

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Bc. Jana Gluzová**

**Edukace pacientů s virovou hepatitidou C  
u vybraných rizikových skupin**

Education of patients with hepatitis C in selected  
high-risk groups

Bakalářská práce

Praha, květen 2017

Autor práce: Bc. Jana Gluzová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Odborný konzultant práce: MUDr. Vratislav Řehák

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 20. května 2017

Bc. Jana Gluzová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Janě Holubové za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady, podněty a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Vratislavovi Řehákovi za odborné konzultace a praktické rady. Velké poděkování patří také všem všeobecným sestřám, které mi pomáhaly s realizací dotazníkového šetření. V neposlední řadě patří poděkování také mojí rodině za trpělivost a psychickou podporu v průběhu celého studia.

# Obsah

OBSAH.....	4
ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST .....	7
1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE JATER .....	7
1.1. Funkční anatomie jater .....	7
1.2. Fyziologie jater.....	8
2. VIROVÁ HEPATITIDA C .....	9
2.1. Charakteristika .....	9
2.2. Původce virové hepatitidy C.....	9
2.3. Epidemiologie.....	11
2.4. Klinický průběh onemocnění .....	12
2.4.1. Akutní hepatitida C .....	12
2.4.2. Chronická hepatitida C.....	12
2.5. Diagnostika HCV.....	14
2.6. Screening HCV infekce.....	15
2.7. Léčba virové hepatitidy C.....	16
2.7.1. Protivirová léčiva .....	17
2.7.2. HCV u drogově závislých .....	19
2.7.3. Metody zvyšování adherence pacientů k léčbě.....	20
3. EDUKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	22
3.1. Edukace a pacient.....	23
3.2. Edukační proces.....	24
3.2.1. Posuzování .....	24
3.2.2. Plánování .....	25
3.2.3. Implementace.....	27
3.2.4. Hodnocení .....	27
3.3. Edukace sestrou v léčbě virové hepatitidy C .....	28

3.4.	<i>Práce s pacientem při zahájení léčby HCV</i> .....	30
EMPIRICKÁ ČÁST .....		34
4.	METODOLOGIE VÝZKUMU .....	34
4.1.	<i>Cíl</i> .....	34
4.2.	<i>Hypotézy</i> .....	34
4.3.	<i>Zkoumaný soubor</i> .....	34
4.4.	<i>Metody sběru dat</i> .....	35
4.5.	<i>Organizace výzkumného šetření</i> .....	36
4.6.	<i>Zpracování a analýza dat</i> .....	36
5.	VÝSLEDKY .....	37
5.1.	<i>Identifikační údaje respondentů</i> .....	37
5.2.	<i>Výsledky dotazníkového šetření</i> .....	40
6.	VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ .....	61
7.	DISKUZE .....	64
8.	ZÁVĚR.....	67
9.	SOUHRN.....	68
10.	SUMMARY .....	69
11.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	70
12.	SEZNAM ZKRATEK.....	75
13.	SEZNAM TABULEK.....	76
14.	SEZNAM GRAFŮ.....	78
15.	SEZNAM PŘÍLOH .....	79
16.	PŘÍLOHY .....	80

## Úvod

Chronická hepatitida typu C je infekční virové onemocnění, které je považováno za celosvětový problém. Světová zdravotnická organizace ji nazvala „časovanou virovou bombou“. Přestože je virová hepatitida C takto označována, nevěnuje se této problematice dostatek pozornosti (Grolmusová et al., 2013). S onemocněním bojují ve velké míře i uživatelé drog, se kterými autorka bakalářské práce přichází do styku v rámci své specializace adiktologa. Léčba je pro ně velmi náročná, a proto je nutná podpora celého multidisciplinárního týmu včetně všeobecných sester. Tento fakt byl pro autorku práce stimulačním motivem k prozkoumání problematiky léčby virové hepatitidy C u injekčních uživatelů drog a zvláště pak edukace těchto pacientů v hepatologické ambulanci.

Bakalářská práce pojednává o edukaci pacientů s virovou hepatitidou C, zejména u injekčních uživatelů drog. Teoretická část se zabývá anatomií a fyziologií jater a virovou hepatitidou C, její charakteristikou, epidemiologií, klinickým průběhem, diagnostikou a léčbou. Cílem empirické části práce je pomocí dotazníkového šetření zmapovat edukaci těchto pacientů, především její obsah, rozsah a délku. Práce rovněž zkoumá, zda byla edukace pro pacienty dle jejich mínění dostačující a srozumitelná.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Anatomie a fyziologie jater

### 1.1. Funkční anatomie jater

Játra jsou nepárový orgán vážící okolo 1 500 g, který je uložený v dutině břišní pod pravou klenbou brániční. Makroskopicky se dělí na pravý a levý lalok a dva malé laloky zvané *lobus quadratus* a *lobus caudatus* (Horák & Ehrmann, 2014). K bránici jsou játra fixována vazivovým pouzdem, které pokrývá celý orgán (Merkunová, 2008). Samotný jaterní parenchym je necitlivý, avšak jaterní pouzdro je velmi citlivé, což působí bolest jater při jejich rozpínání. V *porta hepatis* tzv. hilu jaterním vstupují do jater větve portální žíly a jaterní tepny a vystupují z něj žlučovody. Fyziologicky protéká játry přibližně 1 500 ml krve za minutu, z toho cestou *vena portae* asi 60 %, zbytek jaterní tepnou. Při postupném uzávěru jedné nebo druhé z těchto cév dojde ke kompenzatornímu zvýšení průtoku krve otevřenou cévou, takže přítok krve k játrům zůstane zachován. Pokud však dojde k náhlému uzávěru jedné cévy, může dojít k ischemickému poškození jater. Krev z jater odtéká jaterními žilami (*vena hepatis*), které ústí do dolní duté žíly.

Žluč z jater odtéká žlučovými kanálky, které se postupně spojují, mohutní a dále tvoří *ductus hepaticus dexter a sinister*. Společně vytvářejí krátký *ductus hepaticus communis*, ke kterému se připojuje vývod žlučníku (*ductus cysticus*). Žlučovod se v dalším průběhu nazývá *ductus choledochus* (Horák & Ehrmann, 2014).

Jaterní lalůček (*lobulus*) ve tvaru nepravidelného šestihranu je základní stavební a funkční jednotkou jaterní tkáně. Je tvořen z trámců jaterních buněk tzv. hepatocytů, které jsou kolem centrální žíly uloženy ve tvaru hvězdy. Trámec tvořící dvě řady jaterních buněk, lemuje svými tzv. krevními póly široké kapiláry, které jsou nazývány krevními sinusy. Mezi tzv. žlučovými póly buněk slepě začínají žlučové kanálky, do kterých jaterní buňky vydávají vytvořenou žluč (Merkunová, 2008).



Na periferii lalůčku procházejí (Merkunová, 2008):

- žlučovody, které sbírají žluč ze žlučových kanálků lalůček
- větve jaterní tepny, které přivádějí buňkám lalůček okysličenou krev
- větve vrátnicové žíly, které přivádějí buňkám krev z oblasti střeva

Mísení okysličené tepenné krve a krve vrátnicové probíhá v sinusech. Jaterní buňky odebírají z této krve vstřebané látky a kyslík a řadu vlastních produktů vydávají zpět do sinusů. Krev ze sinusů nakonec vtéká do centrální žíly lalůčku, ty se spojují ve větší větve až v jaterní žílu, která ústí do dolní duté žíly (Merkunová, 2008).

## 1.2. Fyziologie jater

Játra plní důležitou úlohu v látkové výměně (metabolizmu) organismu. Mají dvě hlavní funkce: tvorbu nových látek potřebných pro organismus (syntéza) a odstraňování toxických látek škodlivých pro organismus (detoxifikace). Dále plní řadu životně důležitých funkcí při tvorbě bílkovin, zpracování tuků i sacharidů, tvorby žluče a odstraňování bilirubinu (Lukáš, 2007).

Funkce jater souhrnně popisuje Kittnar (2011) :

- **metabolismus** – v oblasti metabolismu sacharidů játra udržují glykémii. V játrech rovněž probíhá tvorba lipoproteinů (VLDL a HDL), syntéza cholesterolu a jeho konverze do žlučových kyselin, syntéza fosfolipidů a přeměna glukózy a aminokyselin na mastné kyseliny. V játrech se tvoří většina plazmatických bílkovin. Dále v nich probíhá deaminace aminokyselin, která je považována za začátek cyklu tvorby močoviny.

- **skladování látek** – v játrech se uchovává glukóza ve formě glykogenu, některé vitamíny (vitamín A – zásoba na 10 měsíců, vitamín D – 2-4 měsíce, vitamín B<sub>12</sub> – několik let) a kovy (železo, měď a kobalt).

- **sekrece** – játra tvoří žluč, která má zásadní význam při emulgaci a vstřebávání tuků.

- **vylučování** – bilirubin, vznikající z hemu rozpadlých krevních krvinek, je v játrech uvolněn a vyloučen do žluče.
- **detoxikace** – játra odbourávají léčiva a jiné exogenní látky, které se do těla dostanou např. potravou, mění také amoniak na močovinu, která se vylučuje do moči. Je to i hlavní místo degradace hormonů.
- **obrana** – tento orgán zneškodňuje mikroorganismy a další cizorodé složky vstřebené ve střevě.
- **termoregulace** – játra jako nejvýznamnější metabolický orgán produkují velké množství tepla.
- **význam pro erythropoézu** – jsou zde syntetizovány faktory významné pro hemokoagulaci tzv. koagulační faktory, dochází k odbourávání hemoglobinu z rozpadlých erytrocytů na bilirubin a jsou zde skladovány některé vitamíny skupiny B.

## 2. Virová hepatitida C

### 2.1. Charakteristika

Virové hepatitidy jsou difúzní onemocnění jater zánětlivě-nekrotického charakteru. I v současné době představují závažný zdravotnický problém. Akutní i chronické formy hepatitid jsou příčinou významné morbidity a mortality u nás i ve světě. Doktor Houghton v roce 1989 originálním klonováním prokázal, že většina potransfuzních virových hepatitid (non-A, non-B) je způsobena virem hepatitidy C. A právě takto, tj. aplikací transfúze krve či krevních derivátů, se před zavedením rutinního testování dárců krve, infikovala většina osob. Tato cesta přenosu infekce ve vyspělých státech světa ztratila v současnosti na významu, a nejohroženější skupinou se stali injekční uživatelé drog (Husa, 2005).

### 2.2. Původce virové hepatitidy C

Původce virové hepatitidy C (dále HCV) je malý jednovláknový RNA virus z čeledi *Flaviviridae*. Proteinová kapsida viru, obalená lipidovou dvojrstvou, chrání nukleovou kyselinu (Hejda, 2016). Virus obsahuje RNA pozitivní

polarity, která kóduje protein o zhruba 3 000 aminokyselinách. Tento prekurzor je postupně štěpen na 7–8 dosud známých proteinů. Dva proteiny jsou tzv. strukturální, zbytek jsou nestrukturální proteiny, které se účastní především virového replikačního cyklu. Dosud není přesně známo, jak některé z těchto nestrukturálních proteinů fungují. Základní genetickou charakteristikou viru HCV je jeho variabilita (Urbánek, 2005). Nestabilita viru je pravděpodobně způsobena velkou frekvencí mutací při dlouhodobém průběhu infekce a velmi rychlém obratu viru v organismu. Rozlišuje se 6 různých genotypů viru (genotypy 1–6) a několik desítek subtypů označovaných malými písmeny abecedy. Celosvětově, i v České republice, je nejčastější infekce subtypem 1b (Husa, 2009).

Nejvýznamnější cestou přenosu infekce do roku 1992 bylo přijetí krevního derivátu, po roce 1992, kdy se na transfuzních stanicích začaly detekovat anti-HCV protilátky, klesla incidence potransfuzní hepatitidy C téměř na nulu. V současné době se virus přenáší hlavně parenterálně, ale možná je i cesta přenosu pohlavním stykem, vzácnější je přenos vertikální z matky na plod či přenos profesionální, zdravotnickými pracovníky (Urbánek, 2005).

Shrnutí hlavních cest přenosu HCV uvádí Urbánek (2008, s. 297):

- *intravenózní aplikace drog*
- *pravidelné dialyzační léčení*
- *profesionální riziko expozice HCV*
- *přenos krevními deriváty*
- *sexuální kontakt s osobou HCV pozitivní*
- *rodinný kontakt s osobou HCV pozitivní*
- *vertikální přenos z HCV pozitivní matky na novorozence*
- *iatrogenní cesta*
- *transplantační štěpy*

Některý z výše popisovaných rizikových faktorů je možno nalézt v anamnéze asi 60–80 % všech nemocných s HCV infekcí. I přes všechny poznatky o epidemiologii toho onemocnění, zůstává asi 20–25 % případů infekce HCV, kdy se žádnou z uvedených možností přenosu infekce nepodaří prokázat (Urbánek, 2008).

## 2.3. Epidemiologie

Publikace s epidemiologickými daty vydával Ústav zdravotních informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS) od roku 1965. Od roku 1993 se celostátně používá program EPIDAT, který slouží k zajištění povinného hlášení, evidence a analýzy výskytu infekčních nemocí v České republice. Platnými právními předpisy pro hlášení a evidenci infekčních nemocí jsou zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, v platném znění, a vyhláška MZ č. 306/2012 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče (ÚZIS, 2014). Účelem hlášení je získávání informací o výskytu infekčních onemocnění k posouzení vývoje epidemiologické situace na území ČR, ke sledování zdravotního stavu obyvatelstva a k řízení poskytování zdravotní péče. Raport infekčních nemocí je dále základem pro místní, regionální, národní a nadnárodní kontrolu šíření infekčních nemocí, i pro hlášení infekcí z České republiky do Společenství EU a Světové zdravotnické organizaci (SZÚ, 2016).

Česká republika patří mezi země s relativně nízkým výskytem HCV. Ze statistik vyplývá, že virem hepatitidy C je infikováno přibližně 0,2–0,5 % obyvatelstva ČR, to znamená, že nemocí trpí každý pětistý občan. Počet hlášených výskytů této nemoci se od roku 2006 výrazně nemění, v roce 2015 však došlo k mírnému nárůstu na 956 případů.

Z celkového počtu hlášených hepatitid v roce 2013 tvořily polovinu případů chronické virové hepatitidy, z toho 83 % (739 případů) představovala chronická forma hepatitidy typu C. Virové hepatitidy všech typů si v roce 2013 vyžádaly 1 243 hospitalizací a 28 úmrtí (ÚZIS, 2014; SZÚ, 2016). Jedinci užívající injekčně drogy (PWID) tvoří dlouhodobě více než polovinu všech nakažených HCV (58,6 % v roce 2015). Dlouhodobě roste průměrný věk u nakažených HCV, a v posledních třech letech se pohybuje v rozmezí 30–31 let (Mravčík et al., 2016).

Celosvětově je evidováno přibližně 130 až 150 milionů lidí s chronickou hepatitidou C, a každý rok jsou infikovány miliony dalších. Ročně umírá 700 tisíc lidí na komplikace související s hepatitidou, včetně cirhózy a hepatocelulárního karcinomu. Virová hepatitida C se vyskytuje po celém světě. Mezi nejvíce posti-

žené regiony patří Afrika, střední a východní Asie, přičemž infekce se může vyskytovat u určitých skupin, jako jsou např. injekční uživatelé drog, a/nebo v obecné populaci (World health organisation – Fact sheet, 2016).

Světová zdravotnická organizace (WHO) zaznamenala u 13 členských států (29,5 %) evropského regionu existenci písemné vnitrostátní strategie nebo plánu, která se zaměřuje výlučně nebo převážně na prevenci a kontrolu virové hepatitidy. Většina států (70,4 %) však tuto strategii nemá a u deseti členských států (17 %) dokonce chybí data. Česká republika patří mezi země, kde se strategie zaměřuje dokonce výlučně na virové hepatitidy (WHO, 2013).

## **2.4. Klinický průběh onemocnění**

### **2.4.1. Akutní hepatitida C**

Akutní hepatitida C probíhá většinou asymptomaticky a klinické příznaky jsou tak mírné, že není vůbec diagnostikována. Zjištěna bývá náhodně, při preventivních prohlídkách, darování krve apod. Ikterický průběh se objevuje velmi vzácně (maximálně u 20–25 %). Extrémně vzácný je závažný, nebo dokonce fulminantní průběh HCV s jaterním selháním. U většiny pacientů (70–80 %) však akutní infekce přechází do chronicity, a protože akutní hepatitida C obvykle uniká diagnóze, je naprostá většina případů HCV diagnostikována až v chronické fázi (Horák & Ehrmann, 2014). Seeff (2002) uvádí, že u osob infikovaných v mladém věku (<40 let) onemocnění postupuje pomaleji, a dvacet let po akutní infekci se cirhóza vyvine u 2–8 % těchto jedinců. Naopak, u lidí infikovaných ve vyšším věku infekce progreduje rychleji, a po dvaceti letech HCV se cirhóza vyvine u 20 % těchto osob.

### **2.4.2. Chronická hepatitida C**

Za chronickou HCV infekci je považována každá infekce existující prokazatelně déle jak 6 měsíců (EASL, 2017). Jelikož určení přesného okamžiku vzniku infekce není ve většině případů možné, je za počátek infekce považován okamžik expozice rizikovému faktoru přenosu infekce (Urbánek, 2008). Urbánek et al. (2015) také poukazuje na fakt, že 55–85 % pacientů infikovaných virem HCV

není schopno přirozeným způsobem virus eliminovat a infekce u nich tudíž přejde do chronického stádia.

Rizikové faktory spojovány s progresí jaterního postižení:

- přenos infekce ve vyšším věku
- konzumace alkoholu v denních dávkách vyšších než 50g
- obezita a jaterní steatóza vzniklá na základě jakéhokoliv jiného důvodu
- koinfekce HCV a HBV nebo HCV a HIV
- vyšší stupeň jaterního postižení

Infekce HCV postihuje u 75 % pacientů i řadu jiných orgánů. Rizikovými faktory pro extrahepatální postižení jsou věk, ženské pohlaví a pokročilá jaterní fibróza. U více jak 10 % nemocných se vyskytují bolesti svalů a kloubů, parestezie<sup>1</sup> anebo sicca syndrom<sup>2</sup> (Horák & Ehrmann, 2014).

Autoři Ehrmann a Hůlek (2010) rovněž popisují průběh chronické HCV jako často bezpříznakový, nebo jako onemocnění, které se projevuje jen zvýšenou únavou, ztrátou fyzické a psychické výkonnosti. Jindy trpí pacienti dyspeptickými obtížemi, například po tučném jídle nebo po jídle smaženém či pečeném. Během fyzikálního vyšetření zpočátku nelze prokázat žádné abnormality vyjma častějšího zvětšení jater. Až v pozdějších stádiích onemocnění, při pokročilé fibróze a začínající uzlové přestavbě, jsou příznaky jako u kompenzované nebo později dekompenzované jaterní cirhózy.

---

<sup>1</sup> parestezie – brnění, mravenčení, svrbění

<sup>2</sup> sicca syndrom – sucho v ústech

## 2.5. Diagnostika HCV

Autoři Krekulová a Řehák (2002) popisují stanovení diagnózy virové hepatitidy na základě anamnézy, klinického vyšetření a výsledků biochemických a sérologických nálezů. Při jaterním onemocnění lze nalézt charakteristické biochemické změny v krevním séru, proto se při podezření na hepatitidu vždy vyšetřují hladiny sérových aminotransferáz (ALT, AST), dále se vyšetřuje alkalickou fosfatázu (ALP), gamaglutamyltransferázu (GGT), bilirubin celkový a konjugovaný, a cholesterol. Aktivita aminotransferáz bývá zvýšená jen mírně, většinou kolem dvojnásobku horní hranice normálních hodnot, lze však spatřit i případy s normálními hodnotami těchto enzymů při histologickém nálezu svědčícím o HCV (Horák & Ehrmann, 2014).

**Sérologické vyšetření** virové hepatitidy C charakterizuje Urbánek (2007). Základním sérologickým znakem HCV infekce jsou protilátky proti HCV (anti-HCV). Protilátky jsou prokazatelné v séru již kolem 3. týdne od vzniku infekce. Lze je nalézt u:

- osob, které jsou infikovány virem HCV
- osob, u kterých došlo ke spontánní eliminaci viru vlastní imunitní odpovědí. Dle Buggse (2014) se jedná o 15–30 % osob.
- osob, u kterých byla eliminace viru dosažena protivirovou terapií (protilátka v prokazatelném titru přetrvává celoživotně, nemá však protektivní účinek, tj. nechrání proti reinfekci)
- falešně pozitivního sérologického testu

K průkazu protilátek v organismu se využívá běžně dostupná metoda, tzv. test ELISA (Enzyme – Linked ImmunoSorbent Assay). Jak je popsáno výše, test prokazuje protilátku, která je detekovatelná až za několik týdnů po nákaze, tudíž je test negativní v akutních fázích infekce HCV (Krekulová a Řehák, 2002).

**Molekulárně genetické metody** prokazují výskyt virové nukleové kyseliny (HCV RNA) v séru či tkáních infikované osoby. Největšího rozšíření v současné době nalezla metoda **polymerázové řetězové reakce (PCR)**. Koncentrace HCV RNA se udává v IU/ml. O aktivní infekci HCV lze hovořit pouze

v případě pozitivního průkazu sérové HCV RNA u daného jedince (Urbánek, 2007 a 2008).

Nejnovější doporučení České hepatologické společnosti (ČHS) obsahuje upozornění, že součástí molekulárního vyšetření by mělo být i stanovení genotypu a subtypu HCV. Genotypizace je důležitá z pohledu různých léčebných postupů a rozdílné účinnosti léčby u jednotlivých genotypů HCV (Urbánek et al., 2015).

## 2.6. Screening HCV infekce

Pro screeningové zjištění anti-HCV lze nově využít i rychlé diagnostické testy, které prokazují anti-HCV v různých tělních tekutinách, např. v séru, plasmě, kapilární krvi nebo ve slinách. Velikou výhodou je jejich jednoduchost, proveditelnost při pokojové teplotě bez nutnosti speciálního vybavení, není třeba ani složitá výuka personálu, který s daným testem zachází (Urbánek et al., 2015).

Pokyny Evropské asociace pro studium jater – EASL (2017) a Světové zdravotnické organizace – WHO (2016) doporučují cílený screening ohrožených skupin, a to hlavně u osob žijících v oblastech s vysokou seroprevalencí<sup>3</sup>, osob vystavených rizikovým faktorům, anebo u osob s vysoce rizikovým chováním. Zmíněné organizace vidí v cíleném testování rizikových skupin velký potenciál. Cíleným testováním se zvýší počet identifikovaných osob. Pokud ale budou tyto osoby předány do rukou specialisty, zlepší se jejich přístup k léčbě a zvýší se úspěšnost léčby. Další výhodou je, že testované osoby tak mohou změnit svoje rizikové chování, jako je např. sdílení injekčního náčiní, aby předešly dalšímu šíření nemoci.

Česká hepatologická společnost a kolektiv autorů (Urbánek et al., 2015) rovněž upozorňují na fakt, že jedinou možností efektivního screeningu HCV infekce, je plná informovanost lékařů primární péče (praktičtí lékaři, gynekologové, porodníci) a specialistů, kteří se podílejí na péči o pacienty ve vysoce rizikových skupinách.

---

<sup>3</sup> seroprevalence – podíl počtu jedinců trpících danou nemocí a počtu všech jedinců ve sledované populaci.



Zároveň doporučují provést testování HCV infekce u těchto skupin osob:

- osob s anamnézou injekční aplikace drog (i v případě jediné aplikace před více lety)
- osob ve skupinách s vysokou prevalencí HCV infekce
  - příjemců krevních derivátů či příjemců orgánových transplantátů před rokem 1992
  - HIV pozitivních osob
  - hemofiliků léčených před rokem 1987
  - osob s anamnézou hemodialýzy (akutní i krátkodobé)
  - osob s nevysvětlitelnou elevací aminotransferáz
- dětí narozených HCV pozitivním matkám
- zdravotnických pracovníků a dalších osob s anamnézou poranění injekční jehlou nebo u osob se slizniční expozicí krví HCV pozitivní osoby
- sexuálních partnerů HCV pozitivní osoby
- osob vystavených invazivním lékařským zákrokům, osob s anamnézou komplikovaného chirurgického výkonu nebo osob s anamnézou dlouhodobější hospitalizace (riziko iatrogenního přenosu)

Americká asociace pro studium jater (AASLD, 2015) doporučuje provést screening i u osob, které podstoupily tetování za aseptických podmínek.

## **2.7. Léčba virové hepatitidy C**

Internetové stránky pro pacienty (laiky) představují výsledky léčby velmi pozitivně. Naznačují, že výsledky léčby HCV se během posledních dvou desetiletí výrazně změnily a z velkého strašáka se pomalu stává onemocnění, se kterým jsou dnešní léčivé látky schopné se vypořádat (virová hepatitida C, 2017).

Cílem léčby HCV infekce je trvalá eliminace viru, která brání rozvoji jaterních i mimojaterních komplikací infekce. Eradikace HCV (vymýcení HCV) vede k zásadnímu snížení rizika jaterní dekompenzace a hepatocelulárního karcinomu, dále k regresi fibrózy a cirhózy, a k významnému zlepšení prognózy pacientů. Naprosto zásadně se po vyléčení mění prognóza pacientů s pokročilou fibrózou či cirhózou (EASL, 2017; Hejda, 2016).

Nejdůležitějším kritériem vyléčení HCV infekce je **setrvalá virologická odpověď** (SVR), která je definována jako negativní sérová HCV RNA ve 12. nebo 24. týdnu po skončení léčby (Ehrmann & Hůlek, 2014). Podle dlouhodobých studií SVR v 99 % případů znamená trvalé vymizení HCV infekce, to znamená, že u osob po absolvované léčbě (SVR) nedochází k pozdním relapsům onemocnění (Urbánek et al., 2015). Délka standardní léčby se upravuje podle genotypu HCV, u genotypu 1 trvá rok, u ostatních 6 měsíců (Horák & Ehrmann, 2014). V současné době se však délka léčby výrazně zkracuje, v některých případech i na 12 týdnů (Hejda, 2016). Účinek léčby lze sledovat podle kvantitativně stanovené virémie. Po 12 týdnech od zahájení terapie by virémie měla zcela vymizet anebo poklesnout na méně než 1 % výchozí hodnoty. Pokud k poklesu nedojde, nemá smysl dále pokračovat v léčbě, protože od ní již nelze očekávat žádný efekt (Horák & Ehrmann, 2014).

Husa (2016) dále uvádí **indikace k zahájení léčby** HCV infekce. O terapii by se mělo uvažovat u všech kompenzovaných i dekompenzovaných, naivních i dříve léčených pacientů s infekcí HCV. Zvláštní urgence léčby by měla být u pacientů s významnou fibrózou nebo jaterní cirhózou (včetně dekompenzované cirhózy). Prioritní by měla být léčba u pacientů s klinicky příznačnými extrahepatálními projevy infekce, s rekurencí (tj. opětovným výskytem) onemocnění po transplantaci jater, pacientů s rizikem rychlé progresy jaterní choroby v důsledku komorbidit a u koinfekcí HBV/HCV a HIV/HCV. Přednostně by měli být léčeni i nemocní se zvýšeným rizikem přenosu infekce HCV, jako např. PWID, muži s rizikovými sexuálními praktikami (MSM), ženy plánující těhotenství nebo hemodialyzované osoby a vězni.

### 2.7.1. Protivirová léčiva

Standardem protivirové léčby v ČR za posledních 10–12 let bylo podávání dvojkombinace **pegylovaného interferonu alfa** (PEG-IFN) s **ribavirinem** (RBV). Pegylovaný interferon alfa (přípravky *Pegasys®* a *PegIntron®*) je aplikován jednou týdně subkutánně, ribavirin v tabletách je užíván denně v množství podle hmotnosti pacienta, obvykle v dávce 600–1 200 mg (Urbánek et al., 2015).

Zásadní změna v léčbě HCV, kterou popisuje Řehák (2012), nastala v roce 2011, kdy byly schváleny dva nové preparáty ze skupiny **přímo působících anti-virotik** (DAA, Directly Acting Antivirals) – boceprevir (*Victrelis*®) a telaprevir (*Incivo*®).

Do roku 2015 byly schváleny k užití u chronické hepatitidy C i další preparáty (tzv. II. generace) a u řady dalších probíhají schvalovací procedury (Urbánek et al., 2015; Hejda, 2016).

Nejdůležitější z nich jsou:

- sofosbuvir (*Sovaldi*®)
- sofosbuvir/ ledipasvir (*Harvoni*®)
- simeprevir (*Olysio*®)
- daclatasvir (*Daklinza*®)
- dasabuvir (*Exviera*®)
- ombitasvir/ paritaprevir/ ritonavir (*Viekirax*®)
- asunaprevir (*Sunvepra*®)
- elbasvir/ grazoprevir (*Zepatier*®)

#### Pegylovaný interferon alfa (PEG-IFN) a ribavirin (RBV)

Doporučená doba tohoto léčebného režimu je 48 týdnů u genotypů 1 a 4, kde úspěšnost léčby je charakterizována jako SVR u 40–50 % nemocných, a u genotypů 2 a 3 trvá léčba 24 týdnů s úspěšností 70–80 %. Dlouhá léčba interferonem a ribavirinem je doprovázena řadou nežádoucích účinků, které jsou u některých nemocných limitem v dokončení terapie (Řehák, 2012). Hejda (2016) mezi ně řadí: soubor chřipkovitých příznaků (tzv. *flu-like syndrom*), leukopenii, trombocytopenii, hemolytickou anémii, kožní vyrážku, zažívací obtíže, průjmy nebo pruritus<sup>4</sup>. Dále se mohou objevit poruchy spánku, deprese a úzkosti, podrážděnost, únava, pokles hmotnosti, bolesti hlavy a poruchy vizu a sluchu.

---

<sup>4</sup> pruritus – svědění

## Proteázové inhibitory – boceprevir a telaprevir

Po roce 2011 se u pacientů dosud neléčených, nebo u nemocných, u kterých předchozí léčba PEG-IFN a RBV nevedla k trvalé eradikaci infekce HCV, začala k dvojkombinaci přidávat nová DAA boceprevir a telaprevir (Husa, 2014). U terapie DAA se podle průběžných výsledků léčby (hladiny virémie) může výrazně zkrátit celková doba léčby, eventuálně ukončit neúčinná léčba. Zvyšují se rovněž nároky na pacienta, je nutné přesné dávkování léků a vysoká adherence k léčbě (Řehák, 2012).

Husa (2016) však upozorňuje, že po zavedení do klinické praxe také výrazně vzrostl výskyt nežádoucích účinků, a to často velmi závažných, jako např. anémie, vyrážka, anorektální obtíže a mnoho dalších.

## Bezinterferonová léčba

Léčba chronické hepatitidy C kombinací přímo působících perorálních antivirotik má vysokou účinnost (až 100 %), minimum kontraindikací a mimořádně příznivý bezpečnostní profil. Po více jak 20 letech se tak eliminuje nutnost použití interferonu alfa se všemi jeho nežádoucími účinky, kontraindikacemi i nutností injekční aplikace. Pozornost je nutné věnovat především lékovým interakcím, které jsou však dobře zdokumentované a uspokojivě řešitelné i v běžné klinické praxi. Podle tuzemských doporučení platných v říjnu 2016 je zatím možné léčit i kombinací sofosbuviru nebo simepreviru s PEG-IFN a RBV. Podle posledních evropských i amerických doporučení je však jedinou možností léčby HCV bezinterferonová terapie (Husa, 2016). Urbánek et al. (2015) ale upozorňuje, že tyto léčebné režimy v současné době představují ekonomicky nejnáročnější variantu terapie.

### **2.7.2. HCV u drogově závislých**

Virová hepatitida C patří mezi typické infekce injekčních uživatelů drog. I když PWID tvoří v rozvinutých zemích většinu osob infikovaných HCV, jejich vstup do léčby je obecně považován za nedostatečný. Jedním z nejdůležitějších faktorů, které vstup do léčby ovlivňují, jsou obavy z nízké **míry dodržování léčebného režimu – adherence** (Mravčík, 2012). Studie však ukazují (Grebely et

al., 2011), že PWID vykazují srovnatelnou míru adherence v porovnání s neuživateli drog. Česká hepatologická společnost (Urbánek et al., 2015) rovněž poukazuje na důležitost motivace pacienta a jeho adherence k terapii. Předčasné ukončení terapie z důvodu špatné adherence je častější v prvních 12 týdnech. Léčba drogově závislých je multifaktoriální a multioborová, a předpokládá se zajištění psychiatrické intervence či sociálního šetření. K uživatelům drog je vždy doporučován individuální přístup.

Italská studie (Persico et al., 2015), která porovnávala výsledky léčby HCV u PWID a neuživatelů drog potvrdila, že naivní pacienti, kteří jsou zároveň uživateli drog, jsou přesto indikovanými pacienty pro léčbu virové hepatitidy C.

### **2.7.3. Metody zvyšování adherence pacientů k léčbě**

Zvyšování adherence v léčbě je důležité pro úspěšné dokončení léčby, tj. dosažení vysoké SVR. Česká hepatologická společnost (Urbánek et al., 2015) navrhuje 3 základní body, jak tuto adherenci zvýšit:

1. Před zahájením léčby je nutno s pacienty diskutovat veškeré možné a očekávané nežádoucí účinky léčby. Je potřeba pacienty poučit, že řadě z nich lze účinně zabránit či je terapeuticky ovlivnit.
2. Zásadním opatřením je přístup pacientů ke specialistům multidisciplinárního týmu se zkušenostmi s terapií HCV infekce a se zvládáním všech nežádoucích účinků, se sledováním účinnosti a bezpečnosti protivirové léčby.
3. Během léčby by měla být pacientům doporučována abstinence od alkoholu či maximální možná redukce jeho příjmu. Pacientům s pokračující konzumací alkoholu, kteří jinak dobře spolupracují, by protivirová léčba neměla být odmítnuta.

Pokud se však péče zaměřuje na (injekční) uživatele drog, je tato léčba ještě o něco náročnější a specifitější než u běžné populace. Tito pacienti často mají složité a vzájemně propojené problémy, jako je sociální vyloučení v důsledku rozpadu rodiny, špatného zdraví, omezeného vzdělání, nezaměstnanosti anebo trestné činnosti. Jejich potřeby v oblasti bydlení zejména ovlivňují přístup ke zdravotní péči, a prohlubují problémy spojené s užíváním drog, jako je

např. riziko hepatitidy C. Většina těchto osob kontaktuje sestry z center pro léčbu drog a kvůli mnohonásobným potřebám se dále sestry často spojují s klíčovými pracovníky, sociálními pracovníky a službami duševního zdraví s cílem podpořit pozitivní výsledky. Zvyšovat adherenci k léčbě hepatitidy C v neposlední řadě přispívá i zahájení substituční léčby. Uživatelé drog, by měli přestat užívat drogy získané na černém trhu a to by jim mělo přinést určitou stabilitu do života (Maghlaoui, 2012).

### 3. Edukace ve zdravotnictví

Edukace ve zdravotnictví je velice důležitá. Je potřeba edukovat nejen pacienty a jejich rodiny, ale i širokou veřejnost, a to na různá témata týkající se zdraví a nemoci. Protože se neustále rozvíjejí možnosti zdravotní léčby a péče, přisuzuje se tak edukaci pacienta stále větší význam. Úspěšná edukace se proto stává podstatným předpokladem pro dosažení úspěchu i v průběhu léčby i péče samotné. Edukace je souhrnný termín pro výchovu a vzdělávání (Mandysová, 2016). Juřeníková (2010) definuje edukaci jako „*proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.*“

V 90. letech se začal klást větší důraz na vytváření předpokladu pro získání aktivního přístupu pacienta v péči o svoje zdraví. Vytvářely se právní dokumenty, ve kterých se stanovuje, že veškeré výkony se provádějí se souhlasem nemocného (nebo lze-li souhlas předpokládat). Dále se tvořily různé etické kodexy a zákony, ze kterých vyplývá, že má lékař povinnost pacienta poučit (informovat)<sup>5</sup>. Sestra je kompetentní podávat poučení o ošetrovatelských výkonech a o ošetrovatelských problémech, které identifikovala a řeší. Zároveň nedávno vešla v platnost **vyhláška č. 2/2016 Sb.**, ve které se rozšiřují činnosti všeobecné sestry o bod „*motivovat a edukovat jednotlivce, rodiny a skupiny k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe*“ (Mandysová, 2016). Tento bod hraje významnou roli v rámci **primární prevence**, která je zaměřena na zdravé jedince. **Sekundární prevence** probíhá u již nemocných osob, u kterých se snaží ovlivnit vědomosti, dovednosti a postoje jedince tak, aby došlo k pozitivní změně v léčbě a nedošlo k možným komplikacím. **Terciální prevence** se zaměřuje na nemocné, kteří již mají trvalé změny zdravotního stavu. (Juřeníková, 2010).

---

<sup>5</sup> zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) – § 31 – Informace o zdravotním stavu pacienta a o navržených zdravotních službách

Juřeníková (2010) rovněž dělí edukaci na:

- základní – předávání nových znalostí a vědomostí
- reedukační – navázání na předchozí edukaci a prohlubování znalostí
- komplexní – etapové předávání ucelených vědomostí a dovedností

V roce 2011 proběhl ve dvou nemocnicích na Slovensku průzkum, který se zaměřil na sesterskou roli edukátorky, s cílem zjistit, do jaké míry se v současné ošetrovatelské praxi realizuje edukace. Studie realizována slovenskými autorkami Rakovou a Čičákovou (2012) ukázala, že několikafázový edukační proces se ve slovenských zdravotnických zařízeních používá pouze v malém počtu případů. Edukace mívá spíše formu krátkého, 5–10 minutového „naučného setkání“.

### **3.1. Edukace a pacient**

Pacientovi, kterému se např. vlivem chronického onemocnění změnila podmínky života, je nabídnuta edukace s cílem naučit pacienta v těchto nových podmínkách žít. Edukovaný pacient má zpravidla aktivnější přístup k léčbě proto lze předpokládat, že léčba bude úspěšnější a rekonvalescence kratší. Aby cílů bylo dosaženo, musí být splněno několik zásad (Svěráková, 2012):

- pacient má právo být poučen o svém zdravotním stavu a léčebném režimu
- pacient se může rozhodnout pro změnu svého životního stylu v situaci, kdy je informován o své nemoci, její příčině, možnostech odstranění příčin a léčbě
- pacient by měl být v určité míře odpovědný za své zdraví a měl by pochopit svou roli v sebeděči
- pacientovy úzkosti a obavy z budoucnosti je třeba při edukaci redukovat
- je nutné pacientovi dodat určitou dávku reálného optimismu

Poměrně odlišný pohled na tuto problematiku mají francouzští autoři Lacroix a Assal (2000), kteří prohlašují, že logika zdravotníků má sklon k přizpůsobení pacienta k jeho nemoci, zatímco lepší varianta by byla přizpůsobit svou nemoc, a zejména její léčbu (a tím i edukaci), k způsobu života pacienta.



## 3.2. Edukační proces

Edukační proces je činnost, prostřednictvím které nějaká osoba vyučuje (edukuje), anebo se nějaká osoba učí. Podstatou edukačního procesu je vzájemná interakce mezi **edukátorem**, který provádí edukaci a **edukantem**, který přijímá edukaci. Edukace se pokládá za jednu z důležitějších úloh ošetrovatelství (Dušová, 2006). Důkladná příprava tohoto procesu je velmi důležitá. Usnadní práci sestry, a zároveň motivuje pacienta. Jestliže je plán pečlivě připraven a pacient vidí, že mu ošetřující personál věnuje pozornost, přistupuje k edukaci také odpovědněji (Svěráková, 2012).

Edukační proces je paralelní s ošetrovatelským procesem a skládá se ze čtyř fází (Mandysová, 2016):

- posuzování
- plánování
- implementace
- hodnocení

### 3.2.1. Posuzování

Prvním krokem edukačního procesu je posuzování vzdělávacích potřeb, připravenosti se učit a posouzení odhodlání přijmout navrhovanou změnu chování pacienta (Svěráková, 2012). Tato fáze musí být realizována důkladně a přesně aby se v další etapě zamezilo tomu, že sestra bude opakovat informace, které již pacient zná. Vzdělávací potřeby, které jsou definovány jako rozdíl v tom, co edukant umí a zná a tím co by měl umět a znát, by měly být vymezeny jako první. Odpovědi na tuto otázku se získávají pomocí různých metod, od neformálních konverzací a strukturovaných rozhovorů až po složitější testy a dotazníky. Dále je nutné zmapovat připravenost edukanta, tedy jeho schopnost a ochotu přijímat informace a míru aktivně se zapojit do edukačního procesu (Mandysová, 2016). Svěráková (2012) popisuje nutnost posoudit společné a ekonomické faktory, které by mohly do jisté míry ovlivnit výsledky edukace.

Velmi důležitou etapou je posouzení **motivace a spolupráce** pacienta. Motivaci lze definovat jako hnací sílu, která pomocí vnitřních a vnějších faktorů

ovlivňuje rozhodování a chování člověka. Rolí sestry je pojmenovat vnitřní a vnější motivy, motivovat pacienta ke spolupráci a pomoci mu dosáhnout žádaných cílů. S motivací je provázaná výše popisována **adherence k léčbě**<sup>6</sup>. Adherence je často používána jako míra úspěšnosti edukačních programů – i ten nejlepší plán edukace může být totiž neefektivní, pokud motivaci a adherenci není věnována dostatečná pozornost (Mandysová, 2016).

### 3.2.2.Plánování

Na základě získaných anamnestických údajů o pacientovi je třeba přesně definovat, jak bude edukace probíhat. Při plánování edukace si lze položit následující otázky dle Juřeníkové (2010):

- *Proč?*

V této fázi je nutné zvážit k jaké změně a v jaké oblasti by mělo dojít k pozitivnímu ovlivnění zdraví, a definovat přesné cíle edukace.
- *Koho?*

V tomto je důležité se zamyslet, pro koho je edukace určena.
- *Co?*

Zde je sestaven obsah edukace, který se váže k potřebám edukanta.
- *Jak?*

V této etapě je důležité zvolit vhodné metody a formy edukace, které jsou pro daného edukanta vyhovující.
- *Kdo a kdy?*

Tato otázka by měla vést k diskusi, který edukátor (zdravotník) poskytne edukaci a v jaké době.
- *Kde a za jakých podmínek?*

Tady je nutné zvážit prostředí, ve kterém bude edukace probíhat a co bude k tomu zapotřebí (pomůcky, technika).
- *S jakým výsledkem?*

V poslední fázi je nezbytné zvážit způsob a nástroje hodnocení edukace.

---

<sup>6</sup> adherence - dodržování léčebného režimu

Juřeniková (2010) charakterizuje **edukační cíle** jako očekávaný výsledek žádoucího chování pacienta. Tento výsledek definuje jako „*pozitivní a kvalitativní změna v edukantových vědomostech, dovednostech, postojích, návycích a hodnotové orientaci*“. Kuberová (2010) vnímá edukační cíl jako hypotetickou představu a ideální metu, k níž by se mělo prostřednictvím edukace dospět. Cíle lze dělit na krátkodobé (např. edukační lekce) a dlouhodobě (např. celá edukace u jednoho klienta). Vhodně zvolený cíl by měl přiměřený a reálný, musí odpovídat schopnostem jedince. Dále by měl být jednoznačný a jeho dosažení by mělo být možné zkontrolovat (Juřeniková, 2010). Mandysová (2016) upozorňuje, že plánování cílů by mělo probíhat společně s pacientem, aby došlo k propojení toho, co pacient chce znát, a co je dle edukátora důležité, aby znal.

Edukace ve zdravotnickém prostředí má nejčastěji čtyři **formy edukace** (Dušová, 2006). *Hromadnou výuku* lze definovat jako výklad učiva, demonstrace a cvičení dle vzoru edukátora. *Skupinová výuka* probíhá ve dvojici nebo trojici pacientů, kteří společně hledají řešení problémů, pomocí demonstrací a cvičení za dohledu edukátora. *Individuální výuka* zahrnuje edukaci a procvičování na pokoji za dohledu edukátora a v rámci *individualizované výuky* připravuje edukátor pro klienta pracovní list, písemnou prezentaci učiva či instruktáž.

Důležité je rovněž zvolit správnou **edukační metodu**. Aby byla metoda vhodná a efektivní, je nutné přihlídnout k osobnosti pacienta, k jeho dosavadním vědomostem a zkušenostem, a také je nutné respektovat jeho zdravotní a psychologický stav. Existuje ohromné množství metod edukace, avšak ve zdravotnictví se reálně používají nejčastěji tyto: přednáška, vysvětlování, instruktáž a praktické cvičení, rozhovor, diskuze, konzultace či práce s textem (Juřeniková, 2010).

Na konci této fáze by měl být sestaven **edukační plán**, který může sloužit jako „mapa“ k dosažení stanovených cílů. Plán by měl obsahovat všechny výše popsané položky: účel, cíle, obsah, metody, forma, harmonogram, pomůcky a hodnocení (Mandysová, 2016).

### 3.2.3. Implementace

Realizace edukace by měla vycházet ze zjištěných informací a předem připraveného edukačního plánu. Na realizaci tohoto plánu by se v ideálním případě měl podílet celý multidisciplinární zdravotnický tým. Důraz by měl být kladen i na přípravu edukátora (zdravotníka) na edukaci. Ta spočívá především v seznámení se s edukačním plánem a charakterem edukační lekce. V neposlední řadě je nutné rovněž připravit edukanta (pacienta) na edukaci, vhodné prostředí a pomůcky pro výuku (Juřeníková, 2010).

Kvalitu edukace ovlivňuje rozvoj verbálních a neverbálních komunikačních dovedností edukátorů, sester, ale i samotných učících se jedinců. Je důležitá vzájemná důvěra zúčastněných, která podporuje víru v pozitivní dosažení stanovených cílů. Sestra při edukaci nemá lhát, nemá se vysmívat nebo se chovat k edukovaným pacientům devalvujícím způsobem. Neměla by být závistivá, ironická, pomlouvačná a neměla by edukanty podceňovat (Kuberová, 2010).

Svěráková (2012) připomíná, že nutnou součástí edukace je i záznam o jejím provedení do dokumentace.

### 3.2.4. Hodnocení

Hodnocení, neboli evaluace, je poslední fází edukačního procesu, ve které je nejčastěji edukant hodnocen edukátorem. Ve zdravotnictví je hodnocení provedeno zdravotníkem, který posoudí jakých výsledků a dovedností bylo u pacienta dosaženo (Juřeníková, 2010).

Dušová (2006) uvádí 3 typy hodnocení edukačního procesu:

- kladení otázek – zjišťování dosažených vědomostí a znalostí klienta
- pozorování – sledování zručnosti klienta
- realizace zápisu o edukaci klienta

V ošetrovatelské praxi by měla sestra poskytnout pacientům především pozitivní zpětnou vazbu, jako je např. pochvala, povzbuzení nebo odměna za žádoucí chování pacienta. Následně by měla přejít ke konkrétní kritice, co by bylo dobré a co naopak méně dobré. Evaluace by měla poskytnout také návrhy, jak lze potřebné změny realizovat (Kuberová, 2010).

### 3.3. Edukace sestrou v léčbě virové hepatitidy C

V zahraniční literatuře se často objevuje pojem „*hepatology nurse specialists*“, který lze přeložit jako *hepatologická sestra*. Jde o specializaci, která se zaměřuje na podporu zdraví, prevence nemocí a péče o pacienty postižené onemocněním jater (Maghlaoui, 2012). Pro účely této práce by se tuto specializaci dalo přirovnat k pracovní náplni všeobecných sester v hepatologických ambulancích.

Mezi základní úkony sestry v péči o pacienty s HCV patří dle Maghlaoui (2012):

- screening pacientů s rizikem infekce virové hepatitidy C
- edukace pacientů, partnerů popř. příbuzných nebo přátel o léčbě HCV
- provedení důkladné anamnézy, která zahrnuje posouzení stávajícího stavu pacienta
- multioborová spolupráce v péči o pacienty s HCV
- monitoring účinnosti léčby a vedlejších účinků

Jak již bylo popsáno výše, spolupráce s uživateli drog je mnohdy komplikovaná a náročná. Pacienti jsou často málo motivovaní a mají velké problémy s dodržováním léčebného režimu, proto je důležité ke každému přistupovat individuálně. Informace o pacientovi sestra získává rozhovorem, prostudováním lékařské dokumentace nebo z dokumentace jiných specialistů (adiktolog, psycholog, sociální pracovník aj.). Edukace pacienta by měla probíhat individuálně, ideálně formou rozhovoru, instruktáže (injekční aplikace léků) či práce s textem (informovaný souhlas).

Klíčovým krokem je zahrnout do edukace pokyny k omezení přenosu infekce HCV (Urbánek et al., 2015; Maghlaoui, 2012):

- nesdílejte žádné injekční náčiní, jako jsou jehly a stříkačky
- nedarujte krev krevní deriváty, orgány, tkáně či sperma
- nesdílejte holicí strojky, zubní kartáčky nebo cokoli jiného, co by mohlo být kontaminováno krví
- každou otevřenou ránu důkladně ošetřete tak, aby nedošlo k jakékoliv expozici jiné osoby infikovanou krví
- používejte kondomy při sexu. Riziko přenosu viru hepatitidy C během sexu je malé, ale použitím kondomů se ještě snižuje.

Mezi další pokyny lze zařadit omezení konzumace alkoholu na dávku menší než 50g denně a doporučení očkování proti virové hepatitidě A a/nebo B (Urbánek et al., 2015).

Na místě je rovněž informování o správné výživě. Pacient musí být informován, že může při léčbě HCV užívat až 18 tablet denně, spolu s jídlem (Serfaty, 2013). Proto by si měl pacient jednotlivé porce správně rozvrhnout, základem však je vydatná snídaně. Strava by měla obsahovat hlavně bílkoviny např. tvaroh, a vitamíny např. mrkev a hlávkový salát. Není doporučována tučná, těžká, pikantní nebo nadýmavá strava (Beneš, 2012).

### Instruktaž injekční aplikace léku PegIntron®

Kromě správného postupu při subkutánní aplikaci léku (Příloha č. 3), by měla sestra pacienta poučit o vhodném uskladnění injekcí tj. v chladničce při 2 °C – 8 °C a správné likvidaci injekcí tj. do uzavřené nádoby.

### **Obrázek č. 1: Subkutánní injekce PegIntron®**



Zdroj: Autorka práce

Každodenní klinickou praxi by mohl usnadnit edukační záznam (Příloha č. 4), který by tvořil protokol k řízení sesterské edukace (Serfaty, 2013). Dokument by měl obsahovat zhodnocení porozumění pacienta onemocnění a vedlejších účinků léčby a pokroky v dodržování léčby. Vzor tvoří metodický protokol pro

konzultaci sestry s pacientem, který byl použit ve francouzské studii, která zkoumala účinnost systematických konzultací se sestrou (Larrey et al., 2011). Výsledkem šetření bylo zjištění, že systematická edukace specializovanou sestrou zvyšovala adherenci pacientů v léčbě virové hepatitidy C, a to zvláště u těžko léčitelných pacientů.

### **3.4. Práce s pacientem při zahájení léčby HCV**

Do hepatologické ambulance přicházejí především pacienti s virovými hepatitidami. Při první návštěvě jsou nejprve zaregistrováni na recepci, poté si je převezme sestra, zkontroluje znovu údaje o pacientovi a doplní příslušné informace: z jakého důvodu pacient přichází, kdy a kde mu byla poprvé diagnostikována hepatitida, zda je či v minulosti byl uživatelem drog a jakých, a chce-li se při potvrzení diagnózy na základě krevních testů léčit v této ambulanci. Dále dle standardu o vstupním vyšetření předá sestra pacientům formuláře k vyplnění: Vstupní kontaktní formulář, Informovaný souhlas s odběry krve a Formulář o drogové závislosti. Po tomto kroku odebere sestra pacientovi krev na biochemické vyšetření jaterních testů, HIV, syfilis, a tzv. panel hepatitid: typu A, B a C. Povinností sestry je pacienta s podezřením na virovou infekční hepatitidu informovat o rizicích a chování ve vztahu k sobě samému i ke svému okolí. Posléze je pacient objednan k lékaři, který mu sdělí výsledky krevních testů, informuje o možnostech léčby infekční hepatitidy a provede edukaci. Sestra pak pacientovi předá edukační materiály, které podepíše pacient, lékař a sestra, jenž se edukace účastní. Tyto tiskopisy jsou provedeny dvojmo, jedny slouží jako součást dokumentace a druhé se předávají pacientovi. Důležité je, aby byla léčba infekční hepatitidy zahájena co nejdříve, aby se tak předešlo dalšímu poškození jater pacienta, ale také aby se zabránilo dalšímu šíření onemocnění.

Někteří pacienti však navštěvují ambulanci dlouhodobě, a zahájí léčbu se z různých důvodů rozhodnou až později. Do této skupiny často patří i uživatelé drog. Podstatou dlouhodobé a kontinuální péče o tyto pacienty je mimo jiné edukace pacienta a podpora jeho motivace k zahájení léčby HCV. Pacienti jsou v péči multidisciplinárního týmu, a mají možnost být zařazeni i do programu substituční léčby.

Bakalářská práce se však zaměřuje na edukaci v rámci zahájení léčby HCV. Jde o *základní edukaci* probíhající během jednoho sezení. Na vědomosti a dovednosti získané během tohoto sezení navazuje *reedukační edukace*, která probíhá při dalších návštěvách pacienta hepatologické ambulance. Edukační proces, který je popisován výše, probíhá zde ve zkrácené verzi. Ve fázi posuzování sestra zkoumá jaké vědomosti a dovednosti již pacient získal, pozornost věnuje rovněž motivaci a adherenci pacienta. Fáze plánování je stručná, protože forma a metody edukace u jednotlivých pacientů se většinou neliší. Ve fázi implementace probíhá samotná edukace, která je následně ústně zhodnocena.

Pacient se dostaví na předem obdržený termín k lékaři do hepatologické ambulance. Sestra společně s pacientem zkontroluje osobní údaje pacienta, včetně příslušné zdravotní pojišťovny a provede u něj tyto výkony:

- změří výšku a váhu
- změřit TK, P
- těhotenský test u žen (hladina hCG v moči)
- příprava dokumentace k léčbě HCV

Sestra dále kontroluje, zda byly provedeny všechny odběry krve před léčbou, natočeno EKG a provedeno sono břicha. Dokumentace k léčbě HCV obsahuje tzv. „*Check list*“, tabulku s rozpisem odběrů krve v léčbě a výdejem léků. Léčba může trvat 12, 24 a 48 týdnů. Příslušný řádek s datem odběru je odlišen tmavou barvou, pro lepší orientaci pacienta. Pokud je léčba nastavena na 24 týdnů, pak se odběry provádí ve 2., 4., 8., 12., 16., 20. a 24. týdnu léčby, současně jsou vydávány i léky na následující týdny léčby. Další odběry ve fázi sledování po léčbě se provádějí ve 36. a 48. týdnu od zahájení léčby.

Pacient je následně pozván do ordinace lékaře, který mu vysvětluje podstatu léčby HCV. Pacient je nejdříve poučen o své diagnóze, je mu vysvětleno, že v jeho krvi byly detekovány anti-HCV protilátky, které svědčí o přítomnosti viru HCV v jeho krvi. Tento průkaz je potvrzen metodou PCR. Dále je pacientovi sdělen jeho genotyp a subtyp virové hepatitidy, na základě kterého byl lékařem zvolen léčebný postup. Lékař dále zkoumá stádium poškození jaterní tkáně pomocí neinvazivní diagnostické techniky – *Fibroscanu*. Během edukačního pohovoru pacienta lékařem, který trvá 15-30 minut, jsou pacientovi předány podrobné in-



formace o zvoleném léčebném režimu, dávkování léků a jejich možných nežádoucích účincích. Dále pak o vhodných režimových a dietních opatřeních s důrazem na používání hygienických potřeb, konzumaci alkoholu, sexuální aktivity a zdůrazní zásadní nevhodnost početí u žen s pozitivním PCR HCV, u partnerek mužů s pozitivním PCR HCV v průběhu léčby a 6 měsíců po jejím ukončení. Edukace lékařem trvá 15 – 30 minut formou edukačního pohovoru.

Další fáze edukace probíhá na sesterně a trvá minimálně dalších 15 minut. Způsob edukace sestrou je dán léčebným režimem, který lékař zvolí na základě příslušného genotypu hepatitidy. U režimu dvojkombinace antivirotik PEG-IFN a RBV, předává sestra instrukce ohledně aplikace injekcí. V případě bezinterferonového režimu vydá sestra pacientovi léky a vysvětlí jejich přesné dávkování. Subkutánní aplikaci léku PegIntron® může provést sám pacient, pokud si již v minulosti injekce aplikoval. Sestra v tomto případě správný postup vysvětlí pouze slovně a zpětnou vazbou zkontroluje, zda si pacient postup pamatuje. Ve druhém případě, sestra pacientovi aplikaci názorně ukáže a vysvětlí celý postup (viz Příloha č. 3). V případě, že jsou pacientovi ordinovány DAA, sestra poučí pacienta o správném dávkování (nejčastěji 2 – 0 – 2 společně s jídlem).

Dále pacient obdrží dokument, který obsahuje rozpis léčby, tzn. délku léčby, termíny kontrolních odběrů v léčbě, termíny vydávání medikace a termíny kontrol u lékaře. Sestra poučí pacienta o nutnosti dodržování těchto termínů a případném přeobjednání, pokud se pacient nemůže ze závažných důvodů dostavit. U všech režimů musí být dokumenty vyhotoveny dvojmo, jeden výtisk zůstává na ambulanci jako součást dokumentace a druhý je předán pacientovi

Na konci návštěvy pacient podepisuje informovaný souhlas o léčbě virové hepatitidy C. Sestra, vysvětlí jednotlivé pasáže textu a vybízí pacienta, aby si text pozorně přečetl a zeptal se na případné nesrovnalosti.

Důležitou úlohu má sestra v procesu léčby pacienta. Provádí monitorování a kontrolu probíhající léčby při každé návštěvě ambulance, odběry krve, které následně konzultuje s lékařem, vydává léky a provádí případnou reedukaci pacienta. Kontroluje pacienta, zda si umí správně aplikovat injekce, dotazuje se, jak se pacient cítí a případně se ptá na nežádoucí účinky léčby, které ihned konzultuje s lékařem. Opakovaně si ověřuje, zda pacient dodržuje režimová opatření, která mu byla vysvětlena. Jelikož se jedná zpravidla o léčbu u pacientů marginálních sku-

pin, tj. drogově závislých, lidí bez domova, či propuštěných z výkonu trestu, vytvoří se mezi sestrou a pacientem důvěryhodný vztah, takže sestra může během pravidelných kontrol zjistit i sociální problémy pacienta, s nimiž se jí svěří. V rámci multidisciplinárního týmu proto předá pacienta do péče adiktologa, psychologa nebo sociálního pracovníka.

# EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část navazuje na teoretické poznatky z první části bakalářské práce. V empirické části je popisován kvantitativní výzkum v oblasti edukace pacientů s virovou hepatitidou C a jeho výsledky.

## 4. Metodologie výzkumu

### 4.1. Cíl

Hlavním cílem výzkumu je pomocí dotazníkového šetření zmapovat edukaci z pohledu pacientů v léčbě virové hepatitidy C. Dalším cílem je na základě zjištěných skutečností vytvořit návrh edukačního záznamu pro všeobecné sestry v hepatologické ambulanci.

### 4.2. Hypotézy

Na základě formulovaných cílů byly stanovené následující hypotézy:

1. Lze předpokládat, že všichni dotazovaní byli informováni a poučeni o léčbě virové hepatitidy C.
2. Domnívám se, že edukace není pro všechny pacienty dostačující, srozumitelná a vyhovující.
3. Domnívám se, že edukace trvá obvykle více jak 30 minut, a nevztahuje se pouze na první návštěvu pacienta v ambulanci.

### 4.3. Zkoumaný soubor

Výzkumný soubor tvořili pacienti soukromé hepatologické ambulance v Praze. Všeobecné sestry pomocí záměrného výběru vybíraly vhodné pacienty pro dotazníkové šetření. Vstupním požadavkem pro zařazení do výzkumu byla probíhající léčba virové hepatitidy C nebo návštěvy ambulance v období po léčbě HCV, kdy pacienti docházeli na kontrolní odběry.

Šetření se zúčastnilo celkem 42 respondentů. Všichni dotazovaní byli pacienti hepatologické ambulance, splňovali výše uvedená kritéria pro zařazení do

výzkumu a všichni souhlasili se zařazením do studie. 5 dotazníků však muselo být vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění tohoto dotazníku. Konečný výzkumný soubor činil tak 37 respondentů, návratnost činila 88 %.

#### **4.4. Metody sběru dat**

Pro kvantitativní výzkumné šetření byla použita metoda dotazníku (Příloha č. 1). Bártlová (2005) definuje tuto metodu jako nepřímé dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek. Dotazník obsahoval 26 otázek, které byly pečlivě formulovány dle hypotéz výzkumu. Použity byly uzavřené otázky, polouzavřené otázky, kde pacienti měli možnost doplnit odpověď, pokud jim z předem připravených odpovědí žádná nevyhovovala a otevřené otázky pro doplnění výpovědi respondentů.

Dotazníky distribuovaly všeobecné sestry hepatologické ambulance. Pacienti vyplňovali dotazník v čekárně ambulance, během čekání na kontrolu u lékaře. Vyplněné formuláře pacienti vhadzovali do předem připraveného boxu. Doba pro vyplnění činila cca 10 – 15 minut.

Úvod dotazníku obsahoval oslovení respondenta, představení výzkumníka a výzkumu. Dále byla zdůrazněna anonymita dotazovaného a poděkování výzkumníka za vyplnění dotazníku.

Dotazník byl rozdělen do tří oblastí vztahujících se ke stanoveným hypotézám. V první oblasti byly pokládány otázky ohledně informovanosti v léčbě HCV (otázky č. 3–12 a č. 20–22). Zkoumalo se hlavně poučení ohledně nežádoucích účinků, užívání léků, konzumace alkoholu, hygienických potřeb, sexuální aktivity nebo zdroje informací o léčbě HCV. Druhá oblast ověřovala spokojenost, srozumitelnost i metodu edukace, a vztahovala se k druhé hypotéze (otázka č. 14–17 a č. 23). Třetí oblast odkazuje na poslední hypotézu, která se zabývá délkou edukace a reedukací (otázka č. 13, 18 a 19). Poslední oblast zahrnovala identifikační údaje respondentů (věk, pohlaví, vzdělání) a dvě kontrolní otázky zařazující respondenty do výzkumu.

#### **4.5. Organizace výzkumného šetření**

Dotazník byl určen pro pacienty hepatologické ambulance sídlící v Praze. Studie byla schválena ředitelem zařízení (Příloha č. 2). Sběr dat následně probíhal v průběhu ledna a února roku 2017.

V rámci dotazníkového šetření byla dodržována etická pravidla s důrazem na anonymitu a s cílem nepoškodit pacienta. Ústní souhlas pacientů s výzkumem byl získáván sestrami po adekvátním poučení o studii.

#### **4.6. Zpracování a analýza dat**

V první fázi zpracování dat byly všechny dotazníky zkontrolovány a následně vyřazeny ty, které byly neúplně vyplněny. Informace získané dotazníkovým šetřením byly zpracovány pomocí programu Microsoft Office Excel 2007. Data byla převedena do číselné podoby, a zpracována do tabulek a grafů (výsečových anebo sloupcových). Výsledky byly vyjádřeny pomocí *absolutní četnosti* –  $n$ , což je četnost vyjádřena v absolutních hodnotách a *relativní četnosti* –  $f$ , což je četnost vyjádřena v relativních hodnotách udávaná v procentech.

Dvě položky v dotazníku, které měly formu otevřené otázky, byly okomentovány slovně.

## 5. Výsledky

### 5.1. Identifikační údaje respondentů

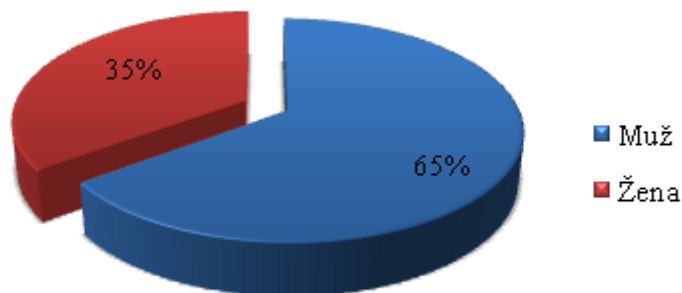
#### Pohlaví respondentů

Z celkového počtu respondentů (n=37) se šetření zúčastnilo 24 mužů a 13 žen. Procentuální zastoupení mužského a ženského pohlaví ve výzkumu znázorňuje tabulka č. 1 a graf č. 1.

Tabulka č. 1: Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Muži	24	65 %
Ženy	13	35 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 1: Pohlaví



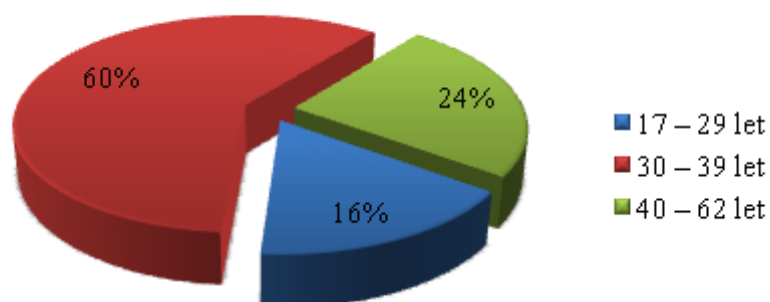
## Věk respondentů

Věk respondentů byl pro zjednodušení rozdělen do několika kategorií, které zobrazuje tabulka č. 2. Věkové rozmezí pacientů bylo 17–62 let. Nejpočetnější skupinou je 30–39 let, kterou tvoří 60 % respondentů. Průměrný věk dotazovaných pacientů tohoto ambulantního zařízení je 35 let, což o pár let převyšuje průměrný věk u nakažených HCV, který zaznamenalo Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti v roce 2015. Průměrný věk injekčních uživatelů, u kterých byla hlášena HCV, se v posledních 3 letech pohyboval v rozmezí 30–31 let (Mravčík, 2016).

Tabulka č. 2: Věk

Věk	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
17 – 29 let	6	16 %
30 – 39 let	22	60 %
40 – 62 let	9	24 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 2: Věk



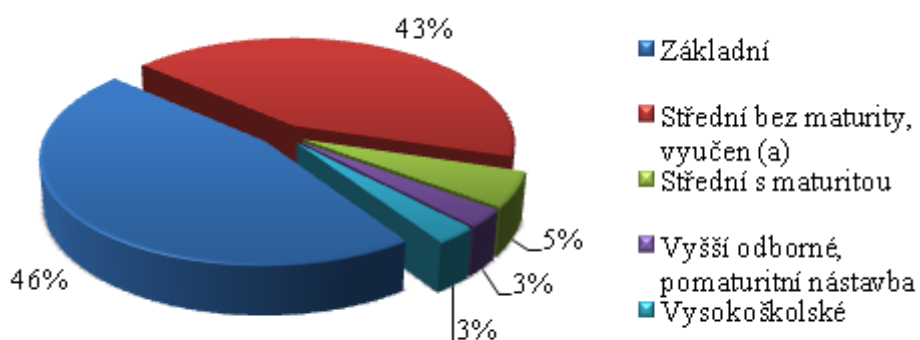
## Vzdělání respondentů

V následující tabulce č. 3 a grafu č. 3 je zobrazeno nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu respondentů mělo 46 % (17) osob základní vzdělání. Střední vzdělání bez maturity anebo v ýuční list uvedlo 43 % (16) dotazovaných. Další skupiny tvoří respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou (2), 1 respondent s vyšší odbornou školou a 1 dotazovaný je absolventem vysoké školy.

Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Základní vzdělání	17	46 %
Střední vzdělání bez maturity, vyučen (a)	16	43 %
Střední vzdělání s maturitou	2	5 %
Vyšší odborné vzdělání, pomaturitní nástavba	1	3 %
Vysokoškolské vzdělání	1	3 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání





## 5.2. Výsledky dotazníkového šetření

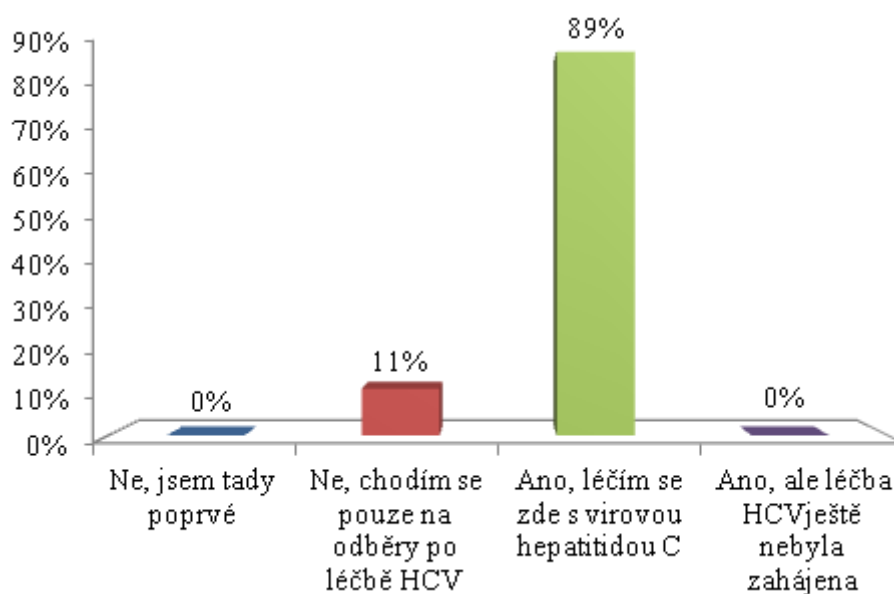
### Otázka č. 1: Navštěvujete naši hepatologickou ambulanci za poslední 2 týdny pravidelně?

První otázka dotazníku byla eliminační a jejím úkolem bylo vyřadit jedince, kteří nesplňovali kritéria pro zařazení do výzkumu. Do výzkumu byli zařazeni pacienti, kteří se aktuálně léčí s virovou hepatitidou C, ale i ti, u kterých už léčba proběhla, a do ambulance přicházeli na pravidelné kontrolní odběry po léčbě. Tento požadavek splnili všichni respondenti (n=37) – viz tabulka č. 4 a graf č. 4.

Tabulka č. 4: Navštěvujete hepatologickou ambulanci za poslední 2 týdny pravidelně?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Ne, jsem tady poprvé	0	0 %
Ne, chodím sem pouze na odběry po léčbě HCV	4	11 %
Ano, léčím se zde s virovou hepatitidou C	33	89 %
Ano, ale léčba HCV ještě nebyla zahájena	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 4: Navštěvujete naši hepatologickou ambulanci za poslední 2 týdny pravidelně?



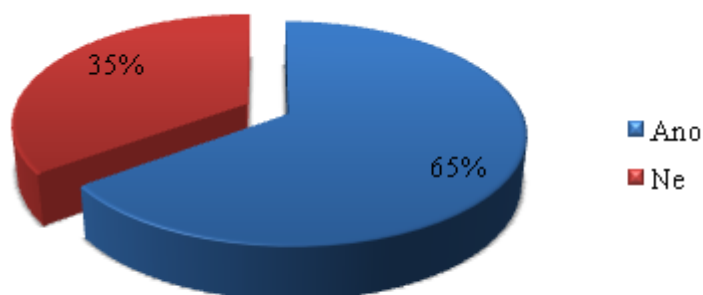
## Otázka č. 2: Jste zařazen(a) také v programu substituční léčby našeho zdravotnického zařízení?

Druhá otázka byla zařazena do dotazníku pro porovnání případných korelací mezi proměnnými (tabulka č. 5 a graf č. 5). 65 % (24) dotazovaných pacientů bylo v léčbě HCV rovněž zařazeno do programu substituční léčby<sup>7</sup>, 35 % (13) respondentů nevyužívalo tohoto programu.

Tabulka č. 5: Jste zařazen(a) také v programu substituční léčby?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Ano	24	65 %
Ne	13	35 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 5: Jste zařazen(a) také v programu substituční léčby?



---

<sup>7</sup> substituce – způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky než původní droga (Zdroj: Kalina a kol: Glosář pojmů)

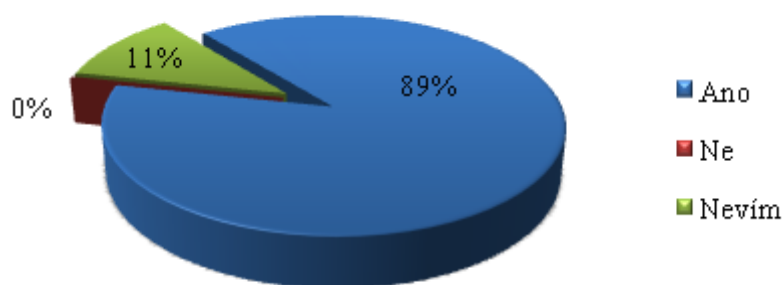
### Otázka č. 3: Byl(a) jste informován(a) o možných nežádoucích účincích léčby?

Nežádoucí účinky medikamentů v léčbě virové hepatitidy C jsou častým problémem, proto je tato oblast hlavním tématem edukace. O možných nežádoucích účincích bylo poučeno 89 % (33) respondentů (tabulka č. 6 a graf č. 6). 11 % (4) dotazovaných odpovědělo „Nevím“ a odpověď „Ne“ nevedl nikdo z respondentů.

Tabulka č. 6: Byl(a) jste informován(a) o možných nežádoucích účincích léčby?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Ano	33	89 %
Ne	0	0 %
Nevím	4	11 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 6: Byl(a) jste informován(a) o možných nežádoucích účincích léčby?



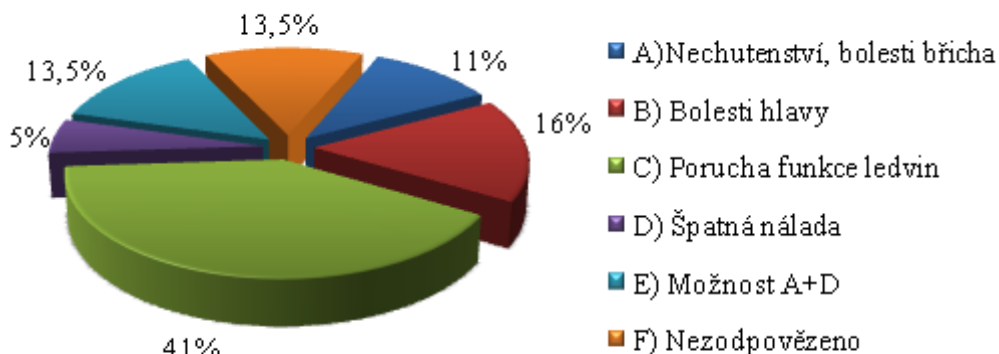
#### Otázka č. 4: Co podle Vás nepatří mezi nejčastější nežádoucí účinky léčby hepatitidy C?

Následující tabulka č. 7 a graf č. 7 znázorňují odpovědi na otázku, která zkoumala, zda dotazovaní znají nežádoucí účinky léčby virové hepatitidy C. Správná odpověď na tuto otázku zněla „porucha funkce ledvin“ a tuto odpověď zvolilo 40,5 % (15) osob. 13,5 % (5) respondentů se neřídilo pokyny v dotazníku a zaškrtnli dvě odpovědi, které nebyly uznány za správnou odpověď. Dalších 13,5 % (5) pacientů na tuto otázku neodpovědělo vůbec.

Tabulka č. 7: Nežádoucí účinky léčby HCV

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Nechutenství, bolesti břicha	4	11 %
Bolesti hlavy	6	16 %
Porucha funkce ledvin	15	41 %
Špatná nálada	2	6 %
Možnost A+D	5	13,5 %
Nezodpovězeno	5	13,5 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 7: Nežádoucí účinky léčby HCV



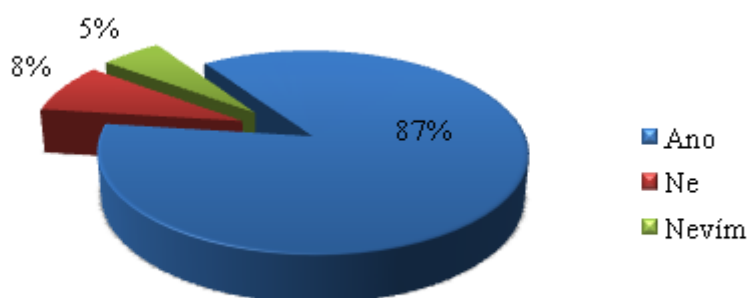
### Otázka č. 5: Byl(a) jste informován(a) na koho se obrátit v případě, že se objeví nežádoucí účinky léčby?

Naprostá většina edukovaných, tj. 87 % (32) osob, byla informována o tom, na koho se obrátit v případě, že se objeví nežádoucí účinky léčby virové hepatitidy C. V tabulce č. 8 a grafu č. 8 je zaznamenán podíl těchto pacientů a jedinců, kteří informováni nebyli (odpověď „Ne“) nebo si nejsou vědomí, že takovou informaci dostali (odpověď „Nevím“).

Tabulka č. 8: Objevení se nežádoucích účinků

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Ano	32	87 %
Ne	3	8 %
Nevím	2	5 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 8: Objevení se nežádoucích účinků



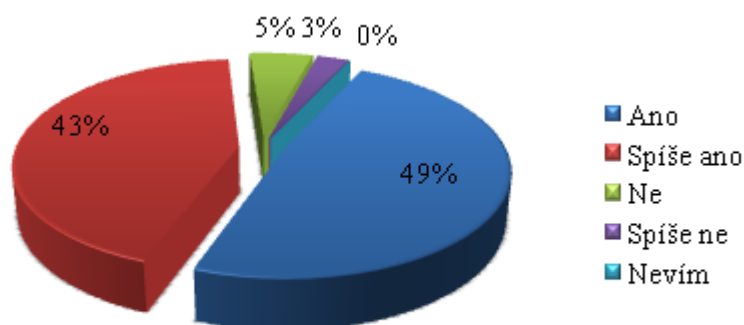
## Otázka č. 6: Byl Vám vysvětlen průběh léčby tak, že jste si nemusel(a) zjišťovat další informace?

Dále byla dotazovaným položena otázka, zda si po edukaci poskytnutou zdravotníky museli ještě zjišťovat další informace ohledně léčby HCV. Z tabulky č. 9 a grafu č. 9 lze vyčíst, že tady již odpověď nebyla zcela jednoznačná. Naprostá většina pacientů odpovídala souhlasně, 49 % (18) dotazovaných odpovědělo „Ano“, ale 43 % (16) odpovědělo „Spíše ano“. Ve zkoumaném vzorku byli i pacienti, kteří si myslí, že jim průběh léčby nebyl vysvětlen dostatečně: 5 % (2) pacientů s odpovědí „Ne“ a 3 % (1) pacientů s odpovědí „Spíše ne“.

Tabulka č. 9: Další informace o léčbě HCV

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Ano	18	49 %
Spíše ano	16	43 %
Ne	2	5 %
Spíše ne	1	3 %
Nevím	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 9: Další informace o léčbě HCV



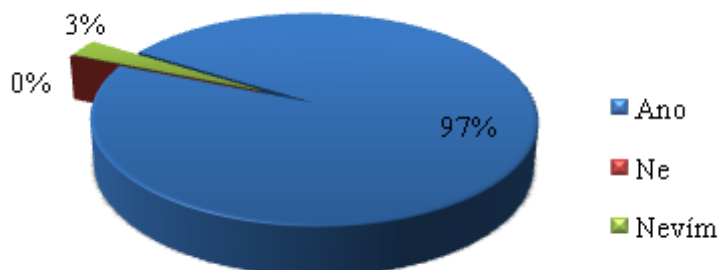
### Otázka č. 7: Byl(a) jste informován(a) ohledně dávkování léků (např. kolik tablet užít a v jakou denní dobu)?

Ohledně dávkování léků byli poučeni takřka všichni dotazovaní (tabulka č. 10 a graf č. 10). Prohlášení, že pacienti byli informováni ohledně dávkování léků, potvrdilo 97 % (36) pacientů, a 3 % (1) pacientů odpovědělo „Nevím“.

Tabulka č. 10: Byl(a) jste informován(a) ohledně dávkování léků?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Ano	36	97 %
Ne	0	0 %
Nevím	1	3 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 10: Byl(a) jste informován(a) ohledně dávkování léků?



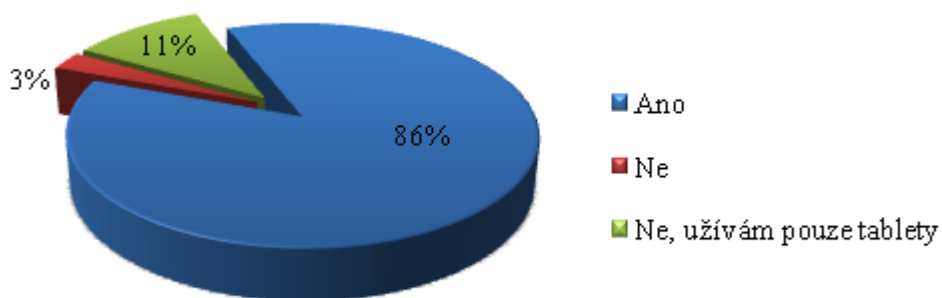
## Otázka č. 8: Byl Vám ukázán správný postup při injekční aplikaci léků?

Správný postup při injekční aplikaci léků demonstrovaly sestry všem pacientům, kteří v léčbě užívali pegylovaný interferon alfa. Léčba některých pacientů však byla bezinterferonová, tudíž tato edukace nebyla nutná. Tento stav popisuje tabulka č. 11 a graf č. 11: 86 % (32) respondentů bylo poučeno, 3% (1) pacientů poučeno nebylo a 11 % (4) pacientů užívalo pouze perorální medikaci.

Tabulka č. 11: Injekční aplikace léků

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Ano	32	86 %
Ne	1	3 %
Ne, užívám pouze tablety.	4	11 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 11: Injekční aplikace léků





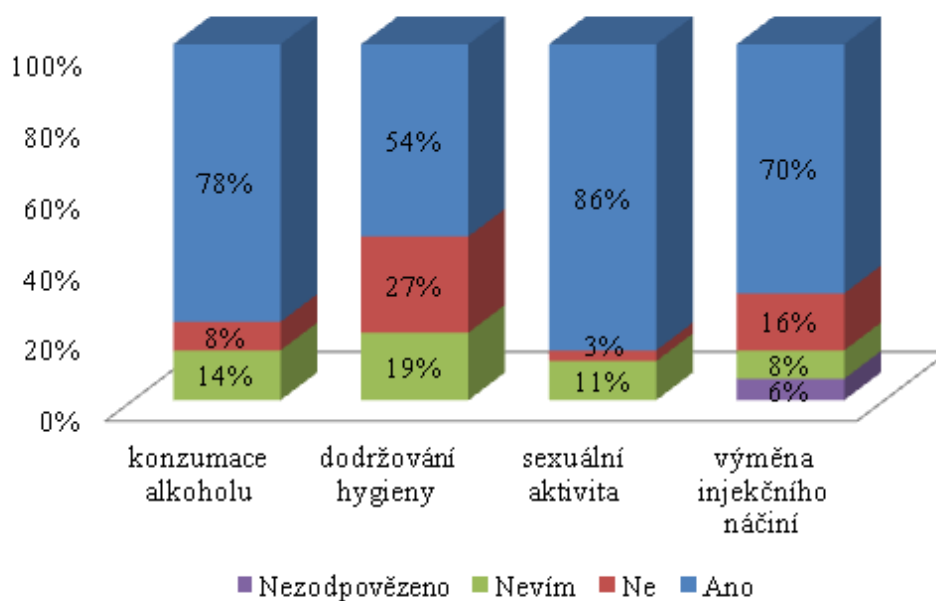
## Otázky č. 9 – 12: Režimová opatření

V následujícím grafu č. 12 (tabulky č. 12 – 15) jsou zahrnuty otázky č. 9 – 12, které se týkaly edukace ohledně specifického režimu tohoto onemocnění. Jednalo se o otázky:

- Byl (a) jste informován (a) ohledně konzumace alkoholu?
- Byl (a) jste informován (a) ohledně používání hygienických potřeb (např. zubního kartáčku)?
- Byl (a) jste informován (a) ohledně sexuální aktivity?
- Byla Vám doporučena výměna injekčních stříkaček?

Ve všech případech většina respondentů odpovídala kladně. Ohledně konzumace alkoholu bylo poučeno 78 % (29) pacientů, používání hygienických pomůcek bylo vysvětleno 54 % (20) pacientů, edukace v souvislosti se sexuální aktivitou byla provedena u 86 % (32) pacientů a doporučení výměny injekčního náčiní slyšelo 26 % (20) respondentů. Zajímavým výsledkem je záporná odpověď „Ne“ u 27 % (10) dotazovaných osob, ohledně informovanosti o používání hygienických potřeb. Edukaci v oblasti výměny injekčního náčiní nezaznamenalo 8 % (3) respondentů a dalších 6 % (2) na tuto otázku neodpovědělo.

Graf č. 12: Edukace ohledně režimových opatření



Tabulka č. 12: Byl(a) jste informován(a) ohledně konzumace alkoholu?

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (f)</b>
Ano	29	78 %
Ne	3	8 %
Nevím	5	14 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Tabulka č. 13: Byl(a) jste informován(a) ohledně používání hygienických potřeb?

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (f)</b>
Ano	20	54 %
Ne	10	27 %
Nevím	57	19 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Tabulka č. 14: Byl(a) jste informován(a) ohledně sexuální aktivity?

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (f)</b>
Ano	32	86 %
Ne	1	3 %
Nevím	4	11 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Tabulka č. 15: Byla Vám doporučována výměna injekčních stříkaček?

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (f)</b>
Ano	26	70 %
Ne	6	16 %
Nevím	3	8 %
Nezodpovězeno	2	6 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

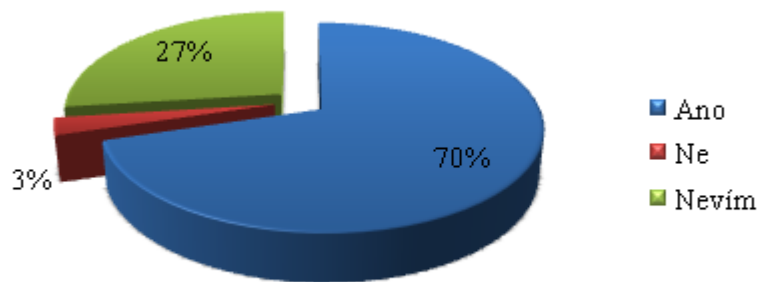
### Otázka č. 13: Byl(a) jste při další návštěvě znovu poučen(a) sestrou?

Tabulka č. 16 a graf č. 13 znázorňují odpovědi respondentů k otázce č. 13 dotazníku. 70 % (26) dotazovaných se shodlo, že reedukováni byli, 27 % (10) pacientů odpovědělo „Nevím“ a 3 % (1) při další návštěvě ambulance poučeno nebylo.

Tabulka č. 16: Byl(a) jste při další návštěvě znovu poučen(a) sestrou?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Ano	26	70 %
Ne	1	3 %
Nevím	10	27 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 13: Byl(a) jste při další návštěvě znovu poučen(a) sestrou?



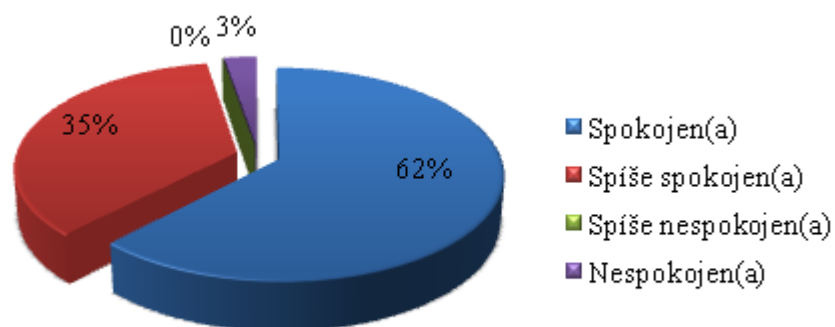
## Otázka č. 14: Jak hodnotíte obsah poskytnutých informací ohledně léčby HCV?

V další otázce měli respondenti možnost ohodnotit obsah poskytnutých informací zdravotníkem (tabulka č. 17 a graf č. 14). Naprostá většina odpovídala kladně, ale 35 % (13) jedinců nebyla absolutně spokojena a volila možnost „*Spíše spokojeni*“. Jedna osoba byla „*Nespokojena*“.

Tabulka č. 17: Hodnocení obsahu edukace

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Spokojen(a)	23	62 %
Spíše spokojen(a)	13	35 %
Spíše nespokojen(a)	0	0 %
Nespokojen(a)	1	3 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 14: Hodnocení obsahu edukace



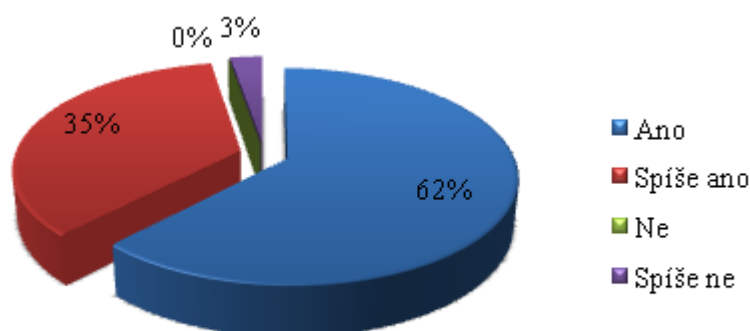
## Otázka č. 15: Bylo pro Vás poučení zdravotníků srozumitelné?

Další otázka dotazníku se zabývala srozumitelností edukace zdravotníků, kterou znázorňuje tabulka č. 18 a graf č. 15. Poučení považuje za srozumitelné 62 % (23) respondentů a 35 % (13) dotazovaných odpovědělo „*Spíše ano*“. Respondenti, kteří odpověděli „*Ne*“ (0) a „*Spíše ne*“ (1) měli možnost vypsát téma, které pro ně nebylo srozumitelné v následující otevřené otázce. Tuto nabídku využil pouze jeden respondent, kterému edukace o „*průběhu léčby*“ nebyla zcela srozumitelná.

Tabulka č. 18: Bylo pro Vás poučení zdravotníků srozumitelné?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Ano	23	62 %
Spíše ano	13	35 %
Ne	0	0 %
Spíše ne	1	3 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 15: Bylo pro Vás poučení zdravotníků srozumitelné?



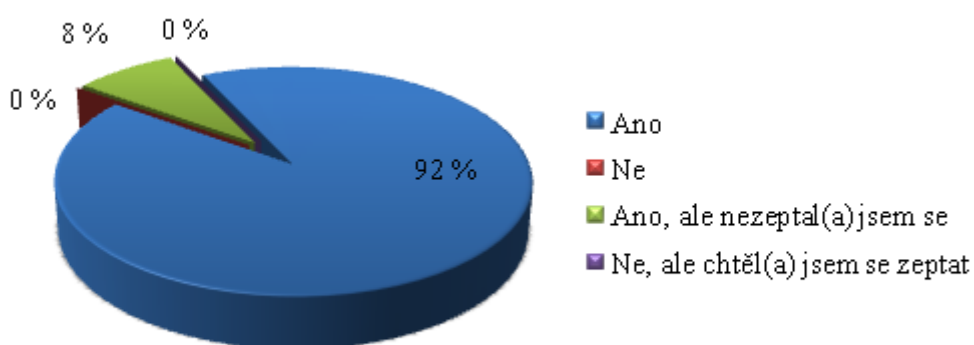
## Otázka č. 16: Měl(a) jste možnost zeptat se na informace, kterým jste nerozuměl(a)?

Otázka č. 16 se zaměřovala na situaci, kdy pacientovi není srozumitelná nějaká informace, a zda má v takovém případě možnost požádat o zopakování daného sdělení. Tabulka č. 19 a graf č. 16 shrnují tyto data. Velká část, 92 % (34) dotazovaných měla možnost zeptat se na informace, kterým nerozuměla. Menší část 8 % (3) respondentů uvedla, že možnost měla, ale nezeptala se.

Tabulka č. 19: Opakování nesrozumitelných informací

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Ano	34	92 %
Ne	0	0 %
Ano, ale nezeptal (a) jsem se	3	8 %
Ne, ale chtěl (a) jsem se zeptat	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 16: Opakování nesrozumitelných informací



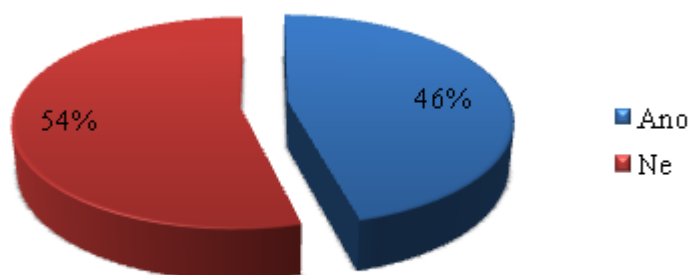
## Otázka č. 17: Uvítal(a) byste více informací?

Více informací o léčbě virové hepatitidy C by uvítalo 46 % (17) dotazovaných (tabulka č. 20 a graf č. 17). Tito respondenti měli dále možnost napsat, co konkrétně jim během edukace chybělo. Mezi nejčastější podněty patřilo: stravování a dieta během léčby, větší srozumitelnost, větší empatie zdravotníků, informace ohledně těhotenství v léčbě HCV, edukace ohledně nežádoucích účinků a informace o zdravotním stavu v průběhu léčby. Pro 54 % (20) pacientů byla edukace dostačující a další informace by nebyly zapotřebí.

Tabulka č. 20: Uvítal(a) byste více informací?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Ano	17	46 %
Ne	20	54 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 17: Uvítal(a) byste více informací?



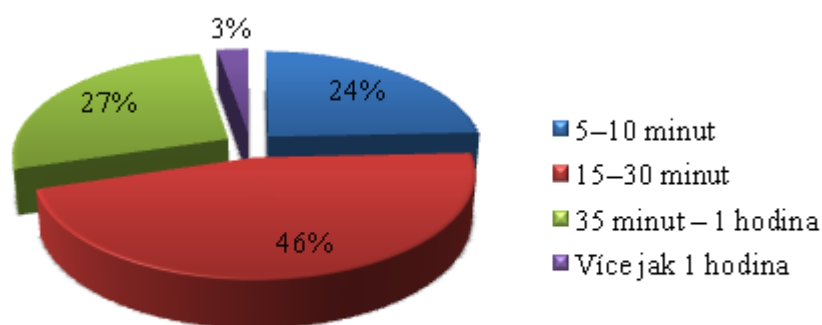
## Otázka č. 18: Jak dlouho trvalo poučení o léčbě virové hepatitidy C zdravotníkem?

Respondenti byli rovněž dotazováni na délku edukace o léčbě virové hepatitidy C. Výsledky shrnuje tabulka č. 21 a graficky znázorňuje graf. č.18. U necelé poloviny respondentů trvala edukace 15–30 minut. 27 % (10) pacientů strávilo v ambulanci 35 minut – 1 hodinu a 24 % (9) edukantů bylo v ambulanci pouze 5–10 minut.

Tabulka č. 21: Délka edukace

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
5–10 minut	9	24 %
15–30 minut	17	46 %
35 minut – 1 hodina	10	27 %
Více jak 1 hodinu	1	3 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 18: Délka edukace





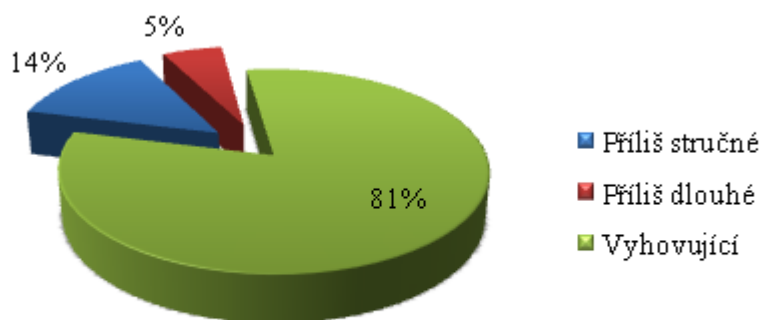
## Otázka č. 19: Jak hodnotíte délku tohoto poučení o léčbě virové hepatitidy C?

Dotazovaní měli i možnost hodnotit délku poučení o léčbě virové hepatitidy C. Délka edukace vyhovovala 81 % (30) respondentů. Za příliš stručnou považovalo edukaci 14 % (5) dotazovaných. Hodnocení délky edukace znázorňuje tabulka č. 22 a graf č. 19.

Tabulka č. 22: Hodnocení délky edukace

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Příliš stručné	5	14 %
Příliš dlouhé	2	5 %
Vyhovující (poučení nebylo ani krátké ani dlouhé)	30	81 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 19: Hodnocení délky edukace



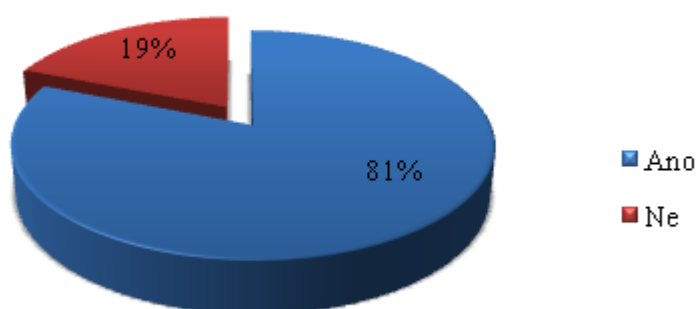
## Otázka č. 20: Získal(a) jste informace o průběhu léčby, nežádoucích účincích anebo prognóze již před zahájením léčby?

Další položka v dotazníku byla filtrační otázka mapující informovanost pacientů o léčbě virové hepatitidy C, ještě před zahájením léčby ve specializované hepatologické ambulanci (tabulka č. 23 a graf č. 20). „Ano“ odpovědělo 81 % (30) dotazovaných, kteří dále pokračovali v následující otázce v dotazníku. Jediní, kterých odpověď zněla „Ne“ – 19 % (7) dotazovaných – dále pokračovali otázkou č. 23.

Tabulka č. 23: Informace před zahájením léčby

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Ano	30	81 %
Ne	7	19 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 20: Informace před zahájením léčby



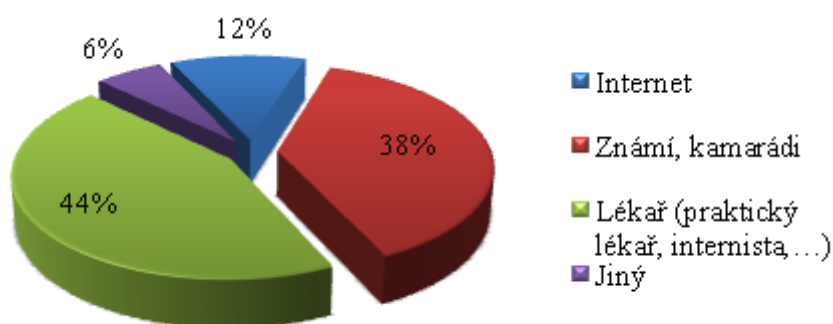
## Otázka č. 21: Jaký byl zdroj těchto informací?

V následující otázce byli respondenti dotazováni, jaký je jejich zdroj informací o léčbě hepatitidy C, který získali před zahájením léčby (tabulka č. 24 a graf č. 21). Poměrně velká část respondentů získala informace u lékaře – 44 % (13) pacientů. 38 % (11) dotazovaných mělo před léčbou informace od známých a kamarádů, ostatní si našli informace na internetu – 12 % (4), anebo měli jiný zdroj – 6 % (2) dotazovaných. Osoby, které zaškrtnly odpověď „Jiný“ udávaly jako zdroj: jiný specialista anebo opatrovnice.

Tabulka č. 24: Zdroj informací

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Internet	4	12 %
Známí, kamarádi	11	38 %
Lékař (praktický lékař, internista,...)	13	44 %
Jiný	2	6 %
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 21: Zdroj informací



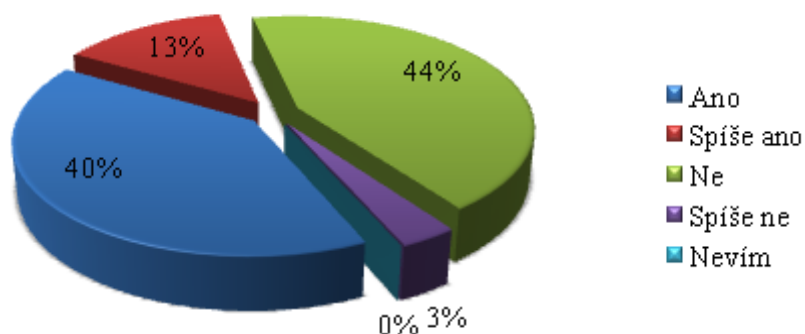
## Otázka č. 22: Ovlivnily získané informace Vaše rozhodování zahájit léčbu hepatitidy C?

Předpokladem pro zodpovězení následující otázky bylo získání informací o léčbě hepatitidy C před zahájením léčby z různých zdrojů. Pro výzkumné šetření byl důležitý i údaj, zda získané informace ovlivnily rozhodování pacientů zahájit léčbu (tabulka č. 25 a graf č. 22). Z dat vyplývá, že z celkového počtu dotazovaných (n=30), 40 % (12) respondentů odpovědělo „Ano“, 13 % (4) respondentů odpovědělo „Spíše ano“, 44 % (13) respondentů odpovědělo „Ne“ a 3 % (1) respondentů odpovědělo „Spíše ne“.

Tabulka č. 25: Ovlivnění léčby

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Ano	12	40 %
Spíše ano	4	13 %
Ne	13	44 %
Spíše ne	1	3 %
Nevím	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 22: Ovlivnění léčby



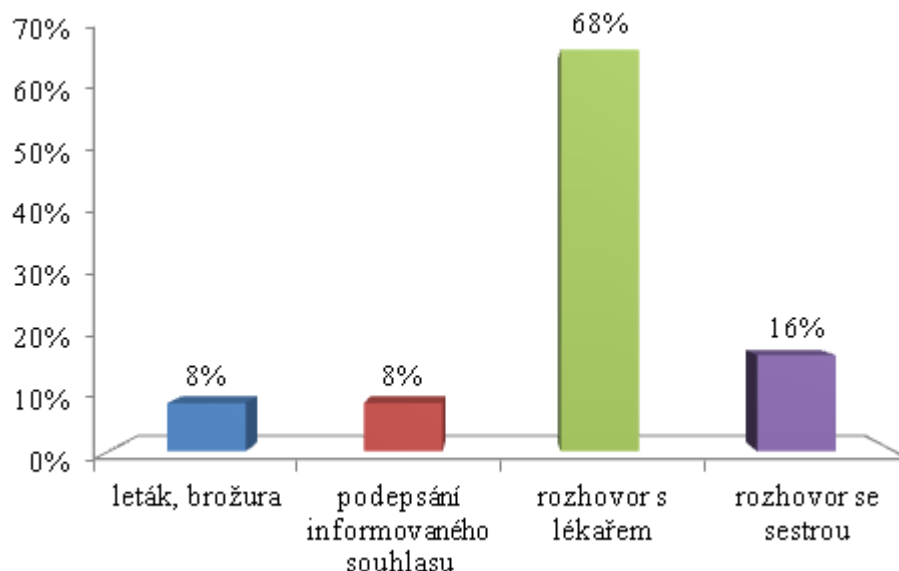
### Otázka č. 23: Jaký způsob předání informací ohledně léčby hepatitidy C by byl pro Vás nejlepší?

Ideální metodou předání informací ohledně virové hepatitidy C by byl pro 68 % (25) respondentů rozhovor s lékařem (tabulka č. 26 a graf č. 23). Rozhovor se sestrou by volilo 16 % (6) dotazovaných, ostatní by raději podepsali informovaný souhlas – 8 % (3) anebo si přečetli leták – 8 % (3).

Tabulka č. 26: Nejlepší způsob předání informací

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (f)
Leták, brožura	3	8 %
Podepsání informovaného souhlasu	3	8 %
Rozhovor s lékařem	25	68 %
Rozhovor se sestrou	6	16 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 23: Nejlepší způsob předání informací



## 6. Vyhodnocení hypotéz

Před zahájením výzkumu byly vytvořené hypotézy, na které mělo realizované dotazníkové šetření odpovědět.

***Hypotéza č. 1: Lze předpokládat, že všichni dotazovaní byli informováni a poučeni o léčbě virové hepatitidy C.***

K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 3 – 12, a dále také č. 20 – 22. V této stěžejní a obsáhlé části výzkumu bylo zkoumáno, zda byli pacienti edukováni o průběhu léčby hepatitidy C, nežádoucích účincích léčby a různých dalších režimových opatřeních, které je důležité během léčby dodržovat. Ověřoval se rovněž zdroj informací o léčbě HCV před zahájením léčby.

Tato hypotéza se potvrdila. Všichni pacienti byli edukováni ohledně léčby virové hepatitidy C, výpovědi se lišily pouze v tom, jakými tématy se edukace zabírala a jakými ne.

O nežádoucích účincích bylo poučeno 89 % pacientů (otázka č. 3), avšak zvolit správnou odpověď ve výčtu těchto nežádoucích účinků nesvedla ani polovina. Zde se ani nenašla korelace mezi vyšším vzděláním a správnou odpovědí na tuto otázku, protože 60 % z respondentů, kteří odpověděli správně, měli ukončené základní vzdělání. Necelá polovina (49 %) dotazovaných považovala edukaci za kompletní (otázka č. 6) a nemusela získávat další informace o léčbě HCV. 43 % respondentů ale odpovědělo „*Spíše ano*“. Toto může znamenat postrádání některých informací o průběhu léčby v edukaci zdravotníků, ale problém může být i na straně pacienta (intoxikace, nepamatuje si).

V oblasti edukace ohledně specifického režimu v léčbě HCV (otázky č. 7 – 12) odpovídala značná většina kladně, tj. většina byla poučena o dávkování léků, injekční aplikaci léků, konzumaci alkoholu, používání hygienických potřeb, sexuální aktivitě a výměně injekčního náčiní. Zajímavým výsledkem u 27 % respondentů je záporná odpověď na otázku, jestli byli poučeni o používání hygienických potřeb (např. zubního kartáčku). Přitom pokyny ČHS, autora Urbánka (2015), jasně zdůrazňují povinnost informovat pacienta o nutnosti zabránění náhodnému použití svého zubního kartáčku, holicích potřeb apod. další osobou.

Vždy se mezi odpověďmi respondentů našly i odpovědi „Nevím“ (otázky č. 3, 5, 7, 9, 10, 11 a 12), což může označovat nepochopení otázky ze strany respondenta, nebo si respondent na takovou situaci nevzpomínal, a tudíž nebyl schopen odpovědět.

Důležitým zjištěním byly odpovědi na otázku ohledně zdroje informací před zahájením léčby u 81 % dotazovaných, kteří tyto informace získali (otázky č. 21 a 22). 80 % jedinců, kteří získali informace od známých a kamarádů, neovlivnily získané informace v rozhodování zahájit léčbu HCV. 70 % jedinců, kteří získali informace od lékařů či jiných specialistů, toto rozhodování ovlivnilo. Z výše uvedených informací lze vyvodit, že pacienty (a zvláště PWID) má smysl edukovat a motivovat v léčbě při každé vhodné příležitosti. Tohoto poznatku by měly v hepatologických ambulancích (popř. v ordinacích praktického lékaře) využít zvláště všeobecné sestry, které jsou s pacientem v kontaktu nejčastěji.

***Hypotéza č. 2: Domnívám se, že edukace není pro všechny pacienty dostačující, srozumitelná a vyhovující.***

Druhá oblast ověřovala spokojenost s obsahem edukace (zda je dostačující), srozumitelnost edukace i metodu edukace zdravotníků (zda je vyhovující), a vztahovala se k druhé hypotéze (otázka č. 14–17 a č. 23).

Tato hypotéza se potvrdila. S obsahem poučení o léčbě virové hepatitidy C bylo spokojeno 62 % dotazovaných (otázka č. 14). 35 % pacientů bylo „*Spíše spokojeno*“, a byli to respondenti, kterým chybělo poučení anebo více informací z nějaké oblasti edukace. Zajímavým poznatkem bylo zjištění, že 81 % dotazovaných zodpovědělo otázky týkající se obsahu a srozumitelnosti totožně (otázka č. 14 a 15). Jinými slovy ti, kteří byli „*Spokojeni*“ s obsahem byli spokojeni se srozumitelností zdravotníků a respondenti, kteří byli s obsahem edukace „*Spíše spokojeni*“, byli „*Spíše spokojeni*“ i se srozumitelností zdravotníků. Jeden z dotazovaných byl zcela „*Nespokojen*“ s obsahem i se srozumitelností zdravotníků, a jeden respondent využil možnosti slovně napsat, jaké téma bylo nesrozumitelné („*Průběh léčby*“).

Téměř všichni dotazovaní uvádějí, že měli možnost se zeptat na informace, kterým nerozuměli (otázka č. 16), pouze 8 % z těchto respondentů „*mělo možnost, ale nezeptalo se*“.

Necelá polovina pacientů (46 %) by uvítala více informací ohledně léčby HCV (otázka č. 17). Mezi nejčastější témata patřila: dieta a stravování během léčby, informace ohledně těhotenství v léčbě HCV, důkladný výčet všech nežádoucích účinků a informace o zdravotním stavu v průběhu léčby.

Na otázku, jaký způsob předání informací by byl pro dotazované nejlepší (otázka č. 23), odpovědělo 68 % pacientů, že ideálně během rozhovoru s lékařem. Rozhovor se všeobecnou sestrou uvedlo pouze 16 % respondentů.

***Hypotéza č. 3: Domnívám se, že edukace trvá obvykle více jak 30 minut, a nevztahuje se pouze na první návštěvu pacienta v ambulanci.***

Otázky č. 13, 18 a 19 se vztahovaly ke třetí hypotéze, která se zabývá délkou edukace a reedukací pacientů všeobecnými sestrami.

Tato hypotéza se potvrdila pouze zčásti. Skvělým výsledkem byl 70% souhlas dotazovaných respondentů na otázku, jestli byli při další návštěvě hepatologické ambulance reedukováni sestrou (otázka č. 13). Odpověď „*Nevím*“ se vyskytla u 27 % pacientů, což může znamenat, že si dotyční opakované poučení sestrou nepamatují, nebo si nejsou jistí, zda proběhlo.

Hypotéza se nepotvrdila v oblasti délky edukace (otázka č. 18). Edukace zdravotníků trvala u 70 % respondentů do 30 minut, z toho u 24 % pacientů pouze 5–10 minut. S délkou poučení o léčbě virové hepatitidy C bylo spokojeno 81 % dotazovaných (otázka č. 19). Nejčastěji se objevovala korelace mezi edukací trvající 15–30 minut a odpovědí „*Vyhovující*“ na otázku zhodnocení délky edukace. Pacienti, u kterých edukace trvala 35 minut až 1 hodinu, ohodnotili tuto délku rovněž jako „*Vyhovující*“. 80 % pacientů, u kterých edukace trvala 5–10 minut, označili tento čas jako „*Příliš stručný*“.



## 7. Diskuze

Hlavním cílem bakalářské práce bylo pomocí dotazníkového šetření zmapovat edukaci z pohledu pacientů v léčbě virové hepatitidy C. Tato edukace je důležitá pro zvyšování motivace a adherence pacienta v léčbě. Záměrným výběrem byli v hepatologické ambulanci oslovováni pacienti, u kterých probíhala léčba virové hepatitidy C, nebo se během návštěvy realizovaly kontrolní odběry po léčbě HCV. Celkem bylo distribuováno 42 dotazníků, z toho 5 muselo být vyřazeno, tedy návratnost činila 88 % a zkoumaný soubor nakonec tvořilo 37 respondentů. Průměrný věk respondentů byl 35 let. Necelá polovina (46 %) respondentů měla základní vzdělání a 43 % respondentů absolvovala střední školu bez maturity.

Všichni dotazovaní byli o léčbě virové hepatitidy C poučeni a informováni. Lišila se však témata edukace, ve kterých byli pacienti poučeni. O možných nežádoucích účincích bylo informováno 89 % dotazovaných a na koho se obrátit, pokud se tyto nežádoucí účinky objeví, zaznamenalo 87 % dotazovaných. Průběh léčby byl vysvětlen 92 % pacientů (odpovědi „*Ano*“ a „*Spíše ano*“), dávkování léků 97 % pacientů, injekční aplikace léků byla demonstrována 86 % pacientů. Další režimová opatření byla předána pacientům v této četnosti: konzumace alkoholu (78 %), sexuální aktivita (86 %), výměna injekčního náčiní (70 %), hygienická opatření (54 %). Ze zahraniční literatury vyplývá, že v některých státech tuto zdravotnickou edukaci ještě rozšiřují o psychologickou podporu a řešení sociálních problémů. Problematiku popsali australští autoři Sublette et al. (2014) ve své studii, kde objasňují, že sestry a lékaři překročili pomyslnou hranici svého odborného vzdělání a přesunuli edukaci i do disciplín sociální práce a psychologie. Pacientům např. pomáhali hledat azylové ubytování, do léčby se snažili zapojit rodiny pacientů, nebo vyplňovali různé formuláře pro zaměstnavatele a úřady. To ale může vést k přepracování a k pozdějšímu syndromu vyhoření. Na druhou stranu, v této studii autoři postrádali multidisciplinární tým zdravotnického zařízení, který je klíčovým prvkem péče o pacienty s HCV, zvláště pak u injekčních uživatelů drog. Ve výzkumu této bakalářské práce bylo zaznamenáno 65 % respondentů, kteří byli zařazeni do programu substituční léčby a byli tak v péči celého multidisciplinárního týmu včetně psychiatrů, adiktologů a psychologů. Tento

fakt pomůže „odlehčit“ práci sester, které se tak mohou soustředit na podávání pouze zdravotnických informací.

Jedním z nedostatků výzkumu bylo posuzování edukace poskytnuté zdravotníky společně, místo odlišení edukace sesterské od lékařské. Tímto rozdělením by musel být značně rozšířen dotazník, jehož vyhodnocování by následně již přesahovalo rozsah práce. Zmiňované bližší rozdělení se může stát podnětem pro další studie. Na samostatnou sesterskou edukaci nicméně mířila otázka týkající se reedukace při další návštěvě ambulance. Tuto reedukaci obdrželo 70 % pacientů. Vzhledem k vytíženosti sester je toto číslo vynikající.

Jako nejlepší metodu předání informací o léčbě HCV volili pacienti rozhovor s lékařem (68 %), z čehož je možné usuzovat, že má lékař v tomto případě u pacientů větší důvěru, nežli sestra. Vnímání pacientů i reálné výsledky v léčbě HCV by mohly být zlepšeny systematickou edukací. K porovnání kompetencí se zahraničními sestrami lze uvést studii francouzské autorky Larrey et al. (2011). Studie zkoumá adherenci pacientů, kteří jsou edukováni pouze lékařem, a pacientů, u kterých je edukace prováděna lékařem i sestrou. V rámci této systematické konzultace sestrou specialistkou bylo provedeno následující:

- vyhodnocování důvodů případných změn v dodržování léčebného režimu
- zlepšování kvality vztahu pacienta k zdravotnickému týmu
- informování v oblasti průběžných výsledků léčby a prodiskutování pozitivních výsledků
- podpora vztahu pacienta se svým rodinným a/nebo profesním prostředím
- zajišťování sociálních služeb pro pacienta

Systematická edukace specializovanou sestrou v této studii zvyšovala adherenci pacientů v léčbě virové hepatitidy C, a to zvláště u těžko léčitelných pacientů.

V té samé studii trvala systematická sesterská edukace 30–45 minut. Ve výzkumu této bakalářské práce edukace trvala u 46 % respondentů 15–30 minut, a to se jednalo o celkovou edukaci v léčbě HCV, tzn. lékařskou i sesterskou edukaci. Vysvětlením může být trend v českém zdravotnictví, kdy narůstající množství pacientů a přetíženost personálu způsobuje nedostatek času na jednotlivé pacienty.

Výzkumný vzorek této bakalářské práce činil 37 respondentů, tudíž není dostatečně velký na to, aby se výsledky mohly vztáhnout na celou populaci injekčních uživatelů v léčbě HVC. Studie byla navíc realizována v jediném zařízení, není tudíž možné jí označit za reprezentativní pro celou populaci.

S obsahem edukace o léčbě virové hepatitidy C bylo „*Spokojeno*“ 62 % dotazovaných a 35 % pacientů bylo „*Spíše spokojeno*“. Zde se nabízí otázka, co vlastně pacientům, kteří byli „*Spíše spokojeni*“ chybělo. Na tuto otázku odpověděl přímo jediný respondent – „*Průběh léčby*“. Možné odpovědi na tuto otázku však lze najít i v dalších komentářích, a to nejen v místech otevřených otázek dotazníku, ale i na jiných místech, kde byly připsány bližší komentáře k uzavřeným otázkám. Dalo by se shrnout, že by si pacienti přáli více informací o stravování a dietě během léčby, o těhotenství v léčbě HCV, o nežádoucích účincích a bližší informace o zdravotním stavu v průběhu léčby. V dotazníku byl i komentář s přáním „*větší empatie*“ ze strany zdravotníků. Pacient možná chtěl takto vyjádřit přání o pochopení pro jeho pocity a prožívání, aniž by zdravotník soudil, kritizoval nebo obviňoval. Tyto požadavky mohou být doporučením pro klinickou praxi, jak zlepšit úroveň poskytované péče.

Dílčím cílem této pilotní studie bylo uvedení do problematiky léčby virové hepatitidy C u injekčních uživatelů drog při propojení oborů všeobecné sestry a adiktologa, které v tomto případě spolu úzce souvisí. Výsledky této studie mohou poskytnout validní východiska dalšího zkoumání a sloužit tak jako základ pro další možný výzkum.

## 8. Závěr

Bakalářská práce se věnuje edukaci pacientů v léčbě virové hepatitidy C. V teoretické části je popisována anatomie a fyziologie jater a virová hepatitida C, její charakteristika, epidemiologie, klinický průběh, diagnostika a léčba. V empirické části je popisován výzkum prováděný v rámci této práce a jeho výsledky. Cílem výzkumu bylo pomocí dotazníkového šetření zmapovat edukaci z pohledu pacientů v léčbě infekční hepatitidy C. Dalším cílem bylo vytvoření návrhu educačního záznamu pro všeobecné sestry v hepatologické ambulanci na základě zjištěných skutečností.

Edukace pacienta, která probíhá v rámci celého multidisciplinárního týmu ambulance, je důležitá pro zvyšování motivace a adherence pacienta v léčbě tohoto onemocnění. Z vyhodnocení hypotéz vyplývá, že všichni pacienti byli edukováni ohledně léčby virové hepatitidy C, výpovědi se lišily pouze v tom, jakými tématy se edukace zabírala a jakými ne. Pacienti si nebyli jistí, co patří mezi nežádoucí účinky léčby (správně odpovědělo 41 %), ale věděli na koho se obrátit, v případě objevení se nějakých komplikací (87 %). Průběh léčby a režimová opatření v léčbě HCV byly vždy vysvětleny naprosté většině pacientů. Informace poskytnuté lékařem či jiným specialistou mohou ovlivnit pacienta k případnému zahájení léčby HCV (70 %).

Obsah edukace byl pro pacienty dostačující, plná spokojenost byla zaznamenána u 62 % respondentů. Část respondentů (46 %) by ovšem uvítala ještě nějaké další informace. Pro 62 % dotazovaných byla edukace srozumitelná a v naprosté většině případů (92 %) se měli pacienti možnost doptávat na informace, kterým nerozuměli. Metoda edukace, která by dotazovaným pacientům nejvíce vyhovovala, byl jednoznačně rozhovor s lékařem (68 %).

Potvrdila se v tvrzení, že při další návštěvě hepatologické ambulance u většiny pacientů proběhla reedukační edukace sestrou (70 %). Předpoklad, že edukace bude trvat více jak 30 minut, byl mylný. Edukace zdravotníků trvala u 70 % respondentů do 30 minut, z toho u 24 % pacientů pouze 5–10 minut.

## 9. Souhrn

**VÝCHODISKA:** Chronická hepatitida typu C je infekční virové onemocnění, které je v současné době příčinou významné morbidity a mortality u nás i ve světě. Skupinou nejvíce ohroženou tímto onemocněním jsou injekční uživatelé drog, u kterých je obzvláště důležité podporovat motivaci a zvyšovat adheenci v léčbě. Jedním z postupů jak toho dosáhnout je správná a důkladná edukace pacientů.

**CÍLE:** Hlavním cílem výzkumu bylo pomocí dotazníkového šetření zmapovat edukaci respondentů v léčbě virové hepatitidy C. Dalším cílem bylo vytvoření návrhu edukačního záznamu pro všeobecné sestry v hepatologické ambulanci na základě zjištěných skutečností.

**METODY:** Pro kvantitativní výzkumné šetření byla použita metoda dotazníku. Dotazník byl určen pro pacienty soukromé hepatologické ambulance.

**VÝSLEDKY:** Všichni pacienti byli edukováni ohledně léčby virové hepatitidy C, výpovědi se lišily pouze v tom, jakými tématy se edukace zabývala a jakými ne. Obsah edukace byl pro 62 % pacientů dostačující, pro 62 % dotazovaných byla edukace srozumitelná a rozhovor s lékařem byl ideálním způsobem edukace u 68 % pacientů. Při další návštěvě hepatologické ambulance proběhla u 70 % dotazovaných reedukační edukace sestrou. Edukace poskytovaná zdravotníky trvala u 70 % respondentů do 30 minut, z toho u 24 % pacientů pouze 5–10 minut.

**ZÁVĚR:** Všichni pacienti v průběhu zahájení léčby virové hepatitidy C, byli poučeni a informováni ohledně vybraných témat týkajících se léčby virové hepatitidy C. Většina pacientů byla s poskytnutými informacemi spokojena.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** Virová hepatitida C, léčba virové hepatitidy C, edukace, injekční uživatelé drog.

## **10. Summary**

**BACKGROUND:** Chronic hepatitis C is an infectious viral disease that is currently the cause of significant morbidity and mortality in our country and worldwide. The group most at risk of this disease are injecting drug users, where it is particularly important to support motivation and increase adherence in treatment. One way to do this is to properly and thoroughly educate patients.

**AIMS:** The main objective of the research is to investigate the education of respondents in the treatment of viral hepatitis C by means of a questionnaire survey. A partial goal is to create a proposal for the education of nurses in the hepatitis clinic.

**METHODS:** For the quantitative research, the questionnaire method was used. The questionnaire was designed for patients of a private hepatological clinic.

**RESULTS:** All patients were educated about the treatment of viral hepatitis C, but different subjects were covered. The content of education was sufficient for 62 % patients, for 62 % was the education understandable. A conversation with the doctor was an ideal way of education for 68 % respondents. Upon another visit to the hepatological clinic, reeducation was done by a nurse in 70 % cases. Health education took 70 % of respondents within 30 minutes, of which 24 % only took 5-10 minutes.

**CONCLUSIONS:** All patients during the initiation of treatment of viral hepatitis C were informed about selected topics related to the treatment. Most patients were satisfied with the information provided.

**KEYWORDS:** Viral hepatitis C, treatment of viral hepatitis C, education, injecting drug users.

## 11. Seznam použité literatury

1. AASLD-IDS A Hepatitis C guidance: recommendations for testing, managing, and treating adults infected with hepatitis C virus. *Hepatology* [online]. 2015, 62(3), [citováno 20. 2. 2017]. DOI: 10.1002/hep.27950. ISSN 02709139. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/hep.27950>
2. BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-416-x.
3. BENEŠ, Luděk a Lubomír SKLADANÝ. Hepatitida C, výživa a současné možnosti léčby. *Praktické lékařství*. 2012, 8(6), ISSN 1801-2434. Dostupné také z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/archiv.php>
4. BUGGS, Adrienne, Steve, DRONEN, et al. Viral hepatitis. *Medscape: Drugs & Diseases* [online]. 2014 Dec 16, [citováno 14. 2. 2017]. Dostupné z: <http://emedicine.medscape.com/article/775507-overview>
5. DUŠOVÁ, Bohdana. *Edukace v ošetrovatelství. II. část*. Ostrava: s. n., 2006. Dostupné také z: <http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00170182>
6. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2016. *Journal of Hepatology* [online]. 2017, 66(1), [citováno 14. 2. 2017]. DOI: 10.1016/j.jhep.2016.09.001. ISSN 01688278. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168827816304895>
7. EHRMANN, Jiří a Petr HŮLEK. *Hepatology*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3118-6.
8. GREBELY, Jason, Gail V. MATTHEWS, Margaret HELLARD, et al. Adherence to treatment for recently acquired hepatitis C virus (HCV) infection among injecting drug users. *Journal of Hepatology* [online]. 2011, 55(1), [citováno 26. 2. 2017]. DOI: 10.1016/j.jhep.2010.10.033. ISSN 01688278. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168827810010949>

9. GROLMUSOVÁ, Lucie, et al. *Válka proti drogám a její negativní dopady na veřejné zdraví: skrytá epidemie hepatitidy typu C*. 2013. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-082-7.
10. HEJDA, Václav. Chronická virová hepatitida typu C: komplexní klinický přehled. *Medicína po promoci*. 2016, 17(3), ISSN 1212-9445.
11. HORÁK, Jiří a Jiří EHRMANN. *Hepatologie do kapsy*. Praha: Mladá fronta, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3299-5.
12. HUSA, Petr. Bezinterferonová léčba hepatitidy C. *Interní medicína pro praxi*. 2016, 18(5). ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimedicina.cz/>
13. HUSA, Petr. Virová hepatitida C. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2009, 23(1). ISSN 1212-7973. Dostupné také z: <http://www.klinikafarmakologie.cz/pdfs/far/2009/01/06.pdf>
14. HUSA, Petr. Nová antivirotika v léčbě hepatitidy C. *Praktické lékárenství*. 2014, 10(Suppl. A) ISSN 1801-2434. Dostupné také z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2014/02/02.pdf>
15. HUSA, Petr. *Virové hepatitidy*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-304-4.
16. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-2171-2.
17. KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3068-4.
18. KREKULOVÁ, Laura a Vratislav ŘEHÁK. *Virové hepatitidy: prevence, diagnostika a léčba*. 2. vyd. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-218-4.
19. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-684-1.



20. LACROIX, Anne a Jean-Philippe ASSAL. *Therapeutic education of patients: new approaches to chronic illness*. Belgium: Vigot, 2000. ISBN 2711414965.
21. LARREY, Dominique, et al. Education by a nurse increases response of patients with chronic hepatitis C to therapy with peginterferon- $\alpha$ 2a and ribavirin. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2011, 9(9).  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2011.05.022>
22. MAGHLAOUI, Anita. Challenges and issues in managing hepatitis C. *Nursing Times*. (2012) 108(32).
23. MANDYSOVÁ, Petra. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2016. ISBN 978-80-7395-971-5.
24. MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2008. Psyché. ISBN 978-80-247-1521-6.
25. MRAVČÍK, Viktor, CHOMYNOVÁ, Pavla, GROHMANNOVÁ, Kateřina, JANÍKOVÁ, Barbora, TION LEŠTINOVÁ, Zuzana, ROUS, Zdeněk, KIŠŠOVÁ, Lucia, KOZÁK, Jan, NECHANSKÁ, Blanka, VLACH, Tomáš, ČERNÍKOVÁ, Tereza, FIDESOVÁ, Hana, JURYSTOVÁ, Lucie a Jiří VO-PRAVIL. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády ČR, 2016. ISBN 978-80-7440-156-5.
26. MRAVČÍK, Viktor. Léčba VHC u injekčních uživatelů drog v ČR - průzkum mezi centry pro léčbu virových hepatitid. *Adiktologie*. 2012, 12(1). ISSN 1213-3841.
27. PERSICO, Marcello, COPPOLA, Nicola, ROSATO, Valerio, ABENAVOLI, Ludovico, MASARONE, Mario a Antonio DE LUNA. HCV antiviral therapy in injection drug users: difficult to treat or easy to cure? *Annals of Hepatology* [online]. University of Salerno, Italy, 2015, 14(3) [citováno 26. 2. 2017].  
Dostupné z:  
[http://www.annalsofhepatology.com/revista/numeros/2015/HP153-06-HCV%20\(Antiviral\)%20\(Ff\\_310315m\)\\_PROTEGIDO.pdf](http://www.annalsofhepatology.com/revista/numeros/2015/HP153-06-HCV%20(Antiviral)%20(Ff_310315m)_PROTEGIDO.pdf)

28. RAKOVÁ, Jana a Lubomíra ČIČÁKOVÁ. Postoj sester k edukaci v nemocničním prostředí. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Košice, 2012, 22(4). ISSN 1210-0404.
29. ŘEHÁK, Vratislav. Přímo působící antivirotika - na prahu nové éry v léčbě infekce virem hepatitidy typu C. *Adiktologie*. 2012, 12(1), ISSN: 1213-3841.
30. SEEFF, Leonard B. Natural history of chronic hepatitis C. *Hepatology* [online]. 36(5), [citováno dne 29. 1. 2017].  
DOI: 10.1053/jhep.2002.36806, ISSN 02709139. Dostupné z:  
<http://doi.wiley.com/10.1053/jhep.2002.36806>
31. SERFATY, Lawrence. Optimizing DAA management in daily practice. *Digestive and Liver Disease*, 2013, 45: S318-S322.
32. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Infekce v ČR – EPIDAT*. [online]. SZÚ, 2016 [citováno dne 28. 1. 2017]. Dostupné z  
<http://www.szu.cz/publikace/data/infekce-v-cr>.
33. SUBLETTE, Victoria A., et al. Instrumental support to facilitate hepatitis C treatment adherence: Working around shortfalls in shared-care. *Psychology, health & medicine*, 2015, 20(2). DOI:  
<http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2014.933852>
34. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
35. URBÁNEK, Petr, Petr HUSA, Jan ŠPERL, Soňa FRANĀKOVÁ, Bohumil SEIFERT a Norbert KRÁL. Standardní diagnostický a terapeutický postup chronické infekce virem hepatitidy C. *Doporučené postupy České hepatologické společnosti* [online]. 2015. Dostupné z: <http://www.ces-hep.cz/doporucene-postupy-ceske-hepatologicke-spolecnosti>
36. URBÁNEK, Petr. Infekce virem hepatitidy C. In: Julius ŠPIČÁK. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada, 2008.  
ISBN 978-80-247-1783-8.

37. URBÁNEK, Petr. Infekce virem hepatitidy C. In: LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1787-6.
38. URBÁNEK, Petr. Infekce virem hepatitidy C. *Remedia*. 2005, 15(1). ISSN 0862-8947.
39. ÚZIS. *Zdravotnická statistika. Infekční nemoci 2013*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014. ISBN 978-80-7472-100-7.
40. Virová hepatitida C: Možnosti léčby. *Virová hepatitida* [online]. Praha: Meditorial, 2017 [citováno 18. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.virova-hepatitida.cz/moznosti-lecby>
41. WORLD HEALTH ORGANISATION. *Hepatitis C – Fact sheet*. [online]. WHO, 2016 [citováno dne 28. 1. 2017]. Dostupné z <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>
42. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States*. 2013. ISBN 978-92-4-156463-2.
43. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Hepatitis. *Guidelines on hepatitis B and C testing - Policy brief*. 2016. Dostupné z <http://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-testing-recommendation-policy/en/>
44. ZHOU, Kali, Thomas FITZPATRICK, Nick WALSH, et al. Interventions to optimise the care continuum for chronic viral hepatitis: a systematic review and meta-analyses. *The Lancet Infectious Diseases* [online]. 2016, 16(12), [citováno 5. 2. 2017]. DOI: [http://dx.doi.org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1016/S1473-3099\(16\)30208-0](http://dx.doi.org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1016/S1473-3099(16)30208-0)

## 12. Seznam zkratek

AASLD	Americká asociace pro studium jater
ALP	Alkalická fosfatáza
ALT	Alaninaminotransferáza
AST	Aspartátaminotransferáza
ČHS	Česká hepatologická společnost
DAA	Přímo působící antivirotika ( <i>directly acting antivirals</i> )
EASL	Evropská asociace pro studium jater
EKG	Elektrokardiogram
ELISA	imunologická metoda ( <i>enzyme – linked immunosorbent assay</i> )
GMT	Gamaglutamyltransferáza
HBV	Virus hepatitidy B
hCG	Choriogonadotropin
HCV	Virus hepatitidy C
HDL	Vysokodenzitní lipoprotein ( <i>high density lipoprotein</i> )
HIV	Virus lidské imunitní nedostatečnosti
P	Pulz
PCR	Polymerázová řetězová reakce ( <i>polymerase chain reaction</i> )
PEG-INF	Pegylovaný interferon alfa
PWID	Osoby užívající injekčně drogy ( <i>people who inject drugs</i> )
RBV	Ribavirin
RNA	Ribonukleová kyselina
SVR	Setrvalá virologická odpověď
TK	Krevní tlak
ÚZIS	Ústav zdravotních informací a statistiky
VLDL	Velmi nízkodenzitní lipoprotein ( <i>very low-density lipoprotein</i> )
WHO	Světová zdravotnická organizace

### 13. Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Pohlaví .....	37
Tabulka č. 2: Věk.....	38
Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání.....	39
Tabulka č. 4: Navštěvujete hepatologickou ambulanci za poslední 2 týdny pravidelně? .....	40
Tabulka č. 5: Jste zařazen(a) také v programu substituční léčby?.....	41
Tabulka č. 6: Byl(a) jste informován(a) o možných nežádoucích účincích léčby? .....	42
Tabulka č. 7: Nežádoucí účinky léčby HCV .....	43
Tabulka č. 8: Objevení se nežádoucích účinků .....	44
Tabulka č. 9: Další informace o léčbě HCV .....	45
Tabulka č. 10: Byl(a) jste informován(a) ohledně dávkování léků? .....	46
Tabulka č. 11: Injekční aplikace léků .....	47
Tabulka č. 12: Byl(a) jste informován(a) ohledně konzumace alkoholu? .....	49
Tabulka č. 13: Byl(a) jste informován(a) ohledně používání hygienických potřeb? .....	49
Tabulka č. 14: Byl(a) jste informován(a) ohledně sexuální aktivity?.....	49
Tabulka č. 15: Byla Vám doporučována výměna injekčních stříkaček? .....	49
Tabulka č. 16: Byl(a) jste při další návštěvě znovu poučen(a) sestrou? .....	50
Tabulka č. 17: Hodnocení obsahu edukace .....	51
Tabulka č. 18: Bylo pro Vás poučení zdravotníků srozumitelné? .....	52
Tabulka č. 19: Opakování nesrozumitelných informací .....	53
Tabulka č. 20: Uvítal(a) byste více informací? .....	54
Tabulka č. 21: Délka edukace .....	55
Tabulka č. 22: Hodnocení délky edukace .....	56

Tabulka č. 23: Informace před zahájením léčby.....	57
Tabulka č. 24: Zdroj informací.....	58
Tabulka č. 25: Ovlivnění léčby .....	59
Tabulka č. 26: Nejlepší způsob předání informací .....	60

## 14. Seznam grafů

Graf č. 1: Pohlaví.....	37
Graf č. 2: Věk.....	38
Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání.....	39
Graf č. 4: Navštívujete naši hepatologickou ambulanci za poslední 2 týdny pravidelně?.....	40
Graf č. 5: Jste zařazen(a) také v programu substituční léčby?.....	41
Graf č. 6: Byl(a) jste informován(a) o možných nežádoucích účincích léčby? ....	42
Graf č. 7: Nežádoucí účinky léčby HCV.....	43
Graf č. 8: Objevení se nežádoucích účinků.....	44
Graf č. 9: Další informace o léčbě HCV.....	45
Graf č. 10: Byl(a) jste informován(a) ohledně dávkování léků?.....	46
Graf č. 11: Injekční aplikace léků.....	47
Graf č. 12: Edukace ohledně režimových opatření.....	48
Graf č. 13: Byl(a) jste při další návštěvě znovu poučen(a) sestrou?.....	50
Graf č. 14: Hodnocení obsahu edukace.....	51
Graf č. 15: Bylo pro Vás poučení zdravotníků srozumitelné?.....	52
Graf č. 16: Opakování nesrozumitelných informací.....	53
Graf č. 17: Uvítal(a) byste více informací?.....	54
Graf č. 18: Délka edukace.....	55
Graf č. 19: Hodnocení délky edukace.....	56
Graf č. 20: Informace před zahájením léčby.....	57
Graf č. 21: Zdroj informací.....	58
Graf č. 22: Ovlivnění léčby.....	59
Graf č. 23: Nejlepší způsob předání informací.....	60

## **15. Seznam příloh**

Příloha č. 1: Dotazník pro pacienty hepatologické ambulance

Příloha č. 2: Souhlas s výzkumem v hepatologické ambulanci

Příloha č. 3: Postup při subkutánní injekci léku PegIntron ®

Příloha č. 4: Návrh edukačního záznamu pro všeobecné sestry



## **16. Přílohy**

**Příloha č. 1: Dotazník pro pacienty hepatologické ambulance**

## **Příloha č. 2: Souhlas s výzkumem v hepatologické ambulanci**

### **Příloha č. 3: Postup při subkutánní injekci léku PegIntron ®**

Zdroj: SÚKL, Edukační materiály k bezpečnému používání léčivých přípravků. PegIntron – Pokyny pro použití [online]. 2013, Dostupné z: <http://www.sukl.cz/leciva/2013>

#### **Příloha č. 4: Návrh edukačního záznamu pro všeobecné sestry**

Zdroj: LARREY, Dominique, et al. Education by a nurse increases response of patients with chronic hepatitis C to therapy with peginterferon- $\alpha$ 2a and ribavirin. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2011, 9(9). DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2011.05.022>. Dostupné z <http://www.cghjournal.org/cms/attachment/2000872561/2002844925/mmc1.pdf>