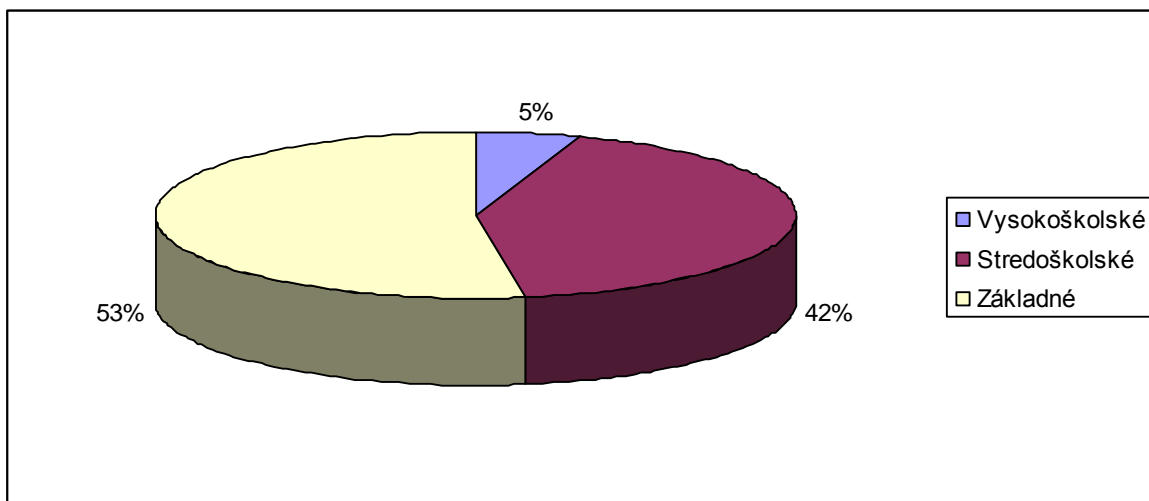
Graf 1 Pohlavie respondentov

Do prieskumu sme zapojili dvadsaťpäť pacientov v ambulantnej starostlivosti. Dotazník vyplnilo dvadsať pacientov. Z oslovených pacientov bolo 60% mužov a 40% žien.



Graf 2 Vek respondentov

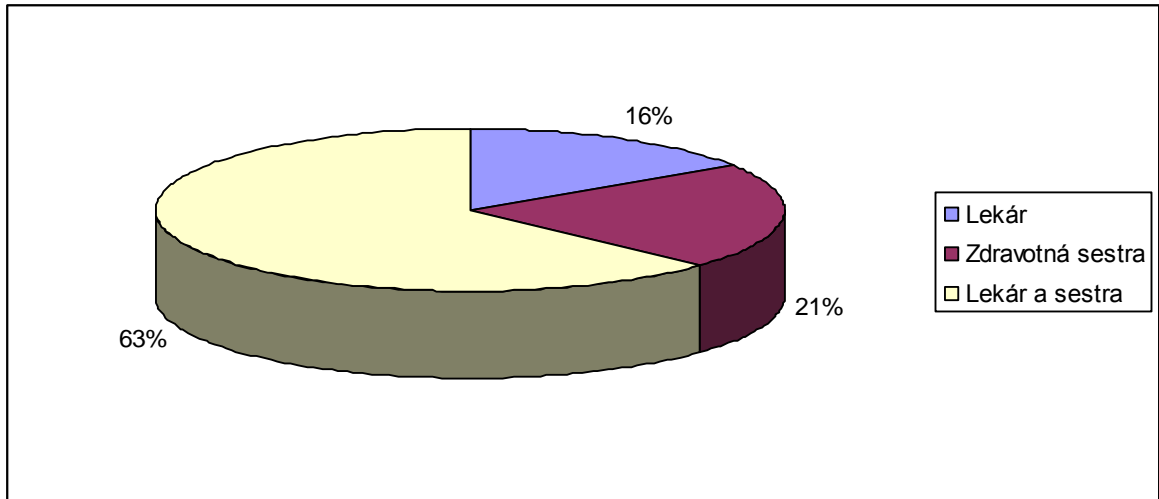
Veková hranica respondentov sa pohybovala od tridsaťpäť do sedemdesiatštyri rokov. Priemerný vek respondentov bol päťdesiatšesť rokov.



Graf 3 Vzdelanie respondentov

Vzdelanostná úroveň pacientov bola nízka, 53% pacientov dosiahlo len základné vzdelanie, 42% pacientov malo stredoškolské vzdelanie a vysokoškolské vzdelanie dosiahlo 5% t.j. jeden z respondentov.

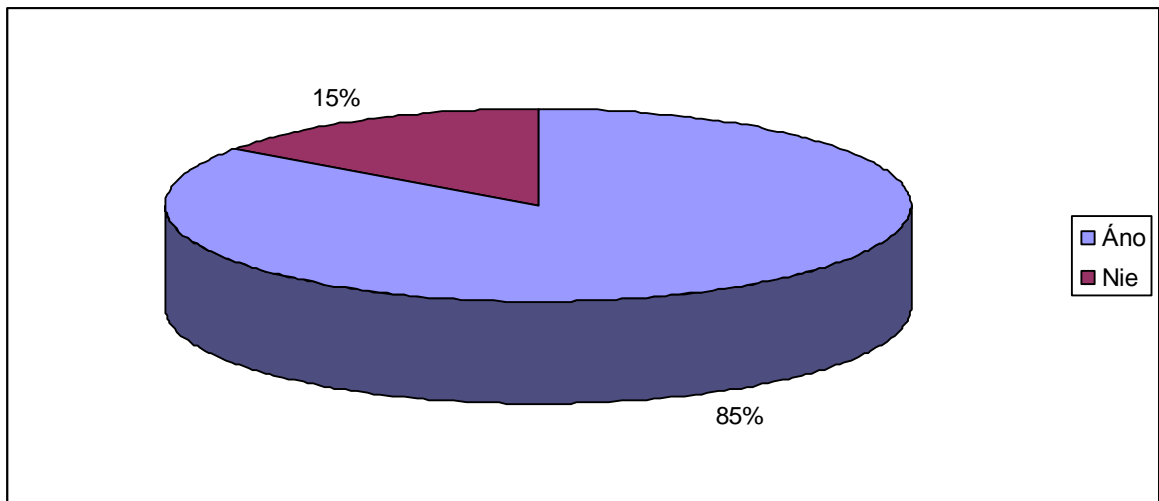
Otázka č. 1: Kto Vás informoval o tuberkulóznom ochorení počas hospitalizácie?



Graf 4 Edukátori

Prvou otázkou sme overovali hypotézu číslo jedna. Predpokladali sme, že minimálne polovicu pacientov o tuberkulóznom ochorení a liečebnom režime poučili počas hospitalizácie lekár i sestra. Náš predpoklad potvrdilo 63% pacientov. 63% z nich udáva, že ich počas hospitalizácie na pľúcnom oddelení poučil a informoval o ochorení lekár i sestra. 16% pacientov tvrdí, že ich poučil len lekár a 21% pacientov poučila len sestra. Výsledky nepodporujú údaje výskumu Magerčiakovej z roku 2005, ktorá uvádza, že takmer tri štvrtiny pacientov boli informovaní od lekárov a sestrami iba jedna tretina (Magerčiaková, 2005).

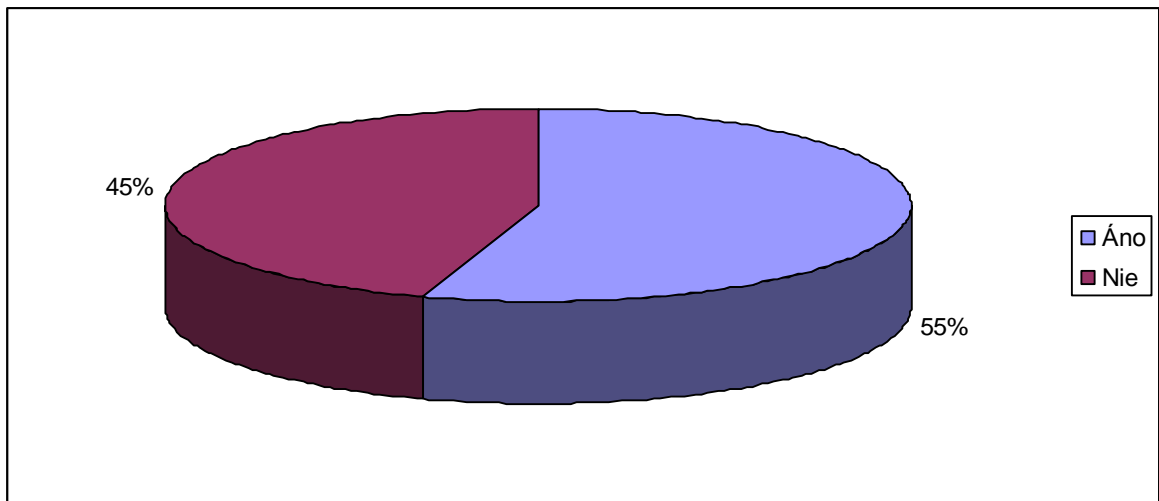
Otázka č. 2: Prebiehalo informovanie o ochorení a liečebnom režime za vhodných podmienok (súkromie, dostatok času a priestoru pre Vaše otázky)?



Graf 5 Podmienky edukácie z pohľadu pacientov

Druhou otázkou sme zisťovali za akých podmienok prebieha edukácia pacienta. Stanovenou hypotézou sme predpokladali, že sestry majú nedostatok času a priestoru na dôkladnú edukáciu a pacienti tieto skutočnosti vnímajú. Hypotézu nám vyvrátilo 85% pacientov. Len 15% pacientov má dojem, že edukácia prebieha za nevhodných podmienok, že sestry majú nedostatok času na podávanie informácií.

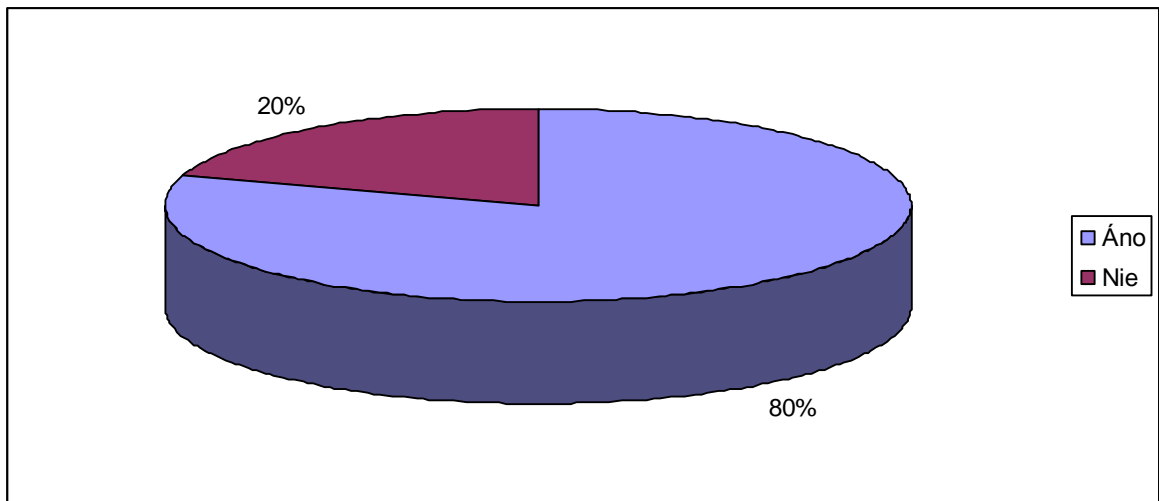
Otázka č. 3: Myslíte si, že ste boli počas pobytu v nemocnici dostatočne informovaní o svojom ochorení po stanovení diagnózy?



Graf 6 Úroveň edukácie z pohľadu pacienta

Tretou otázkou sme monitorovali, či je edukácia z pohľadu pacienta po stanovení diagnózy tuberkulózneho ochorenia dostatočná. Predpokladali sme, že polovica pacientov nebola v dostatočnej miere informovaná o liečebnom režime ochorenia. Naša hypotéza sa potvrdila. 55% pacientov uvádza, že boli dostatočne informovaní o svojom ochorení a 45% pacientov tvrdí, že neboli dostatočne informovaní. Dokladáme výsledky výskumu Kobera z roku 2003. V tom čase by 63% pacientov vo Vyšných Hágoch uvítalo, keby zdravotnícky pracovníci venovali viac pozornosti, času výchovnému pôsobeniu a poskytovaniu informácií obyvateľstvu o rizikách TBC (Kober, 2009c).

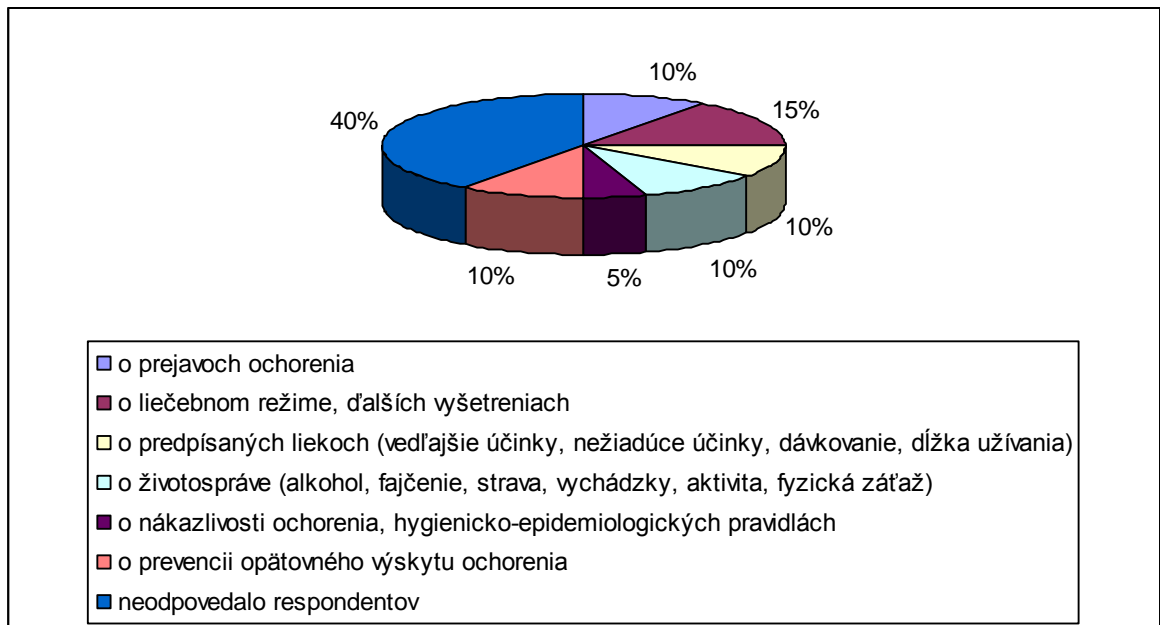
Otázka č. 4: Mali ste potrebu čerpať informácie o tuberkulóznom ochorení ešte aj z iných zdrojov?



Graf 7 Zdroj informácií pre pacienta

Štvrtou otázkou, sme zisťovali, či mali pacienti potrebu si dopĺňať informácie o tuberkulóznom ochorení aj z iných zdrojov. Hypotézou sme predpokladali, že minimálne polovica pacientov mala potrebu doplniť si ešte ďalšie informácie z iných zdrojov. Hypotézu potvrdilo až 80% respondentov. 20% respondentov nemá vôbec potrebu pátrať po ďalších informáciách. V porovnaní s výskumom Kobera z roku 2003, kde záujem o rozšírenie vedomostí by malo 63% zúčastnených výskumu (Kober, 2009c), pozorujeme mierny vzostup potreby dopĺňať si informácie.

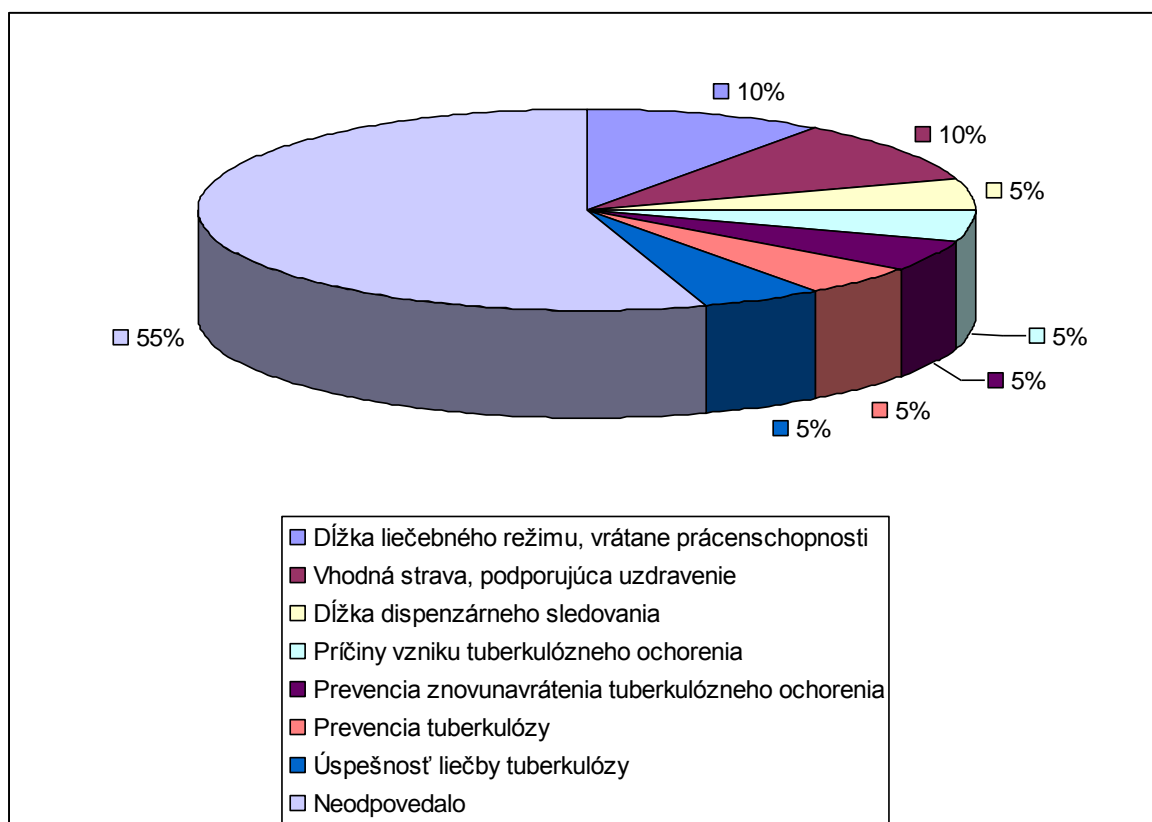
Otázka č. 5: Aké informácie o tuberkulóznom ochorení Vám chýbali?



Graf 8 Deficity v informovanosti pacientov

Piatou otázkou sme monitorovali, aké konkrétne informácie chýbali pacientom o tuberkulóznom ochorení. Našou hypotézou sme predpokladali, že jednej tretine pacientov chýbali určité informácie týkajúce sa tuberkulózneho ochorenia. Hypotéza sa nám potvrdila. Deväť pacientov sa k otázke nevyjadrilo. 15% pacientov chýbali informácie o liečebnom režime, ďalších vyšetreniach, alebo informácie nepovažovali za kompletne. 10% pacientov sa vyjadruje, že im chýbali vedomosti o prejavoch ochorenia. 10% pacientov uvádza deficit v informáciách o prevencii opätovného výskytu ochorenia. 10% z nich tvrdí, že im chýbali informácie o predpísaných liekoch. Konkrétne popisovali deficity vedomostí o vedľajších a nežiadúcich účinkoch liekov, o dávkovaní a dĺžke užívania. 10% pacientov vyjadruje nedostatok informácií o správnej životospráve pri tuberkulóznom ochorení. Vedomosti o infekčnosti tuberkulózneho ochorenia a hygienicko-epidemiologických pravidiel chýbali 5% pacientov. Podľa výsledkov výskumu Kobera z roku 2003 o infekčnosti tuberkulózneho ochorenia vedelo 82% respondentov (Kober, 2009c).

Otázka č. 6: Čo by Vás ešte zaujímalo o tuberkulóze a liečebnom režime tohto ochorenia?

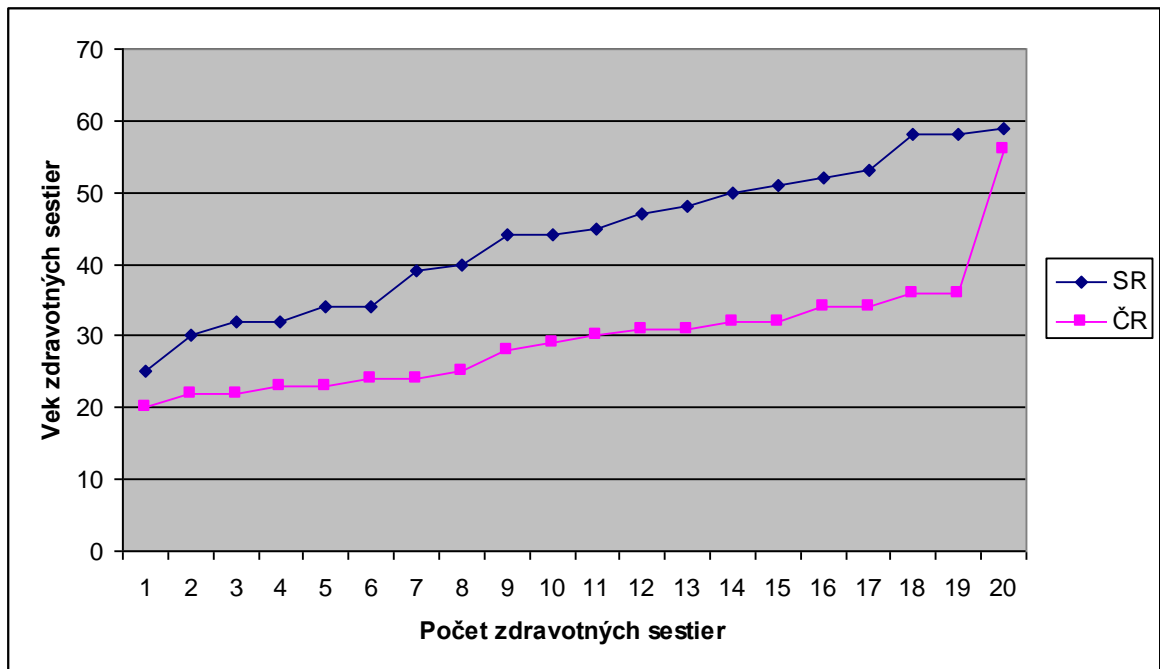


Graf 9 Individuálne oblasti záujmu pacientov

V šiestej otázke dotazníka, sme monitorovali, čo by pacientov ešte zaujímalo o tuberkulóznom ochorení. Zisťovali sme, čo konkrétne ich zaujíma, respektíve čo sme v otázke číslo päť mohli opomenúť. Otázka bola otvorená, pacienti dopisovali subjektívne konkrétne deficitní v informáciách. V hypotéze predpokladáme, že jedna tretina pacientov uvedie konkrétnu situáciu alebo problém, s ktorým sa stretli a nevedeli nájsť riešenie. Hypotéza sa potvrdila. Uvádžame konkrétne oblasti, ktorých sa problematika týkala. Dĺžka liečebného procesu a práceneschopnosť zaujíma 10% pacientov. Na vhodnú stravu podporujúcu uzdravenie, prísun ovocia a zeleniny sa pýta 10% pacientov. Dĺžka dispenzárneho sledovania zaujíma 5% pacientov. Príčiny vzniku tuberkulózneho ochorenia nie sú známe 5% pacientov. Prevenia znovunavrátania tuberkulózneho ochorenia a prevenia vzniku tuberkulózy je nejasná rovnako 5% pacientov. Taktiež úspešnosť liečby zaujíma 5% pacientov. K otázke sa nevyjadrilo jedenásť pacientov. Zistené skutočnosti výsledkov z otázok číslo päť a šesť sa navzájom dopĺňajú a rozširujú.

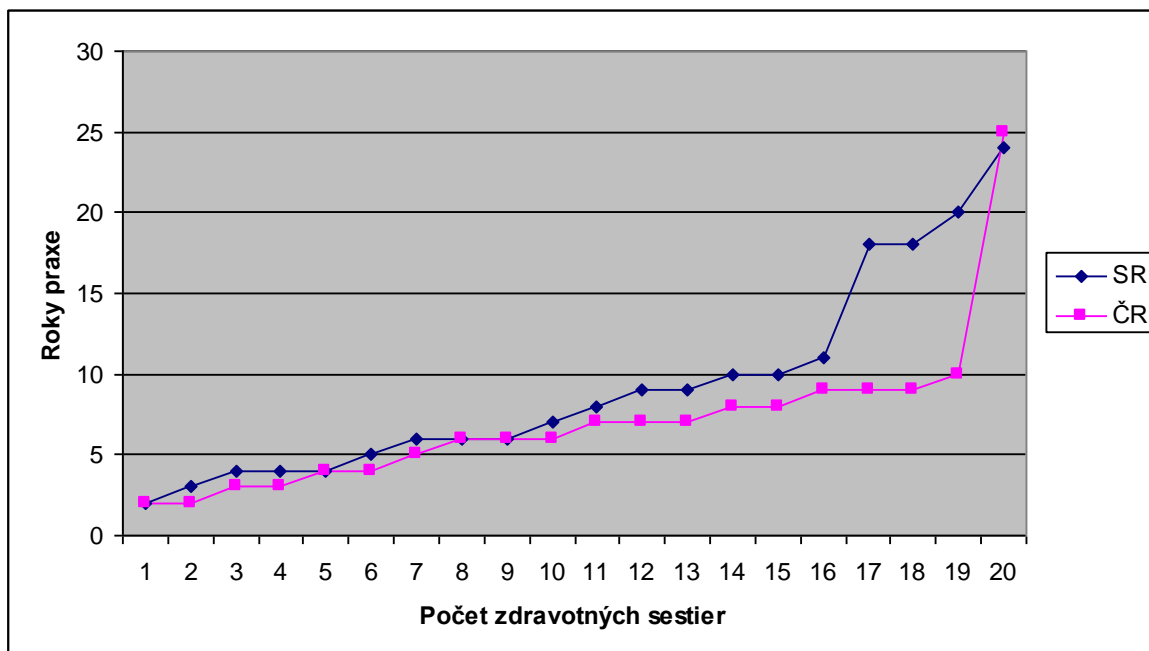
5.4 Interpretácia analýzy výsledkov ankety pre sestry

Demografické údaje o zdravotných sestrách:



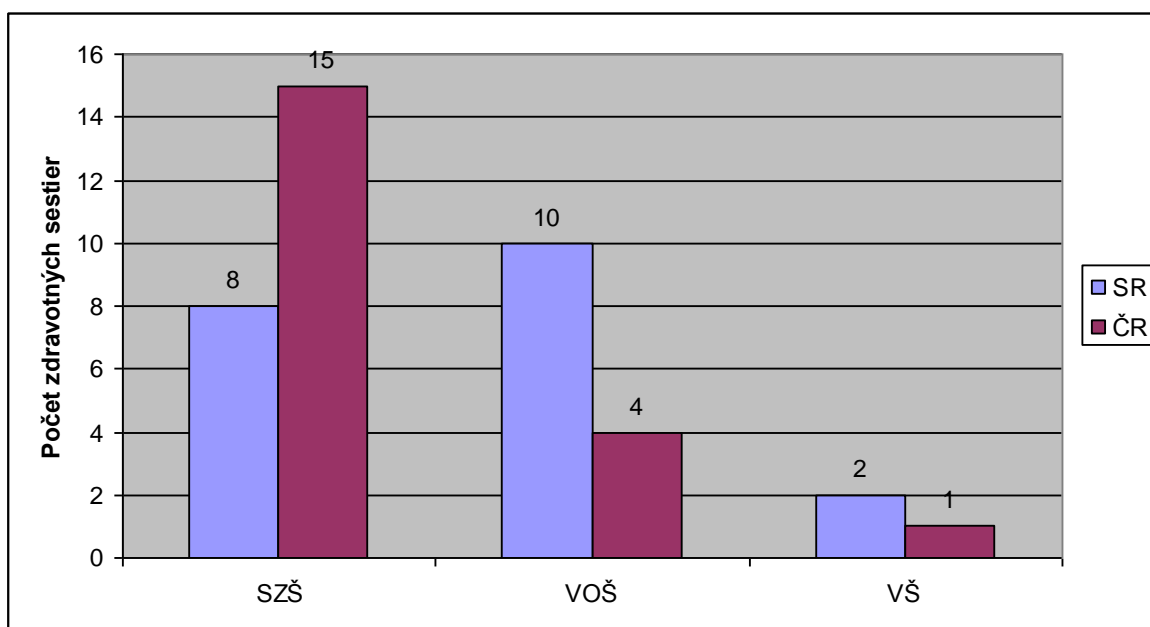
Graf 10 Veková hranica zdravotných sestier

Veková hranica zdravotných sestier pracujúcich na pľúcnych oddeleniach je výrazne odlišná. Na SR je priemerný vek sestier štyridsaťštyri rokov a v ČR tridsaťjeden rokov.



Graf 11 Počet rokov praxe zdravotných sestier

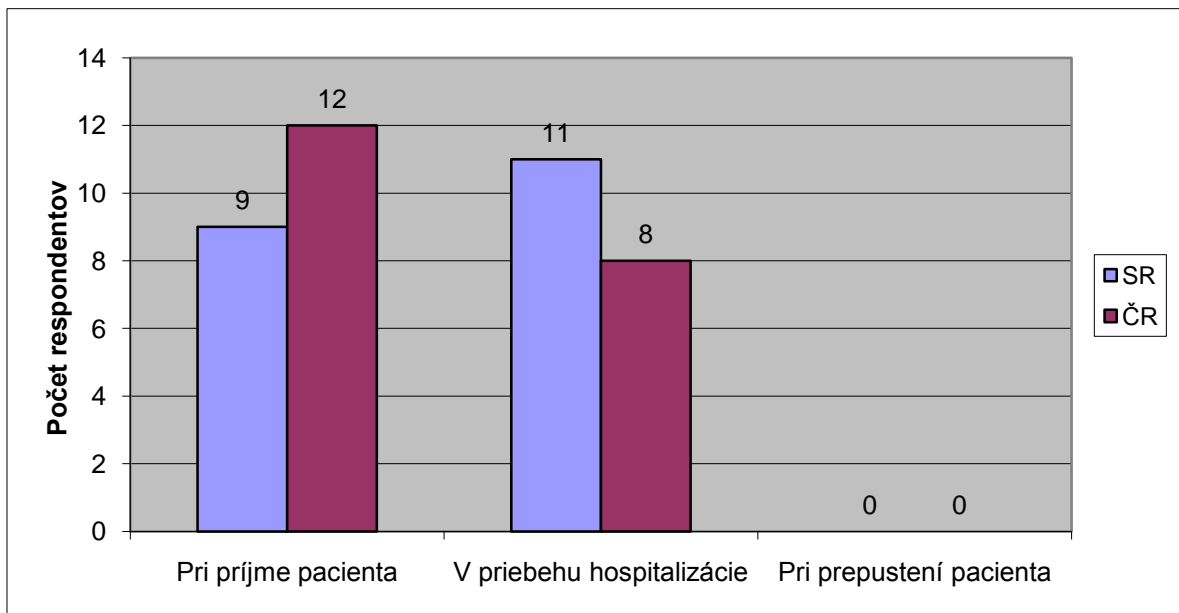
Krivka grafu znázorňuje počet rokov praxe zdravotných sestier pracujúcich na pľúcnych oddeleniach v SR a v ČR. Na pľúcnych oddeleniach lôžkových častí v SR pracujú sestry priemerne s viacročnou praxou v obore ako je tomu v ČR.



Graf 12 Vzdelanostná úroveň zdravotných sestier

V prieskumnej vzorke respondentiek za SR na pľúcnych oddeleniach pracuje osem stredoškolsky vzdelaných sestier, desať sestier s vyšším odborným vzdelaním a dve sestry s vysokoškolským vzdelaním. V prieskumnej vzorke respondentiek za ČR pracuje na pľúcnom oddelení pätnásť stredoškolsky vzdelaných sestier, štyri sestry s vyšším odborným vzdelaním a jedna vysokoškolsky vzdelaná sestra.

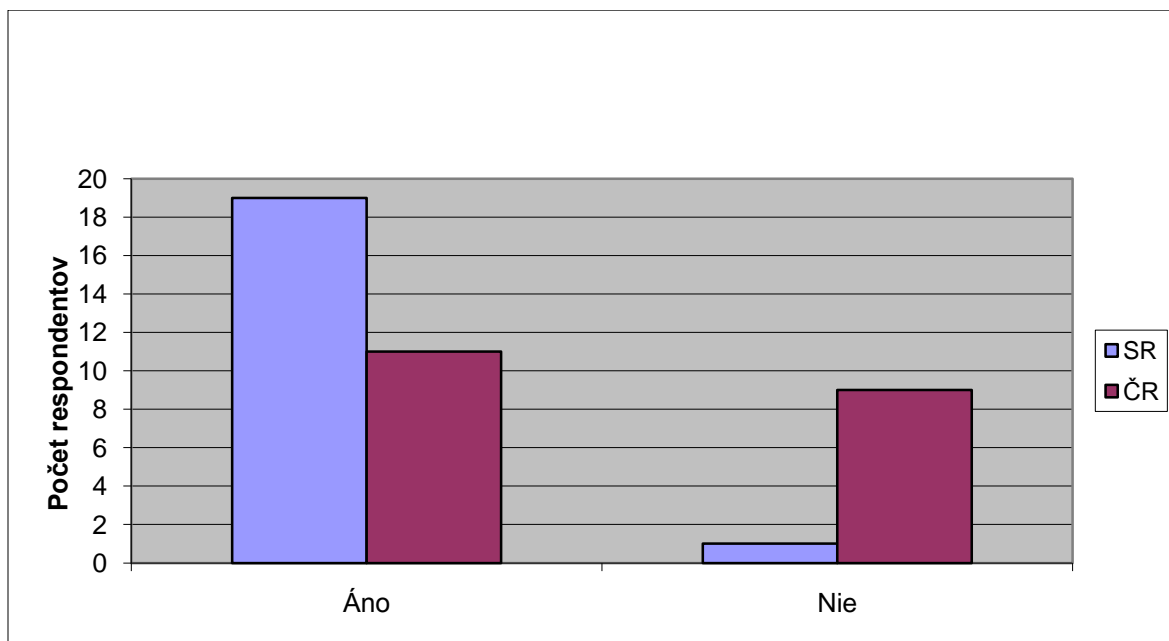
Otázka č. 1: Kedy edukujete pacienta (informujete o ochorení, liečebnom režime, hygienických zásadách) s aktuálnym tuberkulóznym ochorením?



Graf 13 V akej fáze hospitalizácie prebieha edukácia

Otázkou číslo jedna sme zisťovali, kedy sestry počas hospitalizácie informujú pacienta. Sledovali sme tým, možnú súvislosť s deficitmi vo vedomostiach pacientov. Na SR deväť sestier edukuje pri prijme pacientov a jedenásť sestier v priebehu hospitalizácie. Pri prepustení sa edukovaniu nevenuje ani jedna sestra. V ČR dvanásť sestier edukuje pri prijme pacienta a osem sestier v priebehu hospitalizácie. Pri prepustení needukuje ani jedna sestra.

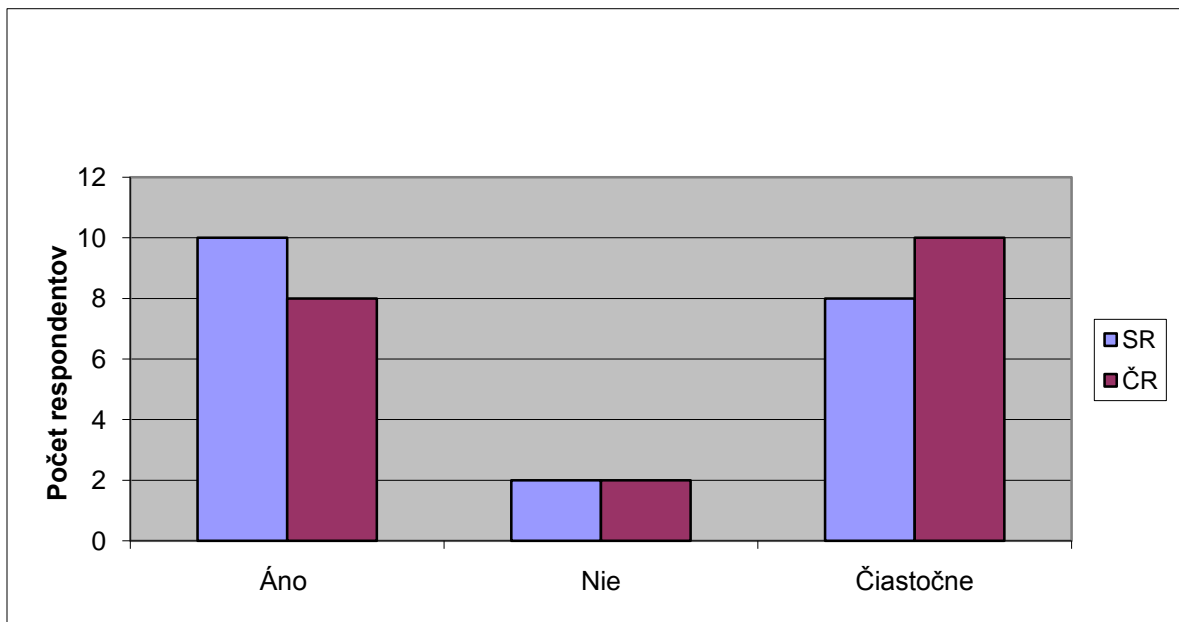
Otázka č. 2: Ak edukujete Vy, máte dostatok času a vyčlenený priestor pre edukáciu?



Graf 14 Podmienky edukácie z pohľadu sestier

Otázkou číslo dva sme zisťovali situáciu podmienok edukácie z pohľadu sestier. Taktiež poslúžila ako podporná položka k posudzovaniu hypotézy číslo dva, ktorá hovorí o podmienkach edukácie z pohľadu pacienta. Dospeli sme k obdobným výsledkom. V SR devätnásť sestier uvádza, že nepocitujú časovú tieseň a majú vyčlenený priestor pre edukáciu a jedna, že nemá vhodné podmienky. V ČR jedenásť sestier udáva vhodné podmienky pre edukáciu a deväť sestier, že im chýba dostatok času a priestoru pre edukáciu.

Otázka č. 3: Myslíte si, že sú pacienti poučení o liečebnom režime a hygienicko-epidemiologických zásadách dostatočne?



Graf 15 Úroveň edukácie pacientov z pohľadu zdravotných sestier

Tretou otázkou sme zisťovali, aká je úroveň edukácie pacientov z pohľadu sestier. Desať sestier v SR si myslí, že pacienti sú dostatočne poučení o problematike tuberkulózneho ochorenia a osem sestier uvádza, že sú poučení len čiastočne. Dve z dvadsiaticich sestier si myslí, že pacienti nie sú edukovaní dostatočne. V ČR tvrdí osem sestier, že pacienti sú edukovaní dostatočne a desať sestier uvádza, že čiastočne. Taktiež dve sestry v ČR uvádzajú, že pacienti sú nedostatočne poučení o problematike. Výsledky tejto otázky ankety sme konfrontovali s výsledkami otázky číslo tri z dotazníka. Kde jedenásť pacientov udáva, že boli dostatočne poučení o tuberkulóznom ochorení. Skutočnosti podporili hypotézu číslo tri.

5.5 Diskusia

Zhrnutie: Hlavné ciele prieskumu boli splnené.

Zistili sme, že úroveň pacientových vedomostí o tuberkulóznom ochorení a jeho liečebnom režime po prepustení do ambulantnej starostlivosti je nedostatočná. Získali sme prehľad o edukácii pacientov s tuberkulóznym ochorením z pohľadu sestier porovnaním výsledkov prieskumu ankety na Slovensku a v Čechách. Zistili sme, že na Slovensku i v Čechách prebieha edukácia za rovnakých podmienok prevažne počas príjmu pacienta k hospitalizácii, obsahom edukácie sú približne rovnaké informácie. V oboch krajinách sme zistili deficit v informovanosti pacientov. Monitorovali sme informácie, ktoré pacientov o tuberkulóznom ochorení zaujímajú a ktoré im ešte chýbajú. Informácie sme podrobne popísali v hodnotení výsledkov dotazníka pri otázkach číslo päť a šesť. Pacientov zaujímajú informácie o prejavoch ochorenia, o úspešnosti liečby, o liečebnom režime a ďalších vyšetreniach, o predpísaných liekoch a ich vedľajších či nežiadúcich účinkoch, o dávkovaní a dĺžke užívania liekov, o prevencii ochorenia. Po prepustení z hospitalizácie zaujíma pacientov životospráva, nákazlivosť ochorenia a hygienicko-epidemiologické pravidlá, ktorú musia naďalej v domácom prostredí dodržiavať, taktiež prevencia opätovného výskytu ochorenia, dĺžka liečebného režimu vrátane práceneschopnosti, vhodná strava a dĺžka dispenzárneho sledovania.

Limity prieskumných metód:

Zvolili sme metódy dotazníka a ankety. Výhodami sú anonymita, možnosť získania údajov od veľkého počtu respondentov, vysoká návratnosť, hodnotenie je praktické a prehľadné, možnosti percentuálneho porovnávania a konfrontovania s výsledkami iných autorov na rovnakú tému prieskumu. Myslíme si, že nedostatkom kvantitatívnych metód je neoveriteľnosť pravdivosti zozbieraných údajov a nízka kvalitatívna zložka v hodnotení prieskumu. Treba mať na zreteli, že je dôležité aký druh otázok a typ odpovedí sme zvolili v prieskumných metódach, pretože ovplyvňujú získané informácie. V našom prieskume sme sa stretli s problematikou, kedy sa nám v určitých prípadoch nepodarilo zabezpečiť anonymitu pacienta pri vyplňaní dotazníka. Nemožnosť získania informácií za dodržania anonymity, čo mohlo ovplyvniť úprimnosť pacientových odpovedí. Príčinou je úzko vyšpecifikovaná prieskumná vzorka respondentov a skutočnosť obmedzeného výskytu pacientov s tuberkulóznym ochorením. Preto sme boli nútení odovzdávať a získavať návratnosť dotazníka v určitých prípadoch osobne.

Zhrnutie: Čiastkové ciele boli splnené. Päť hypotéz sa nám potvrdilo. Jedna hypotéza sa nepotvrdila.

Pri konfrontácii výsledkov prieskumu z dotazníka s výskumom Kobera v roku 2003 pozorujeme, že v priebehu šesť rokov sa situácia v edukácii pacientov zlepšila len čiastočne. Zistili sme, že sestry edukujú pacientov, avšak do ambulantnej starostlivosti odchádzajú s určitými medzermi v informovanosti. Odpovede na prvú otázku dotazníka udávajú, že dvanásť pacientov z dvadsiatich bolo poučených lekárom i sestrou.

Vo výsledkoch prieskumu otázky číslo dva, sestry prevažne uvádzajú, že majú dostatok času a priestoru na edukáciu. Pacienti potvrdzujú svojimi odpoveďami na otázku číslo dva, že nemali dojem časovej tiesne sestier pri edukácii. Je teda zrejmé, že sestry podávajú pacientom základné informácie o dodržiavaní liečebného režimu počas hospitalizácie a o tuberkulóznom ochorení. Čo je pri prijíme k hospitalizácii dostačujúce. Avšak je nutné brať do úvahy skutočnosť, že pacienti sa ocitli v novej situácii a nemajú predstavu, čo im ochorenie prinesie a s akými problémami sa počas liečby môžu stretnúť. Preto je prísun informácií hneď pri prijíme z ich pohľadu síce dostatočný množstvom, no postupom času si uvedomujú, že im chýbajú odpovede na množiace sa konkrétne otázky. Riešením je, aby sestry spätnou väzbou prostredníctvom rozhovoru zisťovali u pacientov deficity v informáciách, alebo prípadné novovzniknuté problémy.

V našom prieskume monitorujeme protirečivé odpovede zo strany pacientov. V otázke číslo tri uvádza jedenásť pacientov, že boli dostatočne edukovaní o svojom ochorení a napriek tomu v otázke číslo štyri šesťnásť z nich tvrdí, že mali potrebu dopĺňať si informácie o svojom ochorení z iných zdrojov. A taktiež v otázke číslo päť, jedenásť pacientov a v otázke číslo šesť deväť pacientov z prieskumnej vzorky menuje konkrétne chýbajúce informácie, ktoré počas poučenia sestrou a lekárom údajne neboli podané.

Na základe týchto skutočností si dovoľíme vyvodiť záver. Príčinou rozporov vo výsledkoch prieskumu môže byť, malý záujem o nové informácie vzhľadom k nízkej vzdelanostnej úrovni a priemernej vekovej hranici pacientov päťdesiatšesť rokov. Ako uvádzame v teoretickej časti, vyšší výskyt tuberkulózneho ochorenia je u jedincov s nízkou životnou úrovňou a rizikovou skupinou sú staršia veková kategória.

Záujem o ďalšie doplňujúce informácie sa zrejme stupňuje v priebehu hospitalizácie a po návrate do domáceho prostredia, kedy sa pacient stretáva už v konkrétnych situáciách so skutočnosťami, ktoré liečebný režim so sebou prináša. Dôkazom sú výsledky odpovedí dotazníka na otázky číslo štyri, päť a šesť. Vtedy si pacient začne uvedomovať nedostatky

vo vedomostiach a chýbajú mu informácie, ktoré by mu pomohli tieto situácie zvládnuť. Ako riešenie do budúcnosti odporúčame, zabezpečiť dostatok informačného materiálu k dispozícii pacientom v priebehu hospitalizácie a tiež ho poskytovať pacientom v ambulantnej starostlivosti. Zistené výsledky prieskumu sme použili pre vypracovanie edukácie a informačného letáku.

Sú možné určité zábrany v oslovení, vo vyjadrovaní problémov a v kladení otázok ošetrojúcemu personálu počas hospitalizácie. Je možné, že pacient nemá dostatočnú príležitosť verbalizovať svoje otázky pri prepustení do ambulantnej starostlivosti. Je nutné, aby sa sestry zdokonaľovali v komunikačných zručnostiach. A je dôležité, aby si sestry vytvorili dostatočný priestor pre interaktívny rozhovor s pacientmi počas hospitalizácie a dali im možnosť vyjadriť sa bez obáv.

Počas hospitalizácie zabezpečuje pre pacienta lieky a odporúčaný priebeh liečby ošetrojúci personál. Pacient je poučený presnými inštrukciami o tom, čo je povolené, a čo je zakázané v liečebnom režime. Avšak po prepustení nastáva iná situácia. Pacient musí byť sám zodpovedný za vlastné zdravie a musí mať vytvorený správny postoj k ochoreniu. Musí sa snažiť dodržiavať liečebno-rehabilitačný režim s dôrazom na hygienicko-epidemiologické zásady počas liečby. Úlohy ambulantnej sestry sú, pomôcť a poradiť pacientovi zvládať situácie, ktoré môžu byť pre neho problémové. Predchádzať stresujúcim situáciám alebo predčasnemu ukončeniu liečby dostatočným poučením pacienta. Edukovať a zapojiť rodinu, aby ho psychicky podporovala počas liečby.

Prvou otázkou ankety sme zistili, že je možná určitá súvislosť s časom edukácie a vznikom deficitov vo vedomostiach pacienta. Prvou otázkou ankety sme zistili, že Ak sestry edukujú pacienta len pri prijíme na pľúcne oddelenie, alebo len jednorázovo a počas hospitalizácie nedochádza k upevňovaniu, dopĺňaniu informácií, o ktoré má pacient ešte záujem, môže dôjsť k strate týchto vedomostí o ochorení, respektíve k vzniku nejasností v dôležitých bodoch liečebného režimu. Preto odporúčame v priebehu hospitalizácie získavať spätnú väzbu od pacienta. Rozhovorom o problematike ochorenia a pozorovaním zmeny správania, či už v pozitívnom alebo negatívnom zmysle. Zistené deficity odstrániť. Tak budú pacienti odchádzať do domácej a ambulantnej starostlivosti dostatočne informovaní a predíde sa možným komplikáciám pri spolupráci v liečebnom režime.

Odporúčania pre prax

- Zvyšovať úroveň edukácie z hľadiska obsahovej a štruktúrálnej.
- Zabezpečiť individuálnu formu edukácie pacientov.
- Zabezpečiť vhodné podmienky pre edukačnú činnosť.
- Vytvárať a upevňovať dôverný vzťah pacient- sestra.
- Motivovať pacientov v rešpektovaní odporúčaní sestry.
- Umožniť pacientom vyjadriť svoje otázky a nejasnosti a podávať adekvátne odpovede.
- Zapájať do liečebno-edukačného procesu rodinu pacienta.
- Vyhradiť si čas pre edukáciu v ambulantnej starostlivosti.
- Zlepšiť a rozšíriť edukačným materiálom informovanosť pacientov v danej problematike.
- Zabezpečiť informačný materiál dostupný v čakárňach ambulancií.
- Monitorovať a zaznamenávať najčastejšie deficity vo vedomostiach u pacientov prepustených z hospitalizácie.
- Zvyšovať kontinuálne vzdelanostnú úroveň sestier v oblasti edukácie a problematiky tuberkulózneho ochorenia.

6 EDUKÁCIA

„V starostlivosti o zdravie nestačí len vedieť, čo nám škodí, čomu sa máme vyhýbať, alebo čo máme robiť, aby sa chorobe predišlo, ale je prioritné orientovať sa na správne postoje, hodnoty a vnútorné presvedčenie niečo pozitívne robiť a dosiahnuť v záujme svojho zdravia“ (Koberová, 2008, s. 23).

Forma edukácie:

Podľa výsledkov výskumu, kde bolo zapojených 105 respondentiek, 91% sestier uprednostňuje individuálnu formu edukácie (Magerčiaková, 2005). Zvolili sme taktiež individuálnu formu edukácie. *„Umožňuje realizovať zásadu individuálneho prístupu a rešpektovať osobitosti jedinca“ „...,umožňuje hovoriť s ním o jeho špecifických problémoch“ (Kuberová, 2008, s. 163).* Prakticky išlo o dve individuálne sedenia (edukačné hodiny) so zvoleným edukantom. Z toho jedno informačné, druhé informačno doplnujúce za súčasnej kontroly a hodnotenia vedomostí na upevnenie a zároveň preverenie úspešnosti edukácie.

Didaktické pomôcky:

letáky a brožúra o tuberkulóznom ochorení, názorný edukačný materiál (trojrozmerný poster s anatómiou pľúc) a reálne pomôcky (spútovka).

Metóda:

rozhovoru, prednášky, názornej demonštrácie.

Časový rozvrh:

10-15 minút jednej edukačnej hodiny. Časovú jednotku sme zvolili tak, aby bola použiteľná v praxi, keďže edukácia je len jednou z mnohých úloh sestier pracujúcich na pľúcnej ambulancii. Avšak časová jednotka nie je na úkor kvality edukačného obsahu. V úvode edukácie pacienta *„Výhodné je začať s tým, čo ho zaujíma, čo vie a tým zvýšiť jeho sebadôveru...téma vyvolávajúca úzkosť sa má preberať ako prvá...až po zvládnutí základov, možno prejsť k variáciám, úpravám“ (Kuberová, 2008, s. 21).* V prvom rade sme podávali informácie tzv. paušálne, s ktorými by mal byť oboznámený každý pacient liečený na tuberkulózu. Ďalšiu časť edukačnej hodiny sme venovali riešeniu edukačných deficitov, ktoré sme zistili. Čiže k dopĺňaniu informácií. Na záver sme ponechali priestor pre informácie, o ktoré má ešte pacient záujem. A zodpovedali sme mu otázky, prípadne objasnili nejasnosti v danej problematike.

6.1 Kazuistika predstavitel'a rizikovej skupiny bezdomovcov v kombinácii s trvale zlou sociálno-ekonomickou situáciou a s alkoholizmom

40 ročný muž, bez udania akýchkoľvek pľúcnych ochorení. Rodinná anamnéza bez pozoruhodností. Alergie na lieky ani potraviny neudáva. Dlhodobo žiadne lieky neužíval. S vedľajších ochorení rozsiahla psoriáza po celom tele, najmä na končatinách, s chrastami výrazne neliečená. Stav po uhryznutí potkanom na hrudníku a prstoch pravej dolnej končatiny.

Pacient je silný alkoholik, prvý kontakt s alkoholom udáva ako 14 ročný. Problémové pitie je asi 10 rokov. Množstvo za deň, až do údajného bezvedomia, tolerancia alkoholu dobrá. Strata kontroly v pití so stereotypom etylizovania. Fajčí od 15 rokov do 20 cigariet denne. Telesne slabý, posledné mesiace strata na hmotnosti, astenický až kachektický typ. Nechutenstvo, spánok bez problémov, znížený turgor kože, defekty po ermatepidermatitis erythemosquamosa crurium.

Posledné dva roky sa dobrovoľne pohyboval v sekundárnej sociálnej skupine. Žil ako bezdomovec v Bratislave, kde bola diagnostikovaná obojstranná rozpadová TBC pľúc s mikroskopickou a kultivačnou pozitivitou spúta. MXII-0mm. Z Bratislavy bol prevezený na povinnú hospitalizáciu do Prednej Hory, ako imobilný pacient so známkami delíria k dobrovoľnej kombinovanej liečbe AT. Nasadená kompletná liečba AT v kombinácii s protialkoholickou liečbou. Formou individuálnej psychoterapie a realimentačnej liečby spolu s ošetrovateľskou starostlivosťou a s postupnou vertikalizáciou pacienta. Po prepustení pacientovi doporučená psychiatrická liečba s abstinenciou alkoholu a prepustený do pľúcnej ambulantnej starostlivosti.

Je ženatý má tri dospelé deti. Rodinu opustil pred dvoma rokmi, doteraz o ňu neprejavoval záujem. Konfliktné manželstvo pre etylizmus. Po liečbe TBC a na Prednej Hore sa pacient vrátil domov, kontaktoval príbuzných, zistil nepriaznivú situáciu, zomrel mu otec. Manželka podala o rozvod.

Sociálno-ekonomická situácia je nepriaznivá, požiadal o dávky v hmotnej núdzi. Aktuálne býva v rodičovskej chate na samote sám. Udáva, že abstínuje. Vyučený strojník zámočník.

6.2 Edukačný proces

1. fáza edukačného procesu:

Zber údajov, analýza klientových schopností a nedostatkov učiť sa.

Zber informácií: zdrojom čerpania informácií bola zdravotná dokumentácia pacienta a rozhovor s pacientom. Overiteľnosť pravdivosti informácií získaných od pacienta nebola možná, pretože kontakt s rodinou nebol žiadny. Neprišli do styku s pacientom, ako kontakty s TBC a nebolo nutné predvolávať ich k vyšetreniu. Pacient počas rozhovoru je veľmi prístupný, ochotný spolupracovať. Javí záujem vyliečiť sa a usporiadať svoj život.

Subjektívne hodnotenie pacientom: „Viem kto ma nakazil TBC, jeden chlap, čo s nami býval charite v zime, stále kašlal, spotený a nechcel ísť k doktorovi, ten ju mal určite tiež. Chcem sa dať do poriadku, začať znova...všetko som stratil...otec mi zomrel pred mesiacom, nik mi to ani nedal vedieť, ani na pohrebe som nebol...rodina ma odkopla, ani som nevedel, že manželka podala o rozvod...deti sa ma stráčia....Ani mi ten alkohol nechýba, odkedy som sa vrátil z nemocnice, som sa ho nechytil, predtým som pil kým som nebol tvrdý, kombinoval som čo prišlo, ale žiadne náhražky. Chvíľu som býval u rodičov, potom som sa nasťahoval do našej chaty. Na kontroly budem chodiť, veď ide o moje zdravie, už ho nechcem tak zanedbávať.“

Posúdenie schopnosti učiť sa: Vzdelanie: má ukončenú učňovskú školu s výučným listom. Užíva doporučené lieky zo psychiatrie, ktoré majú ľahko tlmivý účinok. Vedomie je jasné. Nálada normálna, veselá, spokojná, naznačená tendencia striedať nálady. Sebavedomie znížené. Charakterová vlastnosť pacienta je stavať sa k problémom povrchno. Typ temperamentu cholerickeo-melancholický. Pozornosť je roztržitá, znížená koncentrácia. Motivácia k liečbe je účelová. Aktuálne zvýšená iniciatíva, pozitívny postoj k učeniu (možný vplyv liekov, alebo predstieranie záujmu). Terajšie ochorenie vníma a akceptuje ho. Typ pamäte názorno-emocionálny. Vôľové vlastnosti nedisciplinovanosť. Myslenie spomalené, zabiehavé. Osobnosť degradovaná, simplexná dlhodobým užívaním alkoholu. Správanie neurotické. Postoj k vlastnému zdraviu je ovplyvnený narušeným rozhodovaním. Hodnota jeho zdravia sa počas hospitalizácie zmenila, považuje ho za dôležité. Učenie mimovoľné, zámerné. Typ učenia je rozumový. Obmedzenie schopnosti učiť sa je znížené fyziologickými prekážkami, abstinenciou, nervozitou. Stupeň sebaopatery: je sebestačný, telesné poškodenie ani zmyslové nemá. Skúsenosti s danou problematikou má z komunity bezdomovcov. Pacient ochotne vyplnil dotazník.

2. fáza edukačného procesu: *Stanovenie vzdelanostnej diagnózy.*

Deficit informácií:

- o správnom užívaní AT a možných komplikáciách pri AT liečbe
- o vedľajších účinkoch AT
- o dĺžke liečby AT a dispenzarizácii na pľúcnej ambulancii.

Diagnóza č. 1: Nedostatok vedomostí o liečebnom režime v súvislosti s AT liečbou, prejavujúci sa opakovanými otázkami o problematike a neistotou z prognózy ochorenia.

Deficit vedomostí:

- o vedľajších zhoršujúcich faktoroch pre prognózu ochorenia
- o negatívnych účinkoch alkoholizmu a fajčenia pri TBC ochorení.

Diagnóza č. 2: Deficit informácií o negatívnych faktoroch ovplyvňujúcich prognózu ochorenia, prejavujúce sa abúзом fajčenia a alkoholu, neistotou z budúcnosti.

Deficit informácií:

- o hygienicko-epidemiologických zásadách počas liečby;
- o prevencii pred opakovaným nakazením tuberkulózou počas pobytu v komunitách.

Diagnóza č.3: Nedostatok informácií o hygienicko-epidemiologických zásadách v súvislosti s prevenciou šírenia nákazy TBC ochorenia, prejavujúci sa nedostatkom vedomostí vyplývajúcich z rozhovoru.

3. fáza edukačného procesu: *Príprava edukačného plánu.*

Ciele pre sestru:

- kvalifikovane sa pripraviť a organizačne zabezpečiť edukačné sedenie
- overiť si, či má pacient o TBC správne informácie, prípadne doplniť či spresniť chyby
- prejavovať skutočný záujem o pacienta, bez predsudkov
- snažiť sa správne odhadnúť situáciu, čo možno pacientovi povedať a akým spôsobom, vzhľadom k abstinencii a možným náhlym prejavom výbušnosti, či agresivity
- pozorovať či záujem a motivácia je skutočná alebo predstieraná
- odpovedať trpezlivo na pacientove otázky
- zdôrazniť význam prevencie, zvlášť v komunitách, v ktorých sa pohybuje.

Ciele pre pacienta:

- pacient bude poznať podstatu svojho ochorenia
- pacient bude akceptovať nové informácie o ochorení
- pacient bude meniť svoje návyky v správaní a konaní
- pacient si bude uvedomovať nutnosť abstinencie
- pacient bude dodržiavať zásady hygienicko-epidemiologického režimu
- pacient bude pravidelne užívať lieky
- pacient sa bude pravidelne chodiť na kontroly v pľúcnej ambulancii
- pacient bude ovládať správny odber spúta, zásady pri hygiene kašľania
- pacient bude vyjadrovať pozitívne zmeny v názoroch ohľadom ochorenia.

4. fáza edukačného procesu: Realizácia.*Realizácia učebného plánu.*

Stručný popis priebehu edukácie. Keďže téma je chýlostivá a pacienti reagujú citlivo na otázky a poznámky týkajúce sa tuberkulózy, dôležité pre nás bolo, aby sme si získali dôveru pacienta. Presvedčili ho, že máme o neho skutočný záujem a chceme mu novými, či doplnujúcimi informáciami pomôcť. Na začiatku edukačného sedenia sme sa snažili vzbudiť záujem o problematiku a navodiť príjemnú atmosféru. Používali sme slová empatie v kombinácii s vecnosťou. Vyhýbali sme sa odborným medicínskym výrazom. Vážnosť ochorenia sme nezveličovali ani nepodceňovali. Podporovali sme verbalizáciu pacientových pocitov a problémov, ktoré sa vyskytli počas ochorenia. Hovorili sme o tom, čo vie o ochorení, o skúsenostiach s problematikou tuberkulózy.

Pacienta sme uviedli do problematiky ochorenia tzv. *paušálnymi informáciami*. Podali sme informácie o dôležitosti dodržiavania liečebného režimu, o liekoch a ich vedľajších účinkoch, ktoré konkrétne užívajú a ich možné komplikácie.

Zásady pri užívaní liekov:

- Upozornili sme ho na negatívne vedľajšie účinky liekov (tras, nechutenstvo, chudnutie, zápcha, nevoľnosť, celková slabosť, zvracanie, nauzea, pocit tlaku v žalúdku a iné) a taktiež na sprievodné príznaky pri užívaní AT (zafarbenie moču, suchosť v ústach a iné).
- Zdôraznili sme, aby akékoľvek novovzniknuté problémy ohlásili telefonicky na ambulanciu.
- Zdôraznili sme, že lieky sa musia užívať nalačno a tak, ako odporučil lekár.

- Neznášanlivosť liekov treba oznámiť lekárovi, ktorý môže upraviť ich dávkovanie, prípadne rozdeliť dávky počas dňa.
- Dĺžka užívania liekov je 6 mesiacov.

Kontrolné návštevy a dispenzarizácia na pľúcnej ambulancii:

- Edukovali sme o frekvencii kontrolných návštev počas liečby AT každý mesiac súčasne s kontrolnými odbermi hepatálnych testov a krvného obrazu.
- Vysvetlili sme dôvody nutnosti krvných odberov vzhľadom k tomu, že AT liečba má vplyv na pečeň.
- Frekvencia kontrol po ukončení liečby je raz za tri mesiace, neskôr každých šesť mesiacov počas dispenzarizácie v skupine PII. Následne sa pacienti preraďujú do skupiny R1, kde je kontrola jeden krát ročne. Vysvetlili sme, že sledovanie je nutné, pretože ochorenie TBC je nevyspytateľné v tom, že sa môže kedykoľvek vplyvom vonkajších či vnútorných faktorov (iné ochorenia) tzv. zobudiť. Pretože Kochove bacile majú schopnosť existovať i naďalej ako neaktívne, uložené v kalcifikátoch, čiže v zmenenom pľúcnom tkanive vplyvom ochorenia.
- Informovali sme o nutnosti odberu biologického materiálu, pre zisťovanie úspešnosti liečby a neskôr pre kontrolu možného znovunavrátania infekčnosti. A to odbery krvi nalačno počas liečby AT a spúta.

Hygienicko-epidemiologické pravidlá:

- Odporučili sme používať vlastný riad, posteľnú aj osobnú bielizeň.
- Upozornili sme, že použité osobné veci je nutné prať zvlášť, nie spolu s vecami ostatných členov rodiny.
- Vysvetlili sme, že v období liečby AT sa treba snažiť izolovať od príbuzných do úpravy klinického stavu.

Zásady pri odbere spúta:

Demonštrovali sme prakticky techniku odberu spúta a slovne poučili:

- „Hneď, keď sa zobudíte, predtým než sa umyjete a naraňajkujete, niekoľko krát zakašlite za zatvorenými ústami a hlien vyplňte do spútovky.
- V prípade, že sa vám nepodarí vykašať hlien, zakašlite niekoľko krát za zatvorenými ústami, slinami si povypľachujte ústa a sliny vyplňte do spútovky.

- Odber spúta vykonávajúte v pracovné dni, a v deň keď sa vám podarilo nakašľať, spútovku odneste do stanovenej hodiny na pľúcnu ambulanciu, aby sa mohla poslať do laboratória k vyšetreniu.
- Pokiaľ máte odberových spútoviek viac, a nemáte ich možnosť každý deň odnášať k vyšetreniu zvlášť, môžete ich priniesť všetky naraz za splnenia podmienok skladovania.
- Uchovávajúte odobraté vzorky dôkladne uzatvorené a zabalené v chladnej komore, tak aby vzorky nezamrzli.“

Zásady pri kašľaní:

Teoreticky sme odporučili techniku kašľania so zreteľom na dodržiavanie hygienicko-epidemiologických pravidiel:

- „Zakrývajte si ústa vreckovkou pri kašľaní a kýchaní.
- Používajte papierové vreckovky na jedno použitie, hneď po použití odhodte.
- Hlieny nevypľúvajte na zem, ani do umývadla, ale do záchodu s okamžitým spláchnutím. Alebo do vreckovky, zabaľte ju a následne zahodte do odpadového koša, ktorý sa uzatvára.
- Často si umývajte ruky mydlom.“

Pokyny pre správnu životosprávu pri TBC ochorení:

- Je vhodné vylúčiť negatívne faktory, ako sú fajčenie, alkohol a stres.
- Je potrebné striedanie telesnej aktivity a odpočinku.
- Dostatočne sa pohybovať na čerstvom vzduchu.
- Primerane sa obliekať.
- Nevystavovať sa priamemu slnečnému žiareniu, čo by mohlo zhoršiť zdravotný stav.

Odporúčania vo výžive:

- Odporučili sme prijímať pravidelne výdatnú stravu so správnym zložením, a aspoň jedenkrát denne teplú stravu.
- Informovali sme pacienta, že je potrebné dopĺňať stravu užívaním vitamínov skupiny B6 a mliečnych výrobkov, ktoré sú podstatné pre obnovu pečenej buniek.

Doplňujúce informácie sme podávali pacientovi vzhľadom na stanovené diagnózy podľa edukačného plánu, ktorý mu chýbali.

„V komunite, v ktorej sa pohybujete v posledných rokoch, je pre vás dôležité, chrániť sa pred nakazením infekčnými ochoreniami, ktoré by mohli Vašu prognózu zdravia zhoršiť.“

Dodržiavajte hygienu v čo najväčšej možnej praktickej miere. Alkohol a fajčenie, nevhodné prostredie v kombinácii s nízkym životným štandardom sú výrazným negatívnym faktorom ku vzniku znovunavrátania tuberkulózy. Je vhodné, keby ste sa začlenili a zúčastňovali terapeutických sedení v klube abstinentov. A pravidelne navštevovali sedenia v psychiatrickej ambulancii. Požiadajte o pomoc blízkych alebo sociálnu inštitúciu, ktorí by vám mohli pomôcť dostať sa opäť do normálneho života, aby ste mohli svoju cestu radikálne zmeniť, tzv. sa resocializovať.“

Na záver sme pacientovi navrhli, aby si doma pripravil otázky týkajúce sa ochorenia a liečby, ktoré by ho ešte zaujímali. Pri ďalšom sedení sme mu informácie doplnili.

5. fáza edukačného procesu: Hodnotenie.

Spätnú väzbu o úspešnosti edukácie sme získavali metódou rozhovoru s pacientom pri nasledujúcich kontrolných návštevách ambulancie. A metódou pozorovania sme sa zamerali na správanie a neverbálne prejavy pacienta. Priebeh bol nenásilný, bez vedomia pacienta o skúšaní jeho vedomostí, aby sme sa vyhli stresovaniu pacienta. Rozhovor sme viedli v duchu zvýšeného záujmu o pacienta. Hodnotili sme spoluprácu a dodržiavanie liečebného režimu. Pýtali sme sa, na to, aký je jeho aktuálny zdravotný stav, ako sa cíti, ako znáša liečbu AT. Akým činnostiam a aktivitám sa venoval v poslednom čase. Aké problémy nastali od posledného sedenia a ako si dokázal s nimi poradiť. Ako upravil svoj životný štýl a či dodržiava hygienicko-epidemiologický režim v domácom prostredí. Porovnávali sme postoje k ochoreniu a vlastnému zdraviu pred a po edukácii. Položili sme kontrolnú otázku, koľko liekov ešte z balenia zostáva a koľkokrát za deň a v akom množstve ich užíva. Zisťovali sme údaj o váhe a chuti do jedla. Zberali sme informácie o možnom pretrvávaní alebo zhoršovaní prejavov ochorenia (kašeľ, vykašliavanie spúta, prímes krvi v spúte, nočné potenie, problémy pri dýchaní). Dali sme priestor na zodpovedanie otázok, ktoré si pacient na náš podnet pripravil.

Hodnotenie edukácie

Pacient zmenil pozitívne postoj k vlastnému zdraviu, pristupuje zodpovedne k liečbe. Okrem jedného nedodržaného termínu, kontrolné návštevy ambulancie sú bez absencií. Informovali sme sa na riešenie bytovej situácie a podpornú sociálnu sieť. Očividne prehodnotil hygienu tela, dbá o svoj telesný vzhľad (holí sa, vonia a jeho šaty sú čisté). Zo zanedbaného zovňajšku je dnes príjemný pohľad na nového človeka, čo samozrejme je

prevažne zásluhou okolností, nielen edukácie. Dodržiava hygienicko-epidemiologický režim v rámci svojich možností. Demonštruje správnu techniku odberu spúta. Pacienta sme podporovali v abstinencii a v predsavzatí prestať fajčiť. Menovali sme negatíva a pozitíva fajčenia spôsobom pozitívneho presvedčovania. Subjektívne udáva pocity spokojnosti, cíti sa dobre. Váhový úbytok neudáva, ale ani prírastok na váhe, chuť do jedla je stále znížená, strava nie je dostatočná v kvalite ani kvantite. Liečbu AT znáša bez výraznejších problémov. Zaujíma sa o prognózu a možné znovunavrátanie ochorenia. Dosiahli sme zvýšenie záujmu o nové informácie s aplikáciou do praktického života. Pýta sa ako dlho, v akých intervaloch bude musieť navštevovať pľúcnu ambulanciu. Edukáciu hodnotíme ako úspešnú, edukačné ciele stanovené pre pacienta boli splnené.

ZÁVER

Tému diplomovej práce sme si zvolili, aby sme priblížili problematiku tuberkulózneho ochorenia verejnosti a predovšetkým samotným pacientom. Ošetrovateľská starostlivosť tvorí jeden z významných článkov liečebného procesu tuberkulózneho ochorenia. Sestry sa svojou profesionálnou kompetenciou majú možnosť vo veľkej miere podieľať na vyliečení pacienta. Preventívnu a edukačnou činnosťou môžu výrazne ovplyvniť postoj pacienta k vlastnému zdraviu a vnímaniu ochorenia. Dostatok vedomostí o ochorení je základným predpokladom úspešnej liečby. Motivácia pacientov liečiť sa, priamo úmerne ovplyvňuje dosiahnutie liečebných výsledkov.

Prostredníctvom teoretickej časti práce sme stanovili ciele, ktoré sa nám podarilo splniť. Touto prácou sme sa snažili prispieť k identifikovaniu možných deficitov v informovanosti pacientov s tuberkulóznym ochorením a hľadaniu praktických riešení v ich odstraňovaní. Porovnali sme úroveň edukácie na Slovensku a v Čechách.

Na základe výsledkov hodnotíme jej podmienky a obsah. Edukácia prebieha väčšinou v individuálnej forme, avšak nie s ohľadom na individualitu pacienta a jeho potreby. Sestry edukujú prevažne pri príjmach a z pohľadu sestier i pacientov dostatočne za primerane vhodných podmienok. Zistili sme však, že je dôležité pacientom podávať a dopĺňať informácie o ochorení aj počas ambulantnej starostlivosti, napriek skutočnosti, že boli poučení počas hospitalizácie. Nemenej dôležité je opakovane upevňovať podané informácie v priebehu hospitalizácie. Pretože pacienti po prepustení z nemocnice sa ocitnú v situácii, ktorá je pre nich často zaťažujúca a stresujúca. Je na nich vyvíjaný tlak z rodinného, či pracovno-sociálneho prostredia. Zároveň musia dodržiavať náročný liečebný režim. Počas liečby a rekonvalescencie sa pacientom vynárajú nezodpovedané otázky a prichádzajú problémy, s ktorými si sami nevedia poradiť. Zistené deficity v informáciách sme monitorovali a snažili sme sa vytvoriť riešenia, odporúčania do ošetrovateľskej praxe.

Dúfame, že sa nám podarilo ponúknuť individuálnu formu edukácie, ktorá bude prakticky aplikovateľná do ambulantnej praxe. Edukačný materiál bude prínosom a rozšíri pacientom potrebné informácie, poskytne rady a odpovie im na otázky týkajúce sa tuberkulózneho ochorenia. Pomôže rodine a samotným pacientom zorientovať sa v danej situácii, v ktorej sa nachádzajú. Zároveň môže poslúžiť širokej verejnosti ako zdroj informácií o tuberkulóznom ochorení s preventívnym efektom.

PRÍLOHA A

CHARTA, práva a povinnosti pacientov s TBC ochorením

CHARTA dodržiava zásady ochrany zdravia a ľudských práv stanovených OSN, UNESCO, WHO a Radou Európy. Je to kooperatívny nástroj za spoločnú vec pre celú komunitu. Hovorí o právach, ale aj o povinnostiach pacientov liečiacich sa na TBC tak, aby bol vzťah pacienta a zdravotnej starostlivosti vzájomne výhodný, a aby klient a ošetrojúci personál pracovali spolu v pozitívnom a otvorenom vzťahu, pre posilnenie vzájomnej interakcie. Stanovuje také spôsoby, aby pacienti, súkromné aj verejné komunity a vláda spolupracovali ako partneri. Je pomocníkom v zlepšovaní štandardov ošetrovateľskej starostlivosti pri TBC a zvyšovaní efektívnosti ošetrovateľského procesu. Posilňuje postavenie ľudí trpiacich týmto ochorením, ktoré je katalyzátorom pre efektívnu spoluprácu s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, t.j. stelesňuje princíp väčšieho zapojenia klienta s TBC do procesu starostlivosti.

Práva pacientov:

1. starostlivosť:

- právo na slobodný a rovnaký prístup k starostlivosti o TB ochorenie od diagnózy po ukončenie liečby, bez ohľadu na rasu, vek a pohlavie, zdroje, jazyk, právne postavenie, vierovyznanie, sexuálnu orientáciu, kultúru či zdravotný stav,
- právo na lekársku pomoc a ošetrovanie, ktoré zodpovedá najnovším medzinárodným štandardom pre starostlivosť o TBC so zameraním sa na HIV, AIDS, deti, pacientov s multirezistentnými formami a koinfekciu, tiež preventívne ošetrovanie pre malé deti,
- právo na prospešné aktivity z činnosti programov zdravotníckych, informačných, vzdelávacích a preventívnych kampaní v rámci komplexnej zdravotnej starostlivosti.

2. dôstojnosť:

- právo zaobchádzania s rešpektom a dôstojnosťou, vrátane poskytovania služieb bez predsudkov a diskriminácie v zdravotnej starostlivosti,
- právo na kvalitnú zdravotnú starostlivosť v dôstojnom prostredí s morálnou podporou rodiny, priateľov a komunity.

3. informovanosť:

- právo na informácie o dostupnej zdravotnej starostlivosti pri TBC a priame alebo nepriame náklady s tým spojené,
- právo na včasný, stručný a jasný popis zdravotného stavu, diagnózy, prognózy, liečbe, rizikách a vhodných alternatívach,
- právo poznať názvy, dávkovanie a zmeny liekov, vedľajšie účinky a možné následky,
- právo na prístup k lekárskej dokumentácii o zdravotnom stave a liečbe, možnosť overenej kópie tejto

dokumentácie na žiadosť pacienta alebo ním poverenej osobe, • právo zdieľať skúsenosti s inými pacientmi prostredníctvom dobrovoľného poradenstva kedykoľvek od diagnostikovania až po ukončenie liečby.

4. voľba:

• právo na druhý lekárske názor a prístup k záznamom z liečenia v minulosti, • právo prijať, odmietnuť chirurgický zákrok a s ním spojené následky, ak je možná iná liečba a byť informovaný o infekčnosti ochorenia, zdravotných a zákonných následkoch, • právo voľby, nezúčastniť sa na výskume bez toho, aby to ohrozilo kvalitu starostlivosti.

5. dôvernosť:

• právo na rešpektovanie súkromia, dôstojnosti, kultúry, • právo na zachovanie mlčanlivosti o zdravotnom stave, závisí od písomného súhlasu pacienta.

6. právo:

• právo podať sťažnosť príslušným orgánom a právo na ich rýchlo a spravodlivé riešenie, • právo na odvolanie k vyššiemu orgánu, ak dôjde k nerešpektovaniu u vyššie uvedeného s podaním písomnej správy o výsledku jednania.

7. organizácia:

• možnosť vytvorenia klubov pacientov, či združení zariadení s TBC, s podporou rozvoja zo strany občianskej verejnosti a orgánov, • právo zúčastniť sa na rozvoji, monitorovaní, hodnotení, implementácii TBC miestnymi, národnými či medzinárodnými zdravotníckymi organizáciami, resp. politikmi.

8. bezpečnosť:

• právo na istotu pracovného miesta po stanovení diagnózy alebo vhodnú rehabilitáciu po ukončení liečby, • právo na zabezpečenie stravy a doplnkov výživy, ak sú potrebné k splneniu požiadaviek adekvátnej liečby.

Povinnosti pacientov:

1. zdieľať informácie:

• povinnosť poskytnúť všetky informácie o osobnej i rodinnej anamnéze, ochoreniach, alergiách a ďalších relevantných informáciách, • povinnosť poskytnúť informácie o kontaktoch z rodiny, priateľov a spolupracovníkov, ktorý môžu byť ohrození nákazou.

2. následná liečba:

• zodpovednosť za užívanie liekov a dodržiavanie liečebného režimu svedomito v súlade s pokynmi na ochranu zdravia ostatných, • povinnosť informovať o ťažkostiach či problémoch po skončení liečby, alebo pri nejasnostiach v niektorej fáze liečenia.

3. pomáhať zdraviu spoločnosti:

- povinnosť prispievať k zdraviu ostatných, povzbudzovaním k vyhľadaniu lekárskej pomoci osoby s prejavmi TBC ochorenia,
- povinnosť byť ohľaduplný k potrebám a právam ostatných pacientov, rešpektovať zásady komunity TBC chorých.

4. solidarita:

- morálna povinnosť prejavíť solidaritu s ostatnými pacientmi, spoločne sa snažiť o vyliečenie,
- morálna povinnosť zdieľať získané vedomosti o TBC v priebehu liečby s inými pacientmi,
- morálna povinnosť pripojiť sa k úsiliu o likvidáciu TBC

(The patients' Charter for Tuberculosis Care).

PRÍLOHA B

WHO (World Health Organization; Svetová zdravotnícka organizácia). **WHO ciele stanovené v roku 1991** boli dosiahnuť v globálnom priemere zistenie aspoň 70% novovzniknutých TB a trvalé vyliečenie aspoň u 85% z nich do roku 2005. Avšak boli v novembri 2006 hodnotené ako plne nedosiahnuté, napriek zníženiu percent novovzniknutých ochorení, úplne vyliečených pacientov a stagnácii na východe Európy (Trnka, 2007). **Dvojročná kampaň z roku 2008** znie: „Každý môže pomôcť v boji proti TBC“/I am stopping/ (Solovič et al., 2008b, s. 171). **Súčasným cieľom WHO do roku 2015** je: „Dosiahnuť všeobecne klesajúceho trendu v incidencii tuberkulózy a znížiť na polovicu prevalenciu a úmrtnosť na tuberkulózu“ (Trnka, 2007, s. 36). Je zrejmé, že dosiahnuť tento cieľ bude rovnako ťažké, WHO však dodáva „nie je nutné, byť prehnane pesimistický a nevidieť úspech doterajšieho úsilia“ (Trnka, 2007, s. 36). K dosiahnutiu cieľov WHO sú nutné dostatočné finančné prostredie, udržanie priority TBC v zdravotníckej politike, dostatočný operačný výskum a vhodné projekty sociálnej mobilizácie (Trnka, 2007). V roku 1993 vyhlásila WHO pohotovosť v probléme TBC a stanovila **24.marec svetovým dňom TBC**. Je oslavou príbehov života ľudí, ktorých sa táto choroba dotkla rôznym spôsobom, žien, mužov a detí liečiacich sa na TBC, ale aj ošetrovateľov, zdravotníkov, lekárov, výskumných pracovníkov a každého, kto sa pridal k boju s TBC (WHO report 2008). Vo svete pozitívne pôsobia svojou činnosťou v boji proti TBC mnohé ďalšie sektorové organizácie, nadácie, programy či projekty jednotlivých štátov.

Svetové programy a organizácie v boji proti TBC

- **ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control).** **Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb** hovorí o potrebe nového plánu v boji proti TBC v európskej únii, potrebe navrhnuť efektívnejšiu ochranu pred nákazou a uviesť nové prístupy do života. Vypracovala v roku 2007 rámcový akčný plán na boj proti TBC, v súčasnosti sa ho pokúša uviesť do praxe (Solovič, 2009).
- **FIDELIS (Found for Innovative DOTS Expansion, managed by IUATLD).** **Iniciatíva** funguje od roku 2003, zohráva významnú úlohu v celosvetovom boji proti TBC, zahŕňa 6 prvkov stratégie TB stop a obsahuje 51 projektov vykonávaných v 18tich krajinách. Cieľom je riešiť obyvateľov s obmedzeným prístupom k modernej liečbe TBC. Poskytuje finančné prostriedky od kanadskej vlády schválené od roku 2008, kde pre 1 projekt je vyčlenených 150-250 tisíc dolárov, pokiaľ je projekt úspešný je možnosť ďalšej dotácie.

- **Kochon Prize**- cena sa udeľuje za úspechy v boji proti TBC. Podporuje a významne prispieva v boji proti TBC motiváciou osôb, inštitúcií a organizácií.
- **TB and La Traviata**- zapojenie umelcov do boja proti TBC samotným umením.
- **ISTC** (International standards for TBC).
- **CDC** (Centres for Disease control and prevention).
- **CTBC** (Community- based TB care).
- **DOTS** (the internationally recommended strategy for TB control).
- **TB CAP** (Tuberculosis Control Assistance Program) (WHO report 2008).
- **Global Plan (the Global Plan to Stop TB 2006-2015)** táto kampaň je pre vyburcovanie ľudí na vedúcich pozíciách ktorí nesú politickú zodpovednosť za koordináciu pomoci, ľudí priamo poskytujúcich pomoc, pacientov aby pristúpili zodpovedne k liečbe, zdravých ľudí aby pristúpili do boja proti TB a ľudí vystavených riziku nákazy (WHO report 2008).

PRÍLOHA C

Legislatíva

- **Zákona NR SR č. 98/1995 Z.z. o liečebnom poriadku v znení zákona NR SR č. 222/1996 Z.z.** ktorý obsahuje:

§20 o závodnej preventívnej zdravotnej starostlivosti (periodické preventívne prehliadky zamestnancov na rizikových pracoviskách);

§29 hovorí o nemožnosti predčasne prepustiť pacienta, ak ide o nariadenú ústavnú liečbu, pretože by mohol ohroziť iné osoby prenosným ochorením;

§31 1/pacienta možno prepustiť z ústavnej liečby až po upovedomení osoby, s ktorou žije;

§31 3/ak pacient žije osamelo, možno ho prepustiť po informovaní orgánu štátnej správy sociálneho zabezpečenia a obec.

- **Zákon NR SR č. 303/1998 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti** obsahuje:

§6 práva a povinnosti osôb, ktorým sa poskytuje zdravotná starostlivosť (Príloha č. 1).

f) Infikovaná osoba je povinná označiť zdroj nákazy, ak ho pozná, poskytnúť informácie na jeho určenie. Je povinná určiť okruh osôb, ktoré mohli prenosným ochorením nakaziť. Je povinná správať sa tak, aby zabránila prenosu infekčného ochorenia na iné osoby.

§14 starostlivosť bez súhlasu pacienta (je povinné oznámiť do 24 hodín súdu, ktorý rozhodne o zákonnosti postupu, ak pacient opustí zariadenie bez súhlasu lekára, je zariadenie bez odkladu povinné informovať o tom policajný útvar);

§15 poučenie pacienta (lekár povinne poučí pacienta s prenosným ochorením a každú kontaktnú osobu, ktorá bola vystavená riziku infikovania sa);

§16 zdravotná dokumentácia (údaje zo zdravotnej dokumentácie sa poskytujú orgánom posudzujúcim zdravotný stav za účelom spôsobilosti na prácu, chorôb z povolania);

§53 vykonanie pitvy (ak osoba počas života odmietla pitvu svojho tela, v prípade podozrenia na prenosné ochorenie ju možno napriek tomu vykonať) (Solovič, 2000e).

- **Zákon NR SR č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti** (odborné usmernenie z 24.9.2004) obsahuje:

§9 (9) Pri prepustení osoby z ústavnej starostlivosti ošetrojúca sestra poučí túto osobu alebo jej zákonného zástupcu o ošetrovateľskej starostlivosti a o ďalšom ošetrovateľskom postupe; vyhotoví ošetrovateľskú prepúšťaciu správu dňom prepustenia z ústavnej

starostlivosti, ktorej súčasťou je vyhodnotenie ošetrovateľského procesu; založí rovnopis ošetrovateľskej prepúšťacej správy do zdravotnej dokumentácie;

§9 (4) Ošetrojúci zdravotnícky personál v rámci špecializovanej ambulantnej starostlivosti vyhotoví zápis o poskytnutej starostlivosti osobe, ktorý zakladá do zdravotnej dokumentácie osobe vedenej na ambulancii a vydá jej kópiu zápisu, alebo jej zákonnému zástupcovi.

§9 (3) Sestra pri prijíme zapíše do zdravotného záznamu vstupné posúdenie zdravotného stavu osoby, potreby, problémy, pozorovanie, informácie získané od osoby, jej blízkych a z iných zdrojov. Sestra zapisuje do dekurzu v chronologickej postupnosti všetky výkony, ktoré u osoby vykonala, vrátane podanej terapie a údaje o zmene zdravotného stavu osoby.

PRÍLOHA D

Dobrý deň! Moje meno je Kramarová Katarína. Som študentkou 3. ročníka externého bakalárskeho štúdia ošetrovateľstva. Dotazník, ktorý sa Vám dostal do rúk bude zdrojom informácií pre vypracovanie záverečnej diplomovej práce na tému: Tuberkulóza ako ošetrovateľský problém. Dotazník je anonymný, uvádzať meno nie je potrebné. Zvolené odpovede na otázky podčiarknite alebo zakrúžkujte.

1. Kto Vás informoval, poučil o tuberkulóznom ochorení a liečebnom režime počas hospitalizácie?

Lekár Zdravotná sestra

2. Prebiehalo informovanie o ochorení a liečebnom režime za vhodných podmienok (súkromie, dostatok času a priestoru pre Vaše otázky)?

Áno Nie

3. Myslíte si, že ste boli počas pobytu v nemocnici dostatočne informovaní o svojom ochorení po stanovení diagnózy?

Áno Nie

4. Mali ste potrebu čerpať informácie o tuberkulóznom ochorení aj z iných zdrojov?

Áno Nie

5. Aké informácie Vám o tuberkulóznom ochorení chýbali? Vyberte, z ponúkaných možností a označte.

- o prejavoch ochorenia
- o liečebnom režime, ďalších vyšetreniach
- o predpísaných liekoch (vedľajšie účinky, nežiadúce účinky, dávkovanie, dĺžka užívania)
- o životospráve (alkohol, fajčenie, strava, vychádzky, aktivita, fyzická záťaž, diéta)
- o nakažlivosti ochorenia, hygienicko-epidemiologických pravidiel
- o prevencii opätovného výskytu ochorenia

6. Čo by Vás ešte zaujímalo o tuberkulóze, prípadne liečebnom režime tohto ochorenia?

.....

Vek:

Pohlavie: muž žena

Vzdelanie: základne stredoškolské vysokoškolské

Ďakujem za spoluprácu!

PRÍLOHA E

Dobrý deň! Moje meno je Kramarová Katarína. Som študentkou 3. ročníka externého bakalárskeho štúdia ošetrovateľstva. Prosím o vyplnenie ankety, určenej pre zdravotné sestry pracujúce na pľúcnom oddelení. Anketa bude zdrojom informácií pre vypracovanie záverečnej diplomovej práce na tému: Tuberkulóza ako ošetrovateľský problém. Dotazník je anonymný, uvádzať meno nie je potrebné. Zvolené odpovede na otázky zakrúžkujte, alebo označte podčiarknutím.

1. Kedy edukujete pacienta (informujete o ochorení, liečebnom režime, hygienických zásadách) s aktuálnym tuberkulóznym ochorením?

- Pri prijíme pacienta
- V priebehu hospitalizácie
- Pri prepustení

2. Ak edukujete Vy, máte dostatok času a vyčlenený priestor pre edukáciu?

Áno

Nie

3. Myslíte si, že sú pacienti poučení o liečebnom režime a hygienicko-epidemiologických zásadách dostatočne?

Áno

Nie

Čiastočne

Vek:.....

Počet rokov praxe na pľúcnom oddelení:.....

Dosiahnuté vzdelanie:

SZŠ

VOŠ

VŠ

Ďakujem za spoluprácu!

TUBERKULÓZA

INFORMAČNÝ LETÁK

Tieto rady a ponaučenia pomôžu Vám alebo Vášmu blízkemu zvládnuť ochorenie tuberkulózy. Prajeme skoré uzdravenie!

Čo je to tuberkulóza?

- *Je **nákazlivé infekčné ochorenie**, môže postihnúť všetkých ľudí bez rozdielu veku, pohlavia a národnosti.*
- *Je **liečiteľné ochorenie**.*

Ako sa prenáša?

Prenáša z človeka na človeka kvapôčkovou infekciou. Kašľaním, kýchaním chorého človeka sa vymrštia tuberkulózne „bacile“ do okolia a prenesú sa vdýchnutím do pľúc iného človeka. Aby sa predišlo šíreniu nákazy je nutná hospitalizácia na pľúcnom oddelení.

Ako sa prejavuje?

Únava, slabosť, nechúť do jedla, chudnutie, nočné potenie, dlhotrvajúce zvýšené teploty, náhla horúčka s triaškou, bolesť svalov a kĺbov, suchú dráždivý kašeľ alebo s vykašliavaním hlienov, vykašliavanie krvavých hlienov alebo krvi, sťažené dýchanie, bolesť na hrudníku pri dýchaní, nepravidelná menštruácia u žien. Niekedy môže ochorenie prebiehať aj bez týchto prejavov, hlavne u starších ľudí, preto sú dôležité preventívne prehliadky s röntgenom pľúc.

Čo Vás čaká?

- *Po diagnostikovaní ochorenia je potrebná hospitalizácia na pľúcnom oddelení v nemocnici. Prvé dva týždne je nutná izolácia od okolia, kým prestanete byť nebezpečný nákazivosťou pre svojich blízkych a spolupacientov. Trávenie času v izolácii je neprijemné, ale dôležité.*
- *Liečba tuberkulózy však nekončí prepustením z nemocnice do domáceho ošetrovania. Účelom hospitalizácie bolo, aby ste prestali ohrozovať nákazou okolie. Doma musíte ešte ďalších 6 až 9 mesiacov spolupracovať v liečbe antituberkulotikami pod dohľadom lekára a dodržiavať liečebný režim. Iná liečba neexistuje a bez liečby je smrteľná.*
- *Tuberkulóza môže prebiehať súčasne aj s inými ochoreniami, alebo sa môžu vyskytnúť komplikácie. Ak sa vyskytol takýto problém aj u Vás nemajte obavy. Pokiaľ budete pozitívne pristupovať k liečbe a s dôverou spolupracovať s lekármi a sestrami, spoločne s nimi prekonáte a zvládnete situáciu.*

Ako užívať lieky?

- ▶ *V užívaní liekov je potrebné, aby ste boli disciplinovaní a presní.*
- ▶ *Nevynechajte ani jednu dávku, pokiaľ by ste vynechali niekoľko dávok alebo by ste neužívali všetky predpísané lieky, hrozí riziko, že sa ochorenie vráti späť.*

- ▶ *V žiadnom prípade neukončujte svojvoľne liečbu ani neznižujte ich dávku.*
- ▶ *Počas liečby je nutné jedenkrát mesačne vykonávať odber krvi. Taktiež kontrolné odbery vykašlaných hlienov.*
- ▶ *Ak nastanú akékoľvek problémy s užívaním liekov, informujte o tom lekára alebo sestru, nájdú riešenie ako Vám pomôcť.*
- ▶ *Ak Vám užívanie liekov robí zažívacie problémy (podráždenie žalúdka, bolesti brucha, nadúvanie, pocit na zvracanie a zvracanie atď.):*
 - *Užívajte ich súčasne s jedlom, alebo ich zapite hojným množstvom tekutín!*
 - *Nepite alkohol (potláča liečivý účinok liekov a zhoršuje tráviace problémy)!*
 - *Nefajčite počas liečby!*
 - *Na užitie liekov si nechajte dostatok času!*
 - *Lieky si rozdeľte na viac dávok!*
- ▶ *Dodržiavajte termíny kontrolných návštev v pľúcnej ambulancii, aby nedošlo k prerušeniu liečby z dôvodu, že nebudete mať predpísané ďalšie balenie liekov. Tieto lieky Vám môže predpísať len pneumológ.*

Aký je ďalší postup po úspešnom zvládnutí liečby?

- ▶ *Sú potrebné ďalšie pravidelné kontroly na pľúcnej ambulancii.*
- ▶ *Nutné je dodržiavať pokyny lekára a rady sestry.*
- ▶ *Nadalej prijímajte výdatnú a výživnú stravu.*
- ▶ *Dodržiavajte zásady hygieny.*
- ▶ *Vyhýbajte sa stresu a pobytu v nezdravom prostredí.*

Ako chrániť okolie pred nákazou?

- ▶ *V nemocnici chránite okolie izoláciou na určenej izbe s dodržiavaním prísneho režimu.*
- ▶ *Vaši blízky musia byť všetci vyšetrení na pľúcnej ambulancii röntgenom a tuberkulínovou skúškou. Prípadne užívať preventívnu liečbu a byť sledovaní.*
- ▶ *Po prepustení z nemocnice do domáceho prostredia chránite okolie dodržiavaním hygienicko-epidemiologických zásad:*
 - *Je potrebné ste zvýšene dodržiavali hygienu tela a hlavne rúk.*
 - *Kašľať za zakrytými ústami do papierových vreckoviek, ktoré zahodíte.*
 - *Vykašlané hlieny nevyplývajte na zem ani do umývadla, ale do jednorazových vreckoviek a zahodte.*
 - *Osobnú bielizeň perte zvlášť, nie spoločne s vecami ostatných členov domácnosti.*
 - *Používajte len svoj príbor a predmety osobnej hygieny.*
 - *Počas liečby sa vyhýbajte spoločnosti a širšiemu okoliu.*

Akú životosprávu dodržiavať doma?

- ▶ *Prestaňte fajčiť a piť alkohol.*
- ▶ *Stravujte sa zdravo a v dostatočnom množstve. Strava by mala obsahovať dostatok bielkovín, vitamínov, mliečnych výrobkov, ovocia a zeleniny. Nevhodná strava alebo podvýživa sú často príčinou tuberkulózy alebo jej znovunavrátania.*
- ▶ *Pohybujte sa dostatočne na čerstvom vzduchu. Dôležitý je dostatočný nočný spánok. Striedajte odpočinok a aktivitu.*
- ▶ *Vyhýbajte sa stresu a prehnanej záťaži.*

Informácie o tuberkulóze nájdete na aj na internetovej stránke www.tuberkuloza.sk.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- BAJAN, A. 1990. *Tuberkulóza*. 1.vydanie. Martin: Osveta, 1990. ISBN 80-217-0078-5.
- BARBUŠOVÁ, J. 2006. *Edukácia pacienta liečeného inzulínovou pumpou*. Katolícka univerzita, Ružomberok. 2006. Bakalárska práca. s. 49.
- BARTOŠ, V.- PELIKÁNOVÁ, T. et al. 2003. *Praktická diabetologie*. 3. vydanie. Olomouc: Maxdorf, 2003. ISBN 80-859-1269-4.
- CERNAY, J. *Ako majú zdravotníci inforomovať?* 2010. Zdravotné poradenstvo1. [online]. [Citované 14.2.2010]. Dostupné na internete: http://www.healthnet.sk/zdrav_porad/porad_1.html.
- FEKETEOVÁ, E. 2004. Prevence tuberkulózy. In *Sestra*. tematický zošit Komunitní péče, 2004, roč. 14, č. 11, s. 46. ISSN 1210-0404.
- HOMOLKA, J. 2007. Význam objvu Roberta Kocha. In *Časopis lékařů českých*. 2007, roč. 146, č. 3, s. 304. ISSN 0008-7335.
- KOBER, L.- SISKÁ, V. 2009a Tuberkulóza jako znamení hanby. In *Sestra*. Tematický zošit 246 (infektologie), 2009, roč. 19, č. 4, s. 71-72. ISSN 1210-0404.
- KOBER, L.- SISKÁ, V. 2009b Rizikové skupiny pri tuberkulóze. In *Florence*. 2009, roč. 5, č. 4, s. 22-24. ISSN 1210-0404.
- KOBER, L. 2009c Tuberkulóza- co o ní vědí naši pacienti? In *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 7/8, s. 33-34. ISSN 1210-0404.
- KOLAŘÍKOVÁ, A. et al. 2003. *Základy ošetrovania a asistencie*. 2003. ISBN 80-8063-125-5.
- KOPŘIVA, F. *Očkování a jeho komplikace*. 2003. *Pediatric pro praxi*. č. 3, s. 140. [online]. [Citované 12.7.2009]. Dostupné na internete: <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2003/03/07.pdf>
- KRIŠTÚFEK, P. et al. 2000. *Praktická respirológia a fizeológia*. 1. vydanie. Martin: Osveta, 2000. ISBN 80-8063-0445.
- KUBEROVÁ, H. 2008. *Didaktika ošetrovatel'stva*. 1. vydanie. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2008. ISBN 978-80-8084-386-1.
- KYSELOVÁ, J. 2002. Dietní režim u pacientů s tuberkulózou. In *Sestra*. tematický zošit 78, 2002, roč. 12, č. 2, s. 34. ISSN 1210-0404.
- MÁDEROVÁ, E. et al. 1999. *Očkovanie v praxi (príručka pre praktického lekára)*. 1.vydanie. Bratislava: Omnipublic, 1999. ISBN 80-968133-0-7.
- MAGERČIAKOVÁ, M. 2005. Edukácia v ošetrovatel'skom procese. In *Ošetrovatel'ský obzor*. 2005, roč. 2, č. 4, s. 99 - 101. ISSN 1336-5606.

- MAGUROVÁ, D.- MAJERNÍKOVÁ, E. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. 1. vydanie. Martin: Osveta. 2009. ISBN 9788080633264.
- MICHALIČKOVÁ, M.- WEBER, J. 2000. Multirezistentná tuberkulóza. In *Slovenský lekár*. 2000, roč. , č. 7-8, s. 259-262.
- MYDLÍK, M.- DERZSIOVÁ, K. 2008. Tuberkulóza pľúc a dielo Franza Kafku. In *Praktický lekár*. 2008, roč. 88, č. 7, s. 484-485. ISSN 0032-6739.
- OŠŤADÁL, O.- KOS, S. *Tuberkulóza dospelých..* 2002. [online]. [Citované 5.10. 2009]. Dostupné na internete: <http://www.pneumologie.cz/odborne/doc/Standard-Tuberkuloza-dospelych.pdf>.
- PODZIMKOVÁ, M. 2008. Postup při výskytu TBC. In *Nozokomiálne nákazy*. (Spoločnosť prevencie nozokomiálnych nákaz SR a ČR). 2008, roč. 7, č. 4, s. 47-52. ISSN 1336-3859.
- POTREBČIAKOVÁ, S.- SKŘIČKOVÁ, J. *Tuberkulóza*. 2008. [online]. [Citované 7.2.2010]. Dostupné na internete: <http://web.practicus.eu/Documents/Practicus-04-2008/24-tuberkuloza.pdf>.
- SEDLÁKOVÁ, G. 2004. Ošetrovatel'ský model Madeleine Leiningerovej. In *Sestra*. 2004, roč. , č. 4, s.7. ISSN 1210-0404.
- SILVERMAN, D. 2005. *Ako robiť kvalitatívny výskum*. Praktická príručka. 1.vydanie. Bratislava: Ikar. 2005. ISBN 80-551-0904-4.
- SOLOVIČ, I.- VÍT, M.- WALLENFELS, J. 2008a Všetci spoločne proti tuberkulóze. (Ministerské fórum o tuberkulóze). In *Studia Pneumologica et phthiseologica*. 2008, roč. 68, č. 3, s. 103-104. ISSN 1213-810X.
- SOLOVIČ, I. 2009. Boj s tuberkulózou stále aktuálny problém. In *Studia Pneumologica et phthiseologica*. 2009, roč. 69, č. 1, s. 3-4. ISSN 1213-810X.
- SOLOVIČ, I.- ŠVECOVÁ, J.- PORÁČ, J.- BADALÍK, L. 2008b Analýza epidemiologickej situácie v tuberkulóze v Slovenskej republike v roku 2007. In *Studia Pneumologica et phthiseologica*. 2008, roč. 68, č. 4, s. 170-173. ISSN 1213-810X.
- SOLOVIČ, I. 2008c Je tuberkulóza hrozbou pre európu? In *Revue medicíny v praxi*. 2008, roč. 6, č. 2, s. 5-6.
- SOLOVIČ, I.- KOBER, L. 2008d *Tuberkulóza*. (edukačný informačný leták pre pacientov)
- SOLOVIČ, I. 2000e Tuberkulóza a legislatíva. In *Respiro*. 2000, roč. 2, č. 1, s. 27-28. ISSN 1335-3985.
- ŠVECOVÁ, J.- SOLOVIČ, I. 2007. Starostlivosť o rizikových pacientov s tuberkulózou. In *Sestra*. tematický zošit 97, 2007, roč. 17, č. 5/6, s. 24-27. ISSN 1210-0404.
- ŠVECOVÁ, J. 2003. Čo vedia naši pacienti o tuberkulóze? In *Sestra*. 2003, roč. 13, č. 11, s. 30-31. ISSN 1210-0404.

TRNKA, L. 2007. Bylo již v kontrole tuberkulózy dosaženo cílů stanovených Světovou zdravotnickou organizací? In *Studia Pneumologica et phthiseologica*. 2007, roč. 67, č. 1, s. 36. ISSN 1213-810X.

VELEMÍNSKÝ, M. et al. 2001. *Přenosné choroby*. 2001. ISBN 80-7040-496-5.

Vyhláška MZ SR č. 79/1997 Z.z. o opatreniach na predchádzanie prenosným ochoreniam a v Odbornom usmernení MZ SR na vykonávanie očkovania v Slovenskej republike.

WHO report. Global Tuberculosis Control, surveillance, planning, financing. 2008. ISBN 978-924-156354-3. [online]. [Citované 14.9.2009]. Dostupné na internete: www.stoptb.org/pdf/.

WILLIAMS, G. et al. 2007. *Best practice for the care of patients with tuberculosis*. ISBN 2-914365-28-4, s. 11. [online]. [Citované 18.11.2009]. Dostupné na internete: http://www.tbrieder.org/publications/best_practice_guide_en.pdf.

WORKMAN, B.- BENNETT, C. L. 2006. *Klíčové dovednosti sester*. 1. české vydanie. Praha: Grada Publishing. 2006. ISBN 80-247-1714-X.

Multikultúrne ošetrovatel'stvo, jeho význam v súčasnej spoločnosti. Leiningerovej model „Vychádzajúceho slnka“ v multikultúrnom ošetrovatel'stve. s. 1-7. [online]. [Citované 25.10.2009]. Dostupné na internete: ics.upjs.sk/~romino/mgr/dokumenty/otazky/ose23.doc

The patients' Charter for Tuberculosis Care. s. 1-3. [online]. [Citované 4.11.2009]. Dostupné na internete: www.worldcarecouncil.org/pdf/.

Transkulturní ošetrovatelství. [online]. [Citované 15.11.2009]. Dostupné na internete: www.seminarky.cz./transkulturní_ošetrovatelství_14852.

ZAJAC, R. *Zdravotná výchova*. 2005. Návrh vyhlášky Národnej Rady § 4 Zdravotná výchova. [online]. [Citované 6.1.2010]. Dostupné na internete: http://www.nrsr.sk/appbin/SSLP.ASP?WCI=SSLP_NZWorkitem&WCE=OpenDoc&WCU=190548.

Zákon NR SR č.98/1995 Z.z. z 9.3.1995 o Liečebnom poriadku.

Zákon NR SR č.303/1998 Z.z. z 8.10.1998 o Zdravotnej starostlivosti.

Zákon NR SR č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti. [online]. [Citované 12.2.2010]. Dostupné na internete: http://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/admin/Veda-vyskum/zdravotna_starostlivost.pdf

ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vydanie. Martin: Osveta. 2005. ISBN 80-8063-193-X.

ZELINA, M.- VALACHOVÁ, D.- KADLEČÍKOVÁ, Z.- BUTAŠOVÁ, A. 2002. *Vzdelávanie Rómov a multikultúrna koexistencia*. 2002. ISBN 80-08-03339-8.

