



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Michaela Matiašová

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Havierniková, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5. 2024

.....

Michaela Matiašová

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Lucii Haviernikové, Ph.D., za její odborný dohled, vedení práce a cenné rady, které mi poskytla. Zároveň bych chtěla poděkovat respondentům za jejich ochotnou spolupráci, díky kterému mohla vzniknout výzkumná část bakalářské práce. Poděkování také patří mé rodině a nejbližším, kteří mě podporovali po celou dobu studia.

Ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zaměřuje na ošetrovatelskou péči o pacienta s jaterní cirhózou a její problematiku. Jaterní cirhóza je onemocnění, při kterém dochází k uzlovité přestavbě jater a její výskyt je čím dál častější. Při tomto onemocnění je důležitá ošetrovatelská péče, zaměřená se na potřeby pacienta a jeho edukaci o režimových opatřeních, která by měl dodržovat.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienta s jaterní cirhózou, jejich potřeby a znalosti sester a pacientů o režimových opatřeních. Praktická část byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. První výzkumný soubor tvořilo osm sester, které pracují na gastroenterologickém oddělení. Druhý výzkumný soubor tvořilo sedm pacientů, kteří byli na gastroenterologickém oddělení hospitalizováni. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor.

Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry správně nehodnotí riziko podvýživy. Dále jsme zjistili, že pacienti nejsou dostatečně informováni o možných komplikacích jaterní cirhózy. Z výsledků také vyplynulo, že sestry mají dobré znalosti o jaterní cirhóze a nemají nedostatky v ošetrovatelské péči. Pacienti byli s ošetrovatelskou péčí za hospitalizace spokojeni. Někteří pacienti, i když byly správně edukováni o režimových opatřeních, nebyli schopni přehodnotit a změnit životní styl, což vedlo k rehospitalizaci pacienta.

Na základě zjištěných výsledků byla vytvořena informační brožura, která může sloužit jednak jako studijní materiál pro studenty a také být využita v praxi, jak pro sestry, tak i pro pacienty.

Klíčová slova

jaterní cirhóza; ošetrovatelská péče; pacient; režimová opatření; sestra

Nursing care of patient with liver cirrhosis

Abstract

This bachelor thesis is focused on nursing care about patient with liver cirrhosis and problematics. Liver cirrhosis is a disease characterized by nodular transformation of liver which prevalence is increasing. By this disease, nursing care is focused on patient's needs, important is also the education of the patient about regime measures.

The aim of this bachelor thesis was to find out what are the specifics of nursing care of a patient with liver cirrhosis. The practical part was processed by using a qualitative research survey. The first research group consisted of eight nurses working in the gastroenterology department. The second research group consisted of seven patients with diagnosed liver cirrhosis. The semistructured interview became the technique of data collection.

The results of the research show that the nurses don't adequately assess the risk of malnutrition. Further we found out, patients aren't sufficiently informed about potential complications of liver cirrhosis. The results also showed us that nurses have good knowledge about liver cirrhosis and they haven't deficiencies in nursing care. Patients were satisfied with nursing care during their hospitalization. Some patients, even they were properly educated about regime measures, were unable to change their lifestyle, so they had to be admitted in hospital again.

Based on the results, an information brochure was designed. It can be used as a study material for students or can be used in practice for nurses and patients.

Key words

liver cirrhosis; nursing care; patient; regime measures; nurse

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Úvod | 7 |
| 1 Současný stav | 8 |
| 1.1 Definice onemocnění..... | 8 |
| 1.2 Příčiny | 9 |
| 1.3 Příznaky..... | 10 |
| 1.4 Vyšetřovací metody | 11 |
| 1.5 Léčba | 13 |
| 1.6 Komplikace jaterní cirhózy a jejich léčba | 16 |
| 1.7 Prevence a prognóza | 18 |
| 1.8 Ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou..... | 19 |
| 2 Cíle práce a výzkumné otázky | 22 |
| 2.1 Cíle práce..... | 22 |
| 2.2 Výzkumné otázky..... | 22 |
| 3 Metodika..... | 23 |
| 3.1 Metodika výzkumu..... | 23 |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru..... | 23 |
| 4 Výsledky výzkumu..... | 25 |
| 4.1 Identifikační údaje sester..... | 25 |
| 4.2 Seznam kategorií a podkategorií – sestry..... | 26 |
| 4.3 Identifikační údaje pacientů | 31 |
| 4.4 Seznam kategorií a podkategorií – pacienti | 31 |
| 5 Diskuze..... | 36 |
| 6 Závěr | 42 |
| 7 Seznam použitých zdrojů..... | 43 |
| 8 Seznam použitých zkratk | 47 |
| 9 Seznam příloh | 49 |

Úvod

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienta s jaterní cirhózou. Jaterní cirhóza představuje vážné onemocnění, které dnes již není vzácné a stále ho přibývá. Dochází k poškození jaterní tkáně a narušení její funkce. Toto onemocnění výrazně ovlivňuje život pacientů a vyžaduje kvalitní a specializovanou ošetrovatelskou péči ze strany zdravotnického personálu.

S narůstajícím výskytem jaterní cirhózy je klíčové, aby byla pacientům poskytnuta kvalitní a specializovaná péče. Zároveň je důležité, aby pacienti znali režimová opatření a rizika jejich nedodržování. Cílem této práce je analýza ošetrovatelské péče o pacienta s jaterní cirhózou, identifikace potřeb a zhodnocení účinnosti režimových opatření.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila proto, že na gastroenterologickém oddělení již pracuji a s pacienty s jaterní cirhózou se setkávám velmi často. Proto vím, že ošetrovatelská péče u těchto pacientů zahrnuje určitá specifika. Ráda bych proto rozšířila do povědomí ostatním, jaké potřeby a jaká specifika jsou v ošetrovatelské péči u pacienta s jaterní cirhózou.

1 Současný stav

1.1 Definice onemocnění

„Jaterní cirhóza je difúzní proces jater, který je charakterizovaný chronickým zánětem jaterního parenchymu, nekrózou hepatocytů, uzlovitou regenerací jejich zbytků a zmnožením vaziva“ (Hůlek et al., 2018, s. 463). Tento proces je důsledkem přestavby architektury jater v cirhotické uzly, který může vyústit v malignitu. Klener (2014) uvádí, že výsledkem je úplný rozklad vaskulární a lobulární architektury jater, díky kterému mohou mít změny cévního řečiště a následnou portální hypertenzi větší význam pro osud pacienta než změny parenchymatózní (Klener et al., 2014). Bártová (2022) popisuje cirhotická játra jako tuhá, hrbolatá a obyčejně malá, která mají uzlovitou strukturu (Bártová, 2022). Cirhóza je procesem nezvratným, rychle postupujícím a často konečným stadiem chronických jaterních chorob (Horák, Ehrmann, 2014). Důsledkem je porucha jaterních funkcí.

Klinické projevy cirhózy závisí na fázi nemoci a mohou se rozmanitě projevovat, od období bez jakýchkoliv příznaků až po situace, kdy je život pacienta ohrožen (Hůlek et al, 2018). Cirhóza jater není v dnešní době vzácným onemocněním, její výskyt je stále vyšší, a to zejména u ženské populace. Od roku 1945 stoupla úmrtnost až čtyřikrát, ale v posledních desítkách let mírně klesá. Nejvyšší mortalitu hlásí Francie (35/100 000 obyvatel), v České republice je udáváno 15/100 000 obyvatel. Výskyt ve světě je rozdílný, je dán rozšířením infekcí (virové, bakteriální), náboženstvím (prohibice) či sociálními podmínkami (Klener, 2014). Cirhóza je způsobena mnoha příčinami, ale více než 50 % je způsobena dlouhodobým užíváním alkoholu. Další a častou příčinou je nezdravý styl života, který vede k steatohepatitidě (ztučnění jater) (Lukáš et al, 2022). Klener (2014) uvádí jako další příčinu obstrukci žlučových cest, která způsobuje biliární cirhózu (Klener, 2014). Téměř většina pacientů se časem potýká s komplikacemi jako je ascites, portální hypertenze, hepatorenální syndrom, krvácení z jícnových varixů a další (Lukáš et al, 2022). Přestože cirhotické změny nelze zvrátit, je v některých případech možné zabránit v rozvíjení nemoci (Brater, 2017).

Prognóza jaterní cirhózy je individuální, záleží na celkovém stavu pacienta a výskytu komplikací. V případě dekompenzované cirhózy se délka přežití udává více jak pět let, avšak pokud se vyskytnou komplikace, je přežití jeden až dva roky (Hůlek et al, 2018).

Konečná fáze jaterní cirhózy vede ke snížené kvalitě života, sociálním a ekonomickým problémům a snížení přežití (Premkumar, Anand, 2022).

1.2 Příčiny

Stanovení příčiny jaterní cirhózy je velmi podstatné, jelikož léčba základní choroby či léčba aktivní infekce může zlepšit prognózu onemocnění (Hůlek et al., 2018).

Alkohol má nepříznivý účinek na játra a jeho nadměrná konzumace vede ke zdravotním rizikům (Hůlek et al., 2018). Vysoké riziko užívání činí u mužů 60 g alkoholu na den, což je např. 0,7 l vína nebo 0,2 l tvrdého alkoholu či 2 l piva. U žen je to pak třetina mužské dávky (Šafránková, Nejedlá, 2006). Chronický abúzus alkoholu způsobuje jaterní cirhózu, která je doprovázena zvětšením sleziny a jater, krvácivými projevy a otoky. Základní léčebnou metodou je úplná abstinence (Navrátil et al., 2017).

Steatóza jater je dnes považována jako jedna z nejčastějších příčin cirhózy jater, může vyústit i v hepatocelulární karcinom. Jedná se o nadměrné shromažďování tuku v játrech. Ve většině případů probíhá asymptomaticky, a proto je spíše diagnostikovaná náhodně. V laboratorních metodách je zvýšená hodnota ALT a AST v krvi, další diagnostickou metodou je ultrasonografie. Základem léčby je úprava životosprávy (Hůlek et al., 2018).

Wilsonova choroba je onemocnění, kdy dochází k metabolické poruše jejímž následkem je shromažďování mědi v játrech, kdy je nutné vyšetřit ceruloplazmin v séru (Šafránková, Nejedlá, 2006). Nejčastěji se projevuje jaterním a neurologickým postižením. Jaterní forma se projevuje jako akutní či chronická hepatitida, ztučnění jater či cirhóza. Neurologickými příznaky je třes, poruchy řeči a písma. Diagnostikuje se dle laboratorních vyšetření, kde je zvýšená hodnota mědi v séru, vysoké odpady mědi v moči a podle klinických symptomů. Diagnóza se potvrdí vyšetřením mědi v jaterní tkáni z provedené biopsie jater. Léčba spočívá v odstranění mědi z organismu pomocí medikace, v případě dekompenzované cirhózy a selháním jater je indikována transplantace. Jelikož je Wilsonova choroba dědičné onemocnění, je nutné provést vyšetření u rodinných příslušníků, a případně zahájit léčbu. Při neléčení Wilsonovy choroby pacient umírá (Hůlek et al., 2018).

Biliární cirhóza vzniká následkem chronické obstrukce extrahepatálních a intrahepatálních žlučových cest. Dochází ke zadržování žluče, která společně s toxiny poškozuje jaterní buňky a vede tak k jejich poškození (Navrátil et al., 2017).

Posthepatická cirhóza postihuje 20 % nemocných s autoimunitní hepatitidou a v případě virových hepatitid v nejpokročilejším stádiu dochází k dekompenzované jaterní cirhóze (Hůlek et al., 2018).

Toxické látky se objevují čím dál tím více a často jsou hepatotoxické. Stoupá i množství léků, které nejsou pro játra bezpečná, jako je např. paracetamol (Klener, 2014). Šafránková a Nejedlá (2006) uvádí mezi hepatotoxické léky vysoké dávky vitamínu A (Šafránková, Nejedlá, 2006). Xenobiotika vyvolávají poškození jater, jedná se o produkty chemického průmyslu, které znečišťují životní prostředí. Vystavení organismu hepatotoxickými látkám může způsobit několik druhů poškození jater, a to jaterní cirhózu, toxickou alergickou reakci, steatózu, jaterní fibrózu či karcinom jater. Vlivem vystavení těmto látkám dochází k poruchám struktury a funkce hepatocytů a následné smrti buněk (Hůlek, et al., 2018).

1.3 Příznaky

Jaterní cirhóza probíhá velmi často dlouhodobě asymptomaticky. Bývá zjištěna náhodně v ordinacích praktických lékařů při preventivních prohlídkách (Burda, Šolcová, 2016). Častými příznaky jaterní cirhózy jsou kožní změny, které ovlivňují kvalitu života jako např. pruritus (svědění), papírová kůže, změny pigmentace, vypadávání vlasů a změna kvality nehtů (Bhandari, Mahajan, 2022). Klener (2014) uvádí jako náhodnou diagnostiku cirhózy i zjištění během operace dutiny břišní. Dle charakteru příznaků, rozlišujeme cirhózu kompenzovanou a dekompenzovanou (Klener, 2014).

Kompenzovaná jaterní cirhóza

V případě kompenzované jaterní cirhózy si často nemocní stěžují na nespecifické příznaky, jako je dyspepsie, zejména pocit plnosti po jídle a změny stolice. Ženy trpí poruchou menstruace a to hypomenoreou (nadměrně silné krvácení) až amenoreou (vynechání menses). Někteří pacienti popisují perimaleolární otoky, které se objevují večer a nykturii (noční močení) (Klener, 2014). V objektivním nálezu je hepatomegalie (zvětšení jater). Může se vyskytovat i splenomegalie (zvětšení sleziny) a kolaterály na břicho jako projev portální hypertenze (Hůlek et al., 2018). Klener (2014) uvádí kožní

příznaky, jako jsou pavoučkové névy či známky krvácivosti, za nepřítomné nebo ojedinělé. Cirhóza se může projevit i ikterem, kdy je třeba vyloučit akutní hepatitidu (Klener, 2014). Hůlek et al (2018) popisuje jako další příznaky nechutenství, únavu spojenou s poruchami spánku a diskomfort v oblasti pravého podžebří (Hůlek et al., 2018).

Dekompenzovaná jaterní cirhóza

Dekompenzovaná cirhóza se projevuje pestrou řadou symptomů, jako první se objevuje ikterus (Klener, 2014). Špinar et al (2013) definuje ikterus jako zbarvení kůže, sliznice a sklér do žluta, které se objeví při zvýšení hladiny bilirubinu (Špinar et al., 2013). Nemocní si stěžují na nechutenství, slabost, vyčerpanost, únavu, hubnutí (zvláště na úbytek svalové hmoty). Přidávají se otoky a objevuje se ascites. Stejně jako u kompenzované cirhózy se u žen vyskytuje porucha menstruace. Muži uvádějí pokles libida a potence, objevuje se gynekomastie (zvětšení mléčných žláz) a ztráta ochlupení na hrudi. Četně pacienty trápí bolesti páteře a kloubů. Z objektivního pohledu nemocní mají velké břicho a tenké končetiny. Kůže je ikterická, objevují se hematomy, petechie (tečkovité krvácení velikosti hlavičky špendlíku), krvácení z dásní a nosu způsobené zvýšenou krvácivostí (Klener, 2014). Mezi další klinické projevy řadí Hůlek et al (2018) malnutrici (podvýživa), krvácení do zažívacího traktu a jaterní encefalopatii (Hůlek et al., 2018). Jaterní encefalopatie je soubor psychiatrických a neurologických symptomů, které jsou přítomné při jaterní nedostatečnosti. Příčinou je působení amoniaku na CNS, kdy játra nezvládají detoxikovat amoniak na močovinu, a proto se amoniak hromadí v krvi. Příznakem je převrácený rytmus spánku, zmatenost a změny nálad (Nejedlá, 2015). Bártová (2022) uvádí mezi příznaky ascites, jícnové varixy a jako neurologické příznaky popisuje ataxie (mávavý třes rukou), spavost a únavu, která může vyústit až v bezvědomí. Z úst nemocných je cítit nasládlý jaterní zápach (Bártová, 2022).

1.4 Vyšetřovací metody

Vyšetřování pacienta začíná sběrem anamnézy, tedy rozhovorem zdravotníka s pacientem. Pacient slovně popisuje své zdravotní potíže, lékař pacientovi naslouchá a případně mu pokládá cílené otázky. Úplná anamnéza zahrnuje veškeré informace o zdravotním stavu pacienta a zároveň údaje o jeho návycích, zvycích, životním stylu, sociálních a pracovních podmínkách (Dobiáš, Bulíková, 2021). Nelze vynechat také

otázku na abusus, nejčastěji alkoholu, případně cigaret (Holubová et al, 2013). Už při sběru informací sledujeme psychický stav a chování nemocného.

Dalším krokem správné diagnostiky onemocnění je fyzikální vyšetření (Klener, 2014). Během fyzikálního vyšetření posuzujeme celkový tělesný stav nemocného a vyšetřují se jednotlivé části těla. Hlava a krk, hrudník, břicho, končetiny, případně genitál a rektum. Hodnotí se stav vědomí, kožní turgor, barva a stav kůže a sliznic, fyziologické funkce (krevní tlak, puls, tělesná teplota), hmotnost, váha a následuje vyšetření břicha (Holubová et al., 2013). Jelikož zdravá játra nelze pohledem vidět, u kachektických pacientů či při značném zvětšení mohou játra způsobit ohraňené či celkové vyklenutí v nadbřišku a pod pravým žeberním obloukem. U lidí obézních zvětšená játra nezpůsobí viditelné vyklenutí břišní stěny. Nejlepší fyzikální metodou je v tomto případě vyšetření jater pohmatem, kdy lékař zjišťuje velikost jater – vzdálenost mezi horním okrajem a dolním okrajem pomocí poklepu, charakter jater, který je u zdravých lidí ostrý a pružný. Jako patologický se považuje, pokud je charakter okraje zaoblený, hrbolatý nebo tuhý. Konzistence jater se rozlišuje na čtyři stupně. Prvním stupněm jsou játra měkká, kdy je přítomný normální palpační nález. Druhý stupeň je popisován jako tužší játra, jejichž příčinou může být například městnání krve. Třetím stupněm už jsou játra tuhá a nepružná, zde je příčinou cirhóza jater. Čtvrtý, poslední stupeň je charakteristický pro tumory jater, kdy jsou játra při palpačním vyšetření tvrdá až kamenná (Lukáš et al., 2022). Pohmatem také zjišťujeme citlivost až bolestivost, která může představovat městnání v játrech nebo zánět jater (Nejedlá, 2015). Všimáme si typických příznaků jaterního onemocnění, jako je úbytek svalové hmoty, ascitu, vzedmutého břicha, zápachu z úst, u mužů gynekomastie (Klener, 2014).

Mezi základní vyšetřovací postupy patří laboratorní vyšetřovací metody. V případě jaterní cirhózy se v biochemickém vyšetření krve zaměřujeme na základní mineralogram (sodík, draslík, chloridy), glukózu, C – reaktivní protein, lipidy, a hlavně jaterní testy, které zahrnují bilirubin, ALT, AST, GGT a ALP. V hematologické vyšetření sledujeme známky hemokoagulace a anémie. Anémie je ukazatelem krvácení, podvýživy jaterní cirhózy a alkoholického onemocnění jater (Holubová et al., 2013). V sérologii se diagnostikují virové hepatitidy, které jsou příčinou akutního i chronického onemocnění jater (Hůlek et al., 2018).

Pro zobrazení fibrózy a počátečních stádií cirhózy se využívá ultrazvuk, elastografie či magnetická rezonance (Válek et al., 2023). První volbou vyšetření pomocí zobrazovacích metod je ultrasonografie, která je vyšetřením screeningovým a diagnostickým. Díky UZ se monitoruje průběh onemocnění, zjišťuje se velikost a povrch jater a cévní zásobení (Klener, 2014). Pomocí dvourozměrné ultrasonografie lze zobrazit jednotlivé anatomické útvary a charakterizovat ložiskové změny jater (Hůlek et al., 2018). Dopplerovská metoda ukazuje směr a rychlost toku krve portální žílou a průtok krve játry (Klener, 2014). Toto vyšetření se může provádět u lůžka pacienta a nemá téměř žádné kontraindikace (Holubová et al, 2013). Dalším možným vyšetřením, který je považován za zlatý standard je biopsie jater. Jedná se o invazivní výkon, při kterém se odebírá vzorek jaterní tkáně, určený k histologickému vyšetření (Špičák, 2017). Komplikace po biopsii jater jsou vzácné, mezi nejčastější patří krvácení, proto je důležité před biopsií vysadit antikoagulační léky nejméně 3 dny před vyšetřením. Může se objevit mírná tupá bolest, která by měla ustoupit po podání analgetik (Tham et al., 2017). Výkon se provádí za sterilních podmínek v lokální anestezii v leže na zádech. Rolí sestry je příprava pomůcek, pacienta k vyšetření a asistence lékaři. Po výkonu sestra kontroluje místo vpichu a funkčnost komprese, monitoruje bolest a FF pacienta (Holubová et al., 2013). Z důvodu přítomnosti komplikací po jaterní biopsii se začíná nahrazovat toto vyšetření elastografií. Elastografie je neinvazivní vyšetřovací metoda, při které se zjišťuje tuhost jaterní tkáně. Časně zjištění cirhózy jater umožňuje screening hepatocelulárního karcinomu a portální hypertenze (Dvořák, 2019). Díky této metodě lékař dokáže určit stupeň a vývoj jaterní fibrózy a cirhózy jater. Vyšetření se provádí stejně jako vyšetření ultrazvukem, pacient leží na vyšetřovacím lehátku v poloze na zádech s pravou horní končetinou za hlavou a lékař sondou přejíždí přes břicho. Ke správnému provedení je důležitá spolupráce pacienta, který je lékařem vyzván k zadržování dechu a následnému vydechnutí (Hůlek et al., 2018).

1.5 Léčba

Léčba jaterní cirhózy je zcela individuální. Záleží na stádiu nemoci, příčiny nemoci na klinickém stavu pacienta a na jeho spolupráci (Ehrmann et al., 2014).

Konzervativní léčba

Pokud je cirhóza ve fázi kompenzace, léčí se základní onemocnění, které jaterní cirhózu způsobilo. Ve fázi dekompenzované jaterní cirhózy léčba spočívá v léčbě symptomů a

komplikací. V rámci farmakoterapie se podávají hepatoprotektiva obsahující látky, které působí regeneračním a protektivním účinkem na jaterní buňky. Jsou ordinovány vitaminy z důvodu předcházení onemocnění kostí a krvácivým projevům – nejčastěji vitamín K, vitamín D a kalcium (Hůlek et al., 2018). Důležitou součástí léčby je dietní opatření, ve kterém je zásadním krokem alkoholová abstinence. Dieta by měla obsahovat zdravé potraviny, potraviny s vysokým obsahem bílkovin, nízkým obsahem tuků a zvýšeným obsahem vlákniny. Přesto by měla být dieta přizpůsobená specifickým potřebám pacienta (Fabrellas et al., 2023). U pacientů s cirhózou jater je ordinovaná dieta 4 (s omezením tuků) či 4S (s přísným omezením tuků). V případě, že pacient trpí diabetem se podává dieta 9 (diabetická) nebo 9S (diabetická šetřící) (Ehrmann et al., 2016). Dieta je zavedena dlouhodobě a měla by být přísně dodržována. Při dietě je důležitá pravidelnost pokrmů, které podáváme alespoň 5x denně. Důležité je, aby byla strava upravena vařením, dušením, v páře či pečením bez použití tuku. Naprosto nevhodné je grilování, smažení či restování na tuku. Maso by mělo být libové bez tuku, proto se volí drůbeží, králičí či hovězí a vepřové libové maso. Lze i zařadit do jídelníčku ryby, a to například kapra, cejna, okouna, tresku či štika. Zelenina by neměla být nadýmavá, povolená je červená řepa, celer, cuketa, lilek, brokolice, mrkev, brambory, topinambury či meloun bez pecek. Ovoce by mělo být bezsemenné, lze zařadit banán, broskev, mandarinku, meruňky, jablko či mango. Pečivo se volí minimálně den staré, nejčastěji bílý rohlík či toustový chléb. Za nevhodné se považují všechny ořechy, semínka, luštěniny kakao a čokoláda. K zahuštění pokrmů lze využít mouku či bramborový škrob. Co se týče tuků, jsou nevhodné směsné tuky a sádlo (Zach, 2019). U kompenzované cirhózy, kdy nemocný netrpí podvýživou se doporučuje zařadit do stravy ovoce a zeleninu jako přísun vitaminů a dostatek kvalitních bílkovin. U dekompenzované jaterní cirhózy často dochází k podvýživě, a proto bývá zapotřebí parenterální či enterální výživa (Ehrmann et al., 2016). V rámci režimového opatření by nemocní s cirhózou jater měli dodržovat klidový režim, v případě kompenzované fáze není nutné být v pracovní neschopnosti, avšak není vhodná práce fyzicky náročná a práce, která vyžaduje pozornost (např. řízení vozidel). Ve fázi dekompenzace bývá pacient většinou hospitalizován (Ehrmann et al., 2014).

Chirurgická léčba

Transplantace jater je v současné době život zachraňující výkon, který nemá jiné možné řešení. Hlavní indikací k provedení transplantaci jater je konečné stádium jaterního

onemocnění, zejména projevy portální hypertenze či selhání jaterních funkcí. Bez provedení transplantace při chronickém onemocněním se pacienti dožívají 1-2 roky, v případě akutního selhání jater pouze řádu dnů (Viklický et al., 2021).

Výkon lze provést přenosem celých jater či pouze jejich části od zemřelého dárce, ale je možné přenést část jater i od dárce žijícího (Špičák et al., 2017). Kontraindikacemi transplantace od zemřelého dárce je věk nad 70 let, obezita, etylismus v anamnéze či přítomnost chronického onemocnění jater (Baláž et al., 2014). Kontraindikací příjemce nových jater je velmi špatný zdravotní stav, multiorgánové selhání, sepse, jiné přidružené choroby, závislost na návykových látkách, neochota či nespolupráce pacienta v léčbě po transplantaci. Podmínkou pro provedení transplantace je nutné, aby pacient minimálně po dobu šesti měsíců nekonzumoval alkohol (Vodička et al., 2014). Pravděpodobnost trvalé abstinence pacienta posuzuje psychiatr ještě před předáním do transplantačního centra.

Před zařazením pacienta na čekací listinu je nezbytné provést nespočet vyšetření. Provádí se vyšetření krve (krevní skupina, biochemické vyšetření, krevní obraz, srážlivost, moč a sediment), EKG, RTG S+P, ultrazvuk břicha a srdce, elastografie jater, spirometrie, stomatologické a ORL vyšetření, u žen gynekologické vyšetření a u mužů vyšetření prostaty. Bývá indikováno psychologické/psychiatrické vyšetření a důležité je vyšetření cévního zásobení jater pomocí CT angiografie. Pacient, který je zařazen na čekací listině je pravidelně ambulantně sledován a čeká na vhodný orgán. Čekací doba je až několik měsíců. Může se stát, že pacient bude z čekací listiny vyřazen z důvodu vzniku komplikací nebo zhoršení jeho přidružených onemocnění (Viklický et al., 2021).

Po provedení chirurgické léčby mohou nastat komplikace, které Hůlek a Urbánek (2018) rozdělují na rané a pozdní. Mezi rané se řadí dysfunkce štěpu, infekce, cévní komplikace a mezi pozdní patří diabetes mellitus, obezita, ledvinové nebo kardiovaskulární onemocnění či hyperlipidemie. Po operaci je důležitá posttransplantační péče. Ihned po výkonu je prováděna péče časná, na které se podílí specializovaný tým v průběhu hospitalizace. V rámci pozdní péče je pacient dispenzarizován ambulantně praktickým lékařem či hepatologem, kteří v případě výskytu komplikací zahajují konzultaci s transplantačními specialisty (Hůlek et al., 2018).

1.6 Komplikace jaterní cirhózy a jejich léčba

Ascites je definován jako přítomnost volné tekutiny v břišní dutině, jehož množství může přesahovat až 10 litrů (Špinar et al., 2013). Válek a kolektiv (2023) uvádí, že se jedná o nejčastější komplikaci jaterní cirhózy a že vzniká u 60 % pacientů do 10 let od jejího diagnostikování. Ascites snižuje kvalitu života, vede k častým hospitalizacím a zvyšuje riziko dalších komplikací jako je např. bakteriální peritonitida nebo respirační potíže (Smith et al., 2019). Diagnostikuje se poklepem, avšak větší množství lze vidět i pohledem (Válek et al., 2023). Při přítomnosti ascitu provádí lékař břišní punkci za účelem diagnostickým, terapeutickým a zejména evakuačním, díky kterému dochází k uvolnění tlaku na břišní orgány a odvodu tekutiny. Ascites bývá ve většině případů čirý nebo světle žlutý, ale může být i ve formě exsudátu. Při prvním výskytu se punktát většinou posílá do laboratoře k dalšímu vyšetření, kde se vyšetřuje celková bílkovina, amylázy, albumin, počet erytrocytů a leukocytů, citlivost a kultivace. Při odčerpání více jak 5 litrů tekutiny je nutné podat intravenózní cestou albumin z důvodu prevence hypovolemického šoku a renálního selhání. Kontraindikací punkce ascitu je porucha srážlivosti krve, nesouhlas pacienta nebo jeho nestabilní stav. Při výkonu zaujímá nemocný polohu v polosedě na lůžku s opřenými zády a hlavou a je mírně natočen na stranu, kde dochází k punkci. K punkci se využívá speciální jednorázová sada či intravenózní kanyla s mandrémem, která se napojí na spojovací hadičku a sběrnou nádobu (Vytečková et al., 2015). V rámci komplikací může dojít k poranění okolní tkáně či nabodnutí orgánu v břišní dutině. Po výkonu může dojít k hypotenzi, okolí vpichu může začít krváčet nebo otéct. Sestra je zodpovědná za předání informovaného souhlasu, za přípravu všech pomůcek k výkonu, který probíhá za sterilních podmínek a asistuje lékaři. Po provedení punkce je rolí sestry monitorace fyziologických funkcí a vědomí pacienta. Dále kontroluje místo vpichu, zda nedochází ke krvácení či prosáknutí tekutiny přes sterilní krytí a monitoruje bolest (Holubová et al., 2013).

Portální hypertenze je vzestup krevního tlaku v portální žíle nad 10 mm Hg. Je způsobena zablokováním průtoku krve v portálním systému, kdy dochází ke vzniku kolaterálního oběhu (Lukáš et al., 2022). Typickým úkazem jsou rozšířené břišní cévy v oblasti pupku, nazývané caput medusae (Špinar et al., 2013). Nejpodstatnější jsou jícnové a žaludeční varixy, které ohrožují pacienta akutním krvácením do gastrointestinálního traktu (Válek et al., 2023). Portální hypertenzi lze zjistit z ultrazvukového vyšetření dopplerovskou metodou, kde se zjišťuje průtok krve portální

žilou, hodnotí se i její průměr. Tok portální žilou lze diagnostikovat i pomocí CT angiografie. Léčba spočívá v odstranění jejich následků (např. ascites), v případě akutního krvácení z varixů se provádí urgentní gastrokopie a v klidovém období se ordinují hepatoprotektiva, přísná dieta a zákaz alkoholu. Další možnou metodou léčby je chirurgické řešení a transplantace jater (Vodička et al., 2014).

Jícnové varixy jsou rozšířené žilní pleteně v oblasti jícnu důsledkem portální hypertenze a v případě jejich krvácení je pacient ohrožen na životě (Holubová et al., 2013). Varixy se objevují u poloviny pacientů s jaterní cirhózou a u jedné třetiny vedou ke krvácení. Akutní krvácení se projevuje hematemézou či zvracení žaludečního obsahu, které vzhledem připomíná kávovou sedlinu (logr). Mezi další projevy patří bledost, dušnost, pocení, tachykardie a později se objevuje meléna (Zadák et al., 2017). Základní diagnostickou metodou je provedení gastrokopie, při které se krvácení může rovnou zastavit a snížit recidivu dalšího krvácení (Tham et al., 2017). Existuje několik řešení, provádí se endoskopická sklerotizace (vstříknutí látky přímo do varixu, která způsobí jeho zánik), endoskopická ligace (zaškrcení varixu gumičkou) či tamponáda balonkovou sondou (Vodička et al., 2014). Rolí sestry je monitorace FF pacienta, zabezpečení polohy v polosedě jako prevence aspirace, zajištění žilního vstupu a odběrů krve, podávání léků dle ordinace lékaře, asistence lékaři při podávání krevní transfúze a příprava pacienta na endoskopii (Holubová et al., 2017). Pacient by měl být hospitalizován na jednotce intenzivní péče.

Jaterní encefalopatie je soubor neuropsychických příznaků, které jsou způsobeny nahromaděním neurotoxických látek v krevním řečišti, a to zejména amoniaku. Jsou udávány poruchy spánku, foetor hepaticus, třes rukou, zpomalené reakce a v horším stadiu dochází k poruchám řeči a orientace. Může dojít k somnolenci až kómatu (Lukáš et al., 2022). Mění se také psychika pacienta, vyskytují se změny nálad, řeč je zpomalená a prodlužuje se doba odpovědi. K diagnostice jaterní encefalopatie se využívá odběr krve, nejlépe arteriální, kde se vyšetří hladina amoniaku. Lukáš a kolektiv (2022) přidává k diagnostice i hodnocení písemného projevu či nakreslení lehkých obrazců (Lukáš et al., 2022). Léčba je individuální, mělo by být upraveno složení vnitřního prostředí. Důležité je zaměřit se na snížení tvorby a vstřebávání amoniaku a dalších toxických produktů ze střev, a proto se podávají antibiotika (např. Vankomycin, Metronidazol) a laktulóza, která urychluje pasáž střev, zvýší se počet stolic za den, a tak se sníží výroba amoniaku. Důležité je také nasazení diety

s omezením bílkovin na 30 g denně. Celkově má jaterní encefalopatie špatnou prognózu, zvláště pokud je doprovázena jinými komplikacemi jako je ikterus, ascites a prodloužený Quick test (Klener, 2014).

Hepatocelulární karcinom je nádor, který je způsoben z 95 % jaterní cirhózou. Ehrmann a kolektiv (2014) uvádí, že hepatocelulární karcinom se až 8krát více vyskytuje u mužů, ale pravděpodobnější je spíše rozdílný podíl rizikových faktorů (konzumace alkoholu, kouření) mezi oběma pohlavími. Základní diagnostickou metodou je ultrazvuk jater a následná biopsie. V raném stádiu je možno provést resekci jater, ideální metodou léčby je transplantace jater, méně úspěšnou metodou je chemoterapie (Ehrmann et al., 2014).

Hepatorenální syndrom je poškození ledviny, které se vyskytuje u pacientů s jaterní cirhózou kde je přítomen ascites. Jedná se o vážnou komplikaci, kdy dochází k poklesu glomerulární filtrace (Urbánek, Brůha, 2022). Hepatorenální syndrom zhoršuje prognózu jaterní cirhózy, v případě podstoupení transplantace jater je prognóza příznivější (Yoshiji et al., 2021).

1.7 Prevence a prognóza

Mezi preventivní opatření jaterní cirhózy patří vakcinace proti hepatitidě typu A a B a alkoholová abstinence (Klener, 2014). Klíčovou rolí v prevenci jsou pravidelné návštěvy ve specializovaných ambulancích, které umožňují časně odhalení projevů selhávání jaterních funkcí, přítomnost hepatocelulárního karcinomu a zahájení preventivní léčby krvácení z jícnových varixů (Hůlek, Urbánek, 2018). I přes to, že jaterní cirhóza zkracuje délku života je prognóza závislá na spolupráci nemocného a na stadiu postižení jater (Klener, 2014). Prognóza je ovlivněna věkem, dalšími chorobami pacienta a přítomností jednotlivých komplikací, jako je portální hypertenze, hepatocelulární karcinom a jaterní insuficience. U žen s diagnostikovanou cirhózou je snižená fertilita, ale i tak je těhotenství možné. Při výskytu portální hypertenze dochází ke komplikacím, nejčastěji ke krvácení z jícnových varixů, a proto je těhotenství u takové ženy velmi rizikové a nebývá doporučeno. Vzhledem ke zvýšenému nitrobřišnímu tlaku během porodu je doporučován císařský řez (Urbánek et al., 2022). Klener (2014) uvádí, že v případě kompenzované choroby je možné, aby pacient prováděl lehčí práce. Je nutné se vyvarovat práci s hepatotoxickými látkami a prostředím, kde je vysoké riziko vzniku infekce. U dekompenzované jaterní cirhózy není pacient

trvale schopen práce (Klener, 2014). Dle Urbánka a kolektivu (2022) se život pacienta s kompenzovanou fází onemocnění zásadně neliší od života zdravých lidí. Zato dekompenzovaná fáze nemoci postihuje život nemocného fyzicky i psychicky a často se vyskytují sociální a ekonomické problémy (Urbánek et al., 2022). Celkově lze prognózu nemocného předpovědět pomocí Child – Pugh klasifikace a MELD skóre (Yoshiji et al., 2021). Nejčastěji používaný hodnotící nástroj ke stanovení prognózy nemocného je Child Pugh skóre, které vzniká sloučením laboratorních výsledků a klinických příznaků nemocného (Ehrmann et al., 2014). MELD (model end – stage liver disease) je novější a v rámci hodnocení přihlíží k příčinám onemocnění a hodnotí hladinu sérového kreatininu (Klener, 2014).

1.8 Ošetrovatelská péče o pacienta s jaterní cirhózou

Pacienti s jaterní cirhózou bývají hospitalizováni na interním oddělení a jejich hospitalizace bývá mnohokrát opakována. Ve většině případů bývají pacienti na standartním oddělení, avšak v dekompenzované fázi může být pacient uložen na JIP. Prvním úkolem sestry je sběr ošetrovatelské anamnézy s následným zhodnocením stupně soběstačnosti pacienta a dle výsledku volí úroveň dopomoci.

Sestra monitoruje základní fyziologické funkce jako je TK, P, D a TT, podává léky dle ordinace lékaře a provádí odběry krve, nejčastěji biochemii, krevní obraz a srážlivost. Součástí monitorace je i hodnocení vědomí pomocí Glasgow Coma Scale (GCS), kdy maximální počet bodů je 15, minimální 3 body. Hodnotí se otevření očí, slovní a motorická odpověď. Při monitoraci bolesti sestra využívá vizuální analogovou škálu (VAS) ve formě čísel, kdy 0 odpovídá žádné bolesti a 10 bolesti nesnesitelné (Plevová, Kachlová, 2022).

U pacienta může dojít k jaternímu selhání, kdy dochází k selhání funkcí jater, které vygraduje v jaterní koma. Důsledkem selhání jater se hromadí amoniak, který je pro mozek velmi toxickou látkou a vyvolá jaterní encefalopatii. Cílem je stabilizace pacienta, který je uložen na JIP a na metabolické jednotce. Aby se nehromadil amoniak, je nutná dezinfekce střev pomocí antibiotik a laktulóza. U pacientů je přítomna porucha vědomí a zápach z úst. Sestra je zodpovědná za intenzivní ošetrovatelskou péči o pacienta (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Během hospitalizace je možný vznik nežádoucích událostí, nejčastěji vzniku pádu, který může vést k postižení pacienta. Proto je důležité zařadit do ošetrovatelské péče preventivní opatření. Sestra by nejpozději do 12 hodin od přijetí pacienta měla vyhodnotit riziko pádu dle screeningu rizika pádů (Miertová, 2019).

Vzhledem k možnému vzniku komplikací jaterní cirhózy sestra sleduje příměs krve ve stolici, která může značit krvácení z jícnových varixů. Bývá ordinováno sledování příjmu a výdeje tekutin, které sestra řádně zapisuje do dokumentace. Pokud pacient dostává diuretika, bývá zvýšená denní diuréza. Pacient by měl být pravidelně vážen a každý den sestra měří objem břicha, který značí nárůst ascitu. V případě velkého množství je indikována punkce. Z důvodu poruchy srážlivosti krve sestra sleduje stav kůže, a aby nedošlo k jejímu poranění manipuluje s pacientem šetrně. V rámci hygienické péče dohlíží na provedení hygieny, u nesoběstačného pacienta ji provede sama. Kontroluje místa náchylná na vznik dekubitů a opruzenin. Důsledkem dyspeptických potíží se u pacienta vyskytuje nechutenství, proto sestra spolupracuje s nutričním terapeutem a pacienta motivuje (Šafránková, Nejedlá, 2006).

U pacientů s jaterní cirhózou je často přítomna podvýživa, která negativně ovlivňuje prognózu pacienta. Je často přítomná u pacientů s alkoholickou cirhózou jater. Přispívá k oslabení imunitního systému, snižuje svalovou hmotu, funkční stav i kvalitu života pacienta. Proto je důležitá její prevence. V praxi se využívá řada hodnotících škál, hodnocení laboratorních markerů, fyzikální vyšetření. Mohou se využít i zobrazovací metody. Terapií malnutrice je zahájení nutriční suplementace, enterální či parenterální výživy (Ryšánková, Šatný, 2023).

Z důvodu doplňování tekutin, podávání léků nebo parenterální výživy je nutné zajistit žilní vstup. Sestra zavádí periferní žilní katetr, u kterého sleduje známky infekce a dbá na jeho pravidelnou výměnu. V případě dlouhodobé terapie může být indikováný centrální žilní katetr, který zavádí lékař (Šafránková, Nejedlá, 2006). Sestra tak připraví sterilní stolek, připraví pacienta do vhodné polohy, zkontroluje podepsaný informovaný souhlas a asistuje lékaři. Převazy CŽK se provádí dle použitého materiálu, nejčastěji se využívá krytí s chlorhexidinem, který má antibakteriální a antifunginální účinek. V praxi se tak používá např. Tegaderm CHG, který se doporučuje měnit každých 7-10 dnů za aseptických podmínek. Sestra by měla před každým využitím katétru provést dezinfekci bezjehlového vstupu otřením, proplach katetru 10 ml FR metodou start –

stop a minimálně dvakrát denně hodnotit okolí místa vpichu a sledovat známky infekce (Plevová, Zoubková, 2021).

V případě jaterního selhání jsou pacienti náchylnější k rozvoji infekce a následnému vzniku septického šoku, a proto by měl být kladen důraz na prevenci vzniku nozokomiálních infekcí. Klíčová je správná hygiena rukou a používání přípravků k tomu určených, dodržování aseptického přístupu a kontrola výskytu infekcí na oddělení (Streitová et al., 2015).

Sestra by měla pacientovi poskytnout dostatek informací, které ji umožňují její kompetence. Snaží se pacienta namotivovat k zapojení do léčby. Z důvodu poruch psychických funkcí sestra dbá na zvýšený dozor či využití zábran, aby nedošlo ke zranění. V případě potřeby sestra spolupracuje s psychologem nebo psychoterapeutem (Šafránková, Nejedlá, 2006). Ošetrovatelská péče je primárně cílena na pacienta, avšak je důležité brát v úvahu i jeho rodinu, která by měla být přijata jako partner, který se bude podílet na péči o nemocného. Pro usnadnění vzájemné komunikace a dobrou spolupráci je klíčové, aby byli rodinní příslušníci srozumitelně informováni. Sestra by měla být schopna odpovídat na případné dotazy rodiny (Tomová, Křivková, 2016).

Nedílnou součástí péče je edukace pacienta o správné životosprávě, kdy je nutné dodržovat správnou dietu, vyvarovat se konzumaci alkoholu, nutnosti pravidelných návštěv lékaře, pravidelného užívání léku a dostatečném odpočinku (Šafránková, Nejedlá, 2006).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienta s jaterní cirhózou.
2. Zjistit, jaké potřeby mají pacienti s jaterní cirhózou při hospitalizaci.
3. Zjistit, jaká režimová pacienti dodržují po propuštění z nemocnice.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s jaterní cirhózou?

VO2: Jaké potřeby mají pacienti s jaterní cirhózou při hospitalizaci?

VO3: Jaká režimová opatření pacienti dodržují po propuštění z nemocnice?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část této bakalářské práce byla zpracována kvalitativní výzkumnou metodou. K získání informací byla zvolena technika polostrukturovaných rozhovorů, zvláště se sestrami a pacienty na gastroenterologickém oddělení v jedné z jihočeských nemocnic. Na začátku rozhovorů bylo všem účastníkům výzkumu sděleno téma a cíle práce a byl získán ústní souhlas s provedením a nahráním rozhovoru na diktafon, který byl následně po zpracování smazán. Respondenti byli obeznámeni s úplnou anonymitou. K provedení výzkumu bylo nutné schválení k výzkumu od hlavní sestry nemocnice a dále pak od vrchní sestry gastroenterologického oddělení.

První rozhovory probíhaly se sestrami, kdy bylo zhotoveno 17 základních otázek (příloha 1). Otázky byly zaměřeny na ošetrovatelskou péči, potřeby pacientů, edukaci a režimová opatření. Rozhovory s pacienty byly složeny z 19 základních otázek (příloha 2). Otázky byly zaměřeny na počátky onemocnění, ošetrovatelskou péči a potřeby pacientů při hospitalizaci. Dále bylo zjišťováno, zda pacienti dodržují režimová opatření. Délka rozhovorů u obou výzkumných souborů činila v rozmezí 15–30 minut.

Všechny získané informace byly upraveny do spisovného jazyka. Výsledky výzkumného šetření byly vyhodnoceny pomocí metody barvení textu. Na základě získaných výsledků z výzkumného šetření byly vytvořeny kategorie a podkategorie. V textu jsou užity přímé citace dotazovaných, které jsou vyznačeny kurzívou. Data byla sbírána v březnu 2024.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor byl tvořen 8 sestrami, které jsou zaměstnané na gastroenterologickém oddělení jedné z jihočeských nemocnic. Sestry byly označeny s čísly S1 až S8 dle pořadí provedení rozhovoru. Rozhovor probíhal v soukromí na denní místnosti sester. Jediným kritériem výběru byla zkušenost s péčí o pacienty s jaterní cirhózou.

Druhý výzkumný soubor tvořilo 7 pacientů, kteří byli hospitalizováni na gastroenterologickém oddělení s diagnostikovanou jaterní cirhózou. Byli označeni jako

P1 až P7. Jediným kritériem byla diagnostikována jaterní cirhóza a hospitalizace na gastroenterologickém oddělení.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Identifikační údaje sester

Tabulka 1 – Charakteristika sester

| Označení | Věk | Nejvyšší dosažené vzdělání | Délka působení na oddělení |
|----------|-----|----------------------------|----------------------------|
| S1 | 29 | DiS. | 3 roky |
| S2 | 25 | Bc. | 4 roky |
| S3 | 29 | DiS. | 4 roky |
| S4 | 29 | Bc. | 3,5 roku |
| S5 | 21 | SZŠ | 2 ¾ roku |
| S6 | 35 | Bc. | 9 let |
| S7 | 32 | SZŠ | 3 roky |
| S8 | 35 | SZŠ | 11 let |

(Zdroj: vlastní)

Sestra č. 1 (S1) ve věku 29 let má ukončené vyšší odborné vzdělání. Na gastroenterologickém oddělení pracuje tři roky jako všeobecná sestra, avšak při studiu zde pracovala dva roky na pozici sanitářky. Sestře č. 2 (S2) je 25 let a má vysokoškolské vzdělání. Na gastroenterologii pracuje čtyři roky. Sestře č. 3 (S3) je 29 let a má ukončené vyšší odborné vzdělání. Pracuje na tomto oddělení čtyři roky. Sestra č.4 (S4) ve věku 29 má nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské. Na oddělení pracuje tři a půl roku. Sestra č. 5 (S5) má 21 let a její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Momentálně dálkově studuje vyšší odbornou školu. Na gastroenterologii pracuje dva a třičtvrtě roku. Sestra č. 6 (S6) je 35 let a její dosažené vzdělání je vysokoškolské. Na gastroenterologii pracuje 9 let. Sestra č. 7 (S7) má 32 let a její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Na gastroenterologii pracuje tři roky. Sestra č. 8 (S8) je 35 let a nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské. Pracuje zde 11 let.

4.2 Seznam kategorií a podkategorií – sestry

1. Jaterní cirhóza
2. Ošetrovatelská péče
 - a) výživa
 - b) potřeby pacienta
3. Režimová opatření
 - a) edukace
 - b) dispenzarizace
 - c) recidiva onemocnění

1. Jaterní cirhóza

V rámci výzkumného šetření byly sestry dotazovány na četnost výskytu jaterní cirhózy na gastroenterologickém oddělení S2, S3, S5, S7 a S8 odpověděly, že denně. S1 odpověděla: „*Velmi často, vždycky je tady někdo. Já nevím, ale asi tak jeden pacient za týden.*“ S4 řekla: „*Každý den, co jsem v práci.*“ S6 odpověděla: „*Skoro každý týden.*“

Všech 8 sester uvedlo jako první příčinu onemocnění alkohol. S1 uvedla ještě nádorová onemocnění. S2 přidala mezi příčiny nezdravý životní styl. S4 uvedla: „*Kromě alkoholu ještě hepatitidy a nespecifikované příčiny.*“ S6 přidala získaná onemocnění, konkrétně uvedla: S8 ještě kromě alkoholu odpověděla: „*Léky a rakovina.*“

Všechny sestry se shodly na tom, že nejčastějším prvním projevem jaterní cirhózy je zežloutnutí neboli ikterus. S3, S4 a S8 ještě doplnily, že dalším z prvních projevů je narůstající břicho plněné ascitem.

Na otázku možných komplikací jaterní cirhózy S1, S2, S5 a S7 uvedly jako první komplikaci ascites. S3 odpověděla neurčitě: „*Záleží, v jaké je to onemocnění fázi, že jo. Jestli je to kompenzovaná, anebo dekompenzovaná cirhóza. V dekompenzované, tam je toho víc.*“ Jako další komplikaci S1, S3, S4, S7 a S8 uvedly krvácení a krvácivé projevy. Jaterní encefalopatii zařadilo mezi komplikace S1, S4, S6 a S8. Mezi další komplikaci zařadila S1 a S5 ikterus. S5 zařadila jako jediná portální hypertenzi a renální

selhání. S6 zařadila jako komplikaci jaterní kóma. S1 jako jediná přidala mezi komplikace zpomalené psychomotorické tempo, světlou stolicí a ikterickou moč. S4 mezi další komplikace uvedla alkoholickou demenci a delirium.

2. Ošetrovatelská péče

a) výživa

Na dietě, která se pacientům s jaterní cirhózou ordinuje se všechny sestry shodly. Všechny sestry uvedly dietu č. 4 a 10. S1, S4 a S7 dodaly dietu 4 s přísným omezením tuků. V souvislosti s výživou byly sestry dotazovány, jakým stylem hodnotí stav výživy u pacienta. Všechny sestry se opět shodly, že dietu pacienta určuje lékař. S1 uvedla, že spousta pacientů není spokojená s naordinovanou dietou: *„Pacienti si stěžují, že jim jídlo nechutná, není dochucené a mají malé porce. Občas lékař pozve nutričního terapeuta, ale ve většině případů tomu tak není, protože se s tou úpravou stravy nedá nic moc dělat.“* Ohledně hodnocení stavu výživy S3 a S8 uvedly vyšetření bílkovin v krvi, díky kterým lékař pozná, zda pacient nestrádá. S2 a S7 se shodují v tom, že sestry vypracovávají v počítačovém systému screening rizika nutrice. S6 zmínila také dietní sestru: *„Ano, samozřejmě. Děláme screening a když si nejsme jisti, tak voláme dietní sestru.“* S2 i S3 odpověděly, že se pravidelně kontroluje i váha pacientů. S4 a S5 jako jediné uvedly, že stav výživy nehodnotí.

b) potřeby pacienta

Během výzkumu pro nás bylo podstatné, jaká specifika v rámci ošetrovatelské péče vnímají sestry u pacientů s jaterní cirhózou. Všech 8 sester se shodlo na tom, že by měl být u pacientů zvýšený dohled z důvodu hrozícího deliria. S2, S3, S6 a S8 odpověděly, že jsou často využívány omezovací prostředky, kvůli již zmíněnému deliriu. S1, S2, S3 a S4 uvedly podávání léků (Heminervin), které snižují vznik abstinčních příznaků. S1, S3, S5 uvedly sledování příjmu a výdeje tekutin. S1 a S3 zmínily mezi specifika pravidelné vážení a měření objemu břicha. S1 a S3 uvedly, že by se měla u pacientů dodržovat restriktce tekutin. S4 jako jediná zmínila rizika, která mohou vzniknout: *„Je třeba dbát na riziko pádu, riziko vzniku infekce a dekubitů a taky možnou extrakci vstupů při zmatenosti nebo deliriu.“* S5 zmínila důležitost úpravy lůžka kvůli otlakům na oteklých končetinách.

Další oblast, na kterou jsme se zaměřily byla náročnost ošetrovatelské péče o pacienty s cirhózou jater. Všechny sestry se shodly na tom, že práce s těmi pacienty je velmi náročná. S1 uvedla, že práce s pacienty je náročná jak po psychické, tak i po fyzické stránce. S7 dokonce odpověděla, že péče o pacienta s touto diagnózou je jedna z nejnáročnějších. S3, S4, S5 a S6 uvedly jako příčinu nespolupráci pacientů. S2 a S8 uvedly jako důvod ztíženou komunikaci kvůli zmatenosti pacientů.

Dále jsme zjišťovali, co sestry považují za nejdůležitější v rámci poskytování ošetrovatelské péče. S1, S2, S7 a S8 odpověděly, že je podstatná edukace pacienta, a to zejména o neužívání alkoholu. S1 dodala, že považuje za důležité, aby pacienti měli oporu v rodině a svých nejbližších, případně, aby jim byla poskytnuta pomoc odborníka. S6 uvedla empatii: *„Myslím si, že je důležité abychom k nim byli empatičtí a pokusili se je chápat, ale to už po těch letech upřímně ani moc nejde.“*

Všechny sestry odpověděly, že se ošetrovatelská péče odvíjí od fáze jaterní cirhózy. Odpovědi se shodují v tom, že pokud je cirhóza kompenzovaná, pacient vyžaduje menší ošetrovatelskou péči než pacient s dekompenzovanou cirhózou jater. S3 odpověděla: *„Pokud je pacient ve fázi kompenzované cirhózy, ošetrovatelská péče je zde minimální. Pokud je cirhóza v pokročilejším stádiu, je nutná celkové ošetrovatelská péče, speciálně u pacienta v deliriu.“* S4 dodala, že čím je nemoc pokročilejší, tím horší jsou komplikace u pacienta, a proto je nutná zvýšená ošetrovatelská péče.

3. Režimová opatření

a) edukace

V rámci výzkumného šetření jsme se ptali na význam edukace a její formu. Všechny sestry se shodly na tom, že edukace je u pacientů s jaterní cirhózou velmi důležitá. S5, S7 a S8 odpověděly, že edukaci provádí lékař. S1, S2, S3 a S4 uvedly mezi edukátora, jak lékaře, tak i sestru. S2 přesně odpověděla: *„Edukuje lékař, ale ti pacienti se potom ještě doptávají nás sestry na doplnění informací a potvrdíme, že je opravdu nutné dodržovat režimová opatření.“* S6 jako jediná uvedla, že edukaci provádí většinou jen sestry: *„No já si myslím, že by měl být v hlavní roli edukátora lékař, což se tady ovšem moc často nestává, takže to většinou spadá na nás, na sestry.“* Následovala otázka, zda jsou zahrnutí do edukace i rodinní příslušníci. S2, S3, S5, S7 a S8 se shodly na tom, že rodinní příslušníci jsou edukováni také. Dále se odpovědi vcelku lišily. S1 řekla, že

většinou se edukuje pouze pacient, ale jsou i výjimky, kdy se rodina sama zajímá a nechá se dobrovolně edukovat od lékaře. S4 dle posbíraných zkušeností odpověděla, že záleží na tom, zda rodina vidí problém alkoholu u pacienta: „*Záleží, jestli rodina spolupracuje nebo ne. Pokud rodina nevnímá pacientovu alkoholovou závislost, tak spolupráce s nimi stejně není možná.*“ S6 jako jediná vypověděla, že se edukuje spíše rodina, jelikož pacient není často ve stavu, kdy by tu důležitost dodržování režimových opatření chápal a uvědomoval si ji.

V souvislosti s edukací jsme zjišťovali, jaká režimová opatření, by tedy měli pacienti dodržovat po propuštění z nemocnice. Všech 8 sester se shodlo na tom, že je nutné přestat konzumovat alkohol. Dále všechny sestry považují za nutnost, aby pacienti dodržovali dietu nemastnou, neslanou a šetrící. S2 a S3 zmínily zařazení do medikace hepatoprotektiva. S1 jako jediná zmínila pravidelné užívání medikamentů. S7 a S8 by doporučily, aby pacienti neměli velkou fyzickou zátěž a měli spíše klidovější režim. S7 dodala: „*Myslím si, že je důležité, aby pacienti obměnili své přátele a okolí.*“ S4 by doporučila procházky v rámci rehabilitace. S5 jako jediná ještě zmínila, aby si pacient hlídal diurézu z důvodu zadržování tekutin v těle. S1 odpověděla, že by měli pacienti dodržovat stanovenou restrikcii tekutin.

b) dispenzarizace

Všech 8 sester se shodlo na tom, že je třeba, aby byli pacienti dále sledováni. S2 a S3 se shodují v tom, že četnost kontrol se odvíjí od fáze jaterní cirhózy. S3 dodala: „*Pokud má pacient kompenzovanou jaterní cirhózu, určitě chodí méně častěji na kontrolu, oproti pacientovi s dekompenzovanou cirhózou.*“ S4, S5 a S7 odpověděly, že pacienti docházejí na kontrolu do hepatální poradny, která spadá pod gastroenterologické oddělení. S6 vypověděla: „*Určitě je nutné sledování těchto pacientů, proto k nám také chodí do specializovaných ambulancí. Ale myslím si, že pokud oni sami s tím onemocněním nechtějí nic dělat, tak my jim nijak jinak nemůžeme pomoci. Na to my nedosáhneme, no.*“ S8 měla podobnou odpověď: „*Nutné to je, ale stejně to nikdo neovlivní. To musí ten člověk chtít sám, nikdo mu to přikázat nemůže.*“ S1 ještě uvedla důležitost pravidelných kontrolních gastrokopií z důvodu včasného podchycení jícnových varixů.

c) recidiva onemocnění

Všechny sestry se shodly na tom, že skoro ve všech případech se pacienti na jejich oddělení vrací z důvodu zhoršení stavu. Proto byly tázány, z jakého důvodu tomu tak je. Opět se všechny sestry shodují a za první příčinu recidivy označily nedodržování režimových opatření, a to zejména alkoholu. S1 dodala: *„Určitě kvůli tomu, že konzumují dál alkohol a když ne, tak se vrací kvůli tomu, že ta nemoc sama o sobě postupuje. Takže se sem vrací třeba kvůli krvácivým projevům anebo ascitu.“* S4 také vypověděla, že většina pacientů je ve stavu, kdy se nemoc zhoršuje. S5 odpověděla, že pacienti kolikrát nedodržují dietu nebo nechodí na pravidelné kontroly.

4.3 Identifikační údaje pacientů

Tabulka 2 – Charakteristika pacientů

| Označení | Pohlaví | Věk | Jaterní cirhóza | Délka onemocnění |
|----------|---------|-----|--------------------------|------------------|
| P1 | muž | 61 | alkoholická | 1, 5 roku |
| P2 | žena | 50 | alkoholická | 10 let |
| P3 | žena | 75 | alkoholická | 20 let |
| P4 | muž | 65 | hepatocelulární karcinom | 2 měsíce |
| P5 | žena | 72 | alkoholická | 22 let |
| P6 | muž | 60 | alkoholická | 5 let |
| P7 | muž | 53 | alkoholická | 1 rok |

(Zdroj: vlastní)

Pacient č.1 (P1) je muž ve věku 61 let, který se s jaterní cirhózou způsobenou užíváním alkoholu léčí 1,5 roku. Pacient č.2 (P2) je žena ve věku 50 let léčící se s alkoholickou jaterní cirhózou 10 let. Pacient č. 3 (P3) je 75letá žena, která se léčí s alkoholickou cirhózou jater 20 let. Pacient č.4 (P4) je muž ve věku 65 let, kterému byla zjištěna jaterní cirhóza před 2 měsíci jako následek hepatocelulárního karcinomu. Pacient č. 5 (P5) je 72letá žena, které byla alkoholická cirhóza diagnostikována před 22 lety. Pacient č. 6 (P6) muž ve věku 60 let, který je léčen 5 let s alkoholickou cirhózou. Pacient č. 7 (P7) je 53letý muž, kterému byla alkoholická cirhóza zjištěna před rokem.

4.4 Seznam kategorií a podkategorií – pacienti

1. Počátky onemocnění
2. Pobyt v nemocnici
 - a) Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí
 - b) Režim během hospitalizace

c) Potřeby

3. Režimová opatření

a) Edukace

b) Dodržování režimových opatření

1. Počátky onemocnění

V rámci výzkumného šetření jsme se zaměřili na počátky onemocnění. Zjišťovali jsme, jaké příznaky se u pacientů objevily jako první. Pět ze sedmi pacientů uvedlo jako první příznak ikterus. P2 odpověděla: „*Nejdříve mi zežloutlo bělmo a potom jsem zežloutla celá.*“ P1 uvedl jako první příznak zvětšování břicha. P5 uvedla jako první příznak bolest břicha na pravé straně. P1 i P5 uvedli jako druhý příznak ikterus. P1 udal jako další příznak velký ascites. P5 uvedla jako jediná zvracení.

Dále jsme zkoumali, jakého lékaře pacienti navštívili během objevení prvních příznaků. P1, P2, P3, P5 a P6 odpověděli, že jako prvního navštívili svého obvodního praktického lékaře. P4 a P7 byli vyšetřeni v nemocnici.

Následovala otázka na vyšetřovací metody, které byly použity pro diagnostiku jaterní cirhózy. Všech sedm pacientů uvedlo vyšetření krve a ultrazvukové vyšetření. P1 a P2 jako jediní uvedli ještě palpační vyšetření. P1 odpověděl: „*Pan doktor mi prohmatal břicho a nezdálo se mu to, tak mě poslal na ultrazvuk jater.*“ P4 jako jediný ještě uvedl CT vyšetření. Všem sedmi pacientům byla sdělena diagnóza jaterní cirhózy v nemocnici.

Pacienti byli dotazováni, zda jsou si vědomi příčiny vzniku svého onemocnění. Pět pacientů uvedlo jako příčinu nadměrnou konzumaci alkoholu. P1 uvedl, že alkohol požíval, ale dle něj ne ve velké míře, aby mohla jaterní cirhóza vzniknout. P4 jako jediný nemá jaterní cirhózu ethylickou, ale jako komplikaci hepatocelulárního karcinomu, tudíž u něho není příčina cirhózy alkohol.

2. Pobyť v nemocnici

a) Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí

Dle uvedených odpovědí je zřejmé, že všech 7 pacientů bylo velmi spokojeno s péčí a ochotou sester. P4 odpověděl: „*Péče je tady tedy úžasná, nic bych nevytknul.*“ P7 uvedl, že s takhle laskavým personálem se nikdy nikde neseťkal.

V rámci podávání informací jsou všichni pacienti spokojeni. P2 uvedl, že pokud má mít nějaké vyšetření, je mu sděleno dopředu lékařem. P7 dodal: „*Každý den na vizitě mi lékař řekne nové výsledky, pokud mě něco zajímá, tak se ho doptám.*“

b) Režim během hospitalizace

Všichni pacienti se převážně na režimu dne shodli. Všichni pacienti uvedli ranní hygienu, občasné odběry krve, podávání léků a infúzí, snídani, případná vyšetření, oběd, návštěvy a večeři. P1, P2, P5 a P6 odpověděli, že jim byla provedena punkce ascitu. P2 uvedla, že ji během hospitalizace byla provedena gastroskopie. P3 jako jediná uvedla návštěvu rehabilitační sestry.

c) Potřeby

V této oblasti jsme se zaměřovali na potřeby pacientů. P1, P4, P6 a P7 uvedli, že mají špatnou kvalitu spánku. P1, P4 a P6 udávají jako důvod ascites, který jim brání v nalezení vhodné polohy. P7 udává jako důvod neznámé prostředí. P4 a P5 vnímá sníženou chuť k jídlu kvůli nechutenství. P4 uvedl, že mu chybí být soběstačný. P5 odpověděla, že není naplněná její potřeba sociální interakce: „*Nudím se tady, chybí mi kamarádi.*“

V rámci celkových potřeb jsme se doptávali, zda pacienty jejich onemocnění omezuje nějakým způsobem v jejich životě. P1, P6 a P7 se shodli, že jsou omezeni pracovní. P1 uvedl jako důvod narůstající břicho a časté močení po diuretikách. P6 a P7 uvedli jako důvod celkovou slabost. P3 a P4 jsou momentálně a nejspíše dočasně odkázáni na pomoc druhých. P2 odpověděla, že ji nemoc vůbec neovlivňuje: „*Chodím si s přáteli posedět a občas jdu na brigádu.*“ P5 odpověděla, že je pro ni náročná jakákoliv těžší fyzická aktivita.

3. Režimová opatření

a) edukace

Všichni pacienti se shodli v tom, že byli edukováni o svém onemocnění lékařem v nemocnici, poté co jim cirhóza byla diagnostikována. Všech 7 pacientů uvedlo, že jim byla sdělena režimová opatření, která by měli dodržovat. Jako první všichni zmínili abstinenci jakéhokoliv alkoholu. Všichni pacienti uvedli, že jim bylo doporučeno, aby upravili stravovací návyky. P1, P2, P3, P7 odpověděli, že jim byla doporučena dieta s omezením tuků. P5 jako jediná uvedla, že dostala informační letáček, na kterém bylo napsána režimová opatření: *„Dostala jsem leták, kde bylo napsáno, co smím a nesmím. Byly tam i nějaké základní recepty.“* V rámci seznámení s komplikacemi jaterní cirhózy byly odpovědi negativní. Pouze P2 uvedla, že ji byly sděleny komplikace: *„Právě že může vzniknout ta voda v břiše a ty varixy. Obojí já mám. Řekli mi taky, že můžu mít zvýšenou krvácivost.“* P5 stroze odpověděla: *„No, co asi, můžu umřít no.“*

b) dodržování režimových opatření

Šest ze sedmi pacientů uvedlo, že striktně dodržují dietu a abstinenci alkoholu. P2 jako jediná přiznala nedodržování režimových opatření: *„No, ne vždy se to povede. Občas si dám nějaký omáčky a řízky anebo mě kamarádi vezmou na pivo. Někdy padne i nějaký tvrdý alkohol.“* Zajímali jsme se, jaké potraviny a jídla mají pacienti zařazené v jídelníčku. P1, P3, P4, P5, a P6 odpověděli, že si nejvíce maso upravují vařením. P7 využívá horkovzdušnou troubu. P1: *„Maso si teda jen vařím, i když mám chuť na nějaké uzené nebo klobásy, ale opravdu je nejím.“* Naopak uzenými výrobky nepohrdne občas P7. Všichni pacienti jí kuřecí a krůtí maso. P7 zmínil jako jediný králičí maso. Na otázku, jaké přílohy si pacienti vaří všichni odpověděli rýží a těstoviny. P1, P4, P5 a P6 se shodli, že stravu méně solí. P1, P3, P6 a P7 uvedli, že začali více jíst ovoce a zeleninu. P2, P5, P6 jsou kuřáci a kouří nadále. P1 uvedl, že v rámci onemocnění omezil kouření cigaret, které mu momentálně už stejně nechutnají. Jako důvod udal pokročení nemoci.

Všichni pacienti odpověděli, že chodí na pravidelné kontroly na gastroenterologii. Šest pacientů ze sedmi odpovědělo, že chodí pravidelně. P5 uvedla, že momentálně musela přijít dříve, než měla termín kontroly, jelikož byla celkově slabá a narostlo ji břicho. P2

přiznala, že úplně pravidelně na kontroly nechodí: „*Snažím se to dodržovat, ale někdy prostě zapomenu.*“

5 Diskuze

Jaterní cirhóza může určitý čas probíhat bez příznaků, kdy Klener (2014) popisuje, že k lékaři přijde pro potíže pouhých 60 % pacientů. Na začátku našeho výzkumu jsme zkoumali, jakého lékaře pacienti navštívili jako prvotního. Pět ze sedmi pacientů uvedlo praktického lékaře, zbylí dva pacienti navštívili rovnou lékaře v nemocnici. Dále jsme se zaměřili na první příznaky, které se u pacientů objevily. Zjistili jsme, že pět ze sedmi pacientů přivedl k lékaři ikterus. Mezi dalšími příznaky byla uvedena bolest pravé strany břicha, vznik ascitu a zvracení. Toto zjištění se nám potvrdilo i z odborné literatury, kdy Hůlek et al. (2018) uvádí stejné příznaky. I ve druhém souboru sester se prvotní příznak objevil ikterus a ascites. Ehrmann et al. (2016) mezi další příznaky uvádí poruchy spánku, zvýšenou únavu a splenomegálii. Dle článku Ehrmanna et al. (2016) žije s jaterní cirhózou v České republice 40–60 tisíc pacientů a ročně jich umírá 2 000. Během výzkumného šetření jsme zjišťovali četnost výskytu pacientů s jaterní cirhózou na gastroenterologickém oddělení. Pět sester z osmi odpovědělo, že se setkávají s pacienty s jaterní cirhózou denně na oddělení.

Šest ze sedmi pacientů mělo jako příčinu vzniku onemocnění konzumaci alkoholu. Jeden pacient měl jaterní cirhózu jako následek hepatocelulárního karcinomu. Ve výzkumu Bystroňové (2023) měli alkoholickou cirhózu jater tři pacienti ze čtyř. I když pracujeme s malým výzkumným vzorkem, z výzkumu vyplývá, že je jednou z nejčastějších příčin jaterní cirhózy alkohol. Dle výpovědí sester je hlavní příčinou také konzumace alkoholu, hepatitidy a léky. Tyto odpovědi se shodují s příčinami, které popisuje Hůlek et al. (2018). Jako další příčinu byly sestrami uvedeny nespecifikované příčiny, nezdravý životní styl a rakovina. Dle Ehrmanna et al. (2020) cirhóza vznikne za 25 let při konzumaci 180–200 g alkoholu denně, ale podle většiny studií jsou u ženského pohlaví uváděné hodnoty až o polovinu menší.

Další zkoumanou oblastí byla diagnostika onemocnění. Včasná diagnostika a zahájení léčby je dle Ehrmanna et al. (2016) hlavním úkolem lékaře. Všichni pacienti se shodli, že jim byly provedeny odběry krve a následně ultrazvukové vyšetření. Jeden pacient uvedl, že mu bylo provedeno CT vyšetření. Klener (2014) popisuje jako základ diagnostiky podrobnou anamnézu, odběry krve, UZ a zmiňuje provedení jaterní biopsie. Hůlek et al. (2018) uvádí jako nezbytné endoskopické vyšetření horní části trávicího

traktu, která dokáže odhalit přítomnost jícnových varixů. Jedna ze sester také vyzdvihla důležitost gastroscopie v rámci dispenzarizace pacientů.

Další oblastí byla znalost možných komplikací jaterní cirhózy. Odpovědi pacientů byly neuspokojivé. Pouze jedna uvedla jako možnou komplikaci ascites a vznik jícnových varixů. Obě tyto komplikace pacientka má. Další pacientka stroze odpověděla, že může zemřít. Z dotazovaných pacientů má pět z nich přítomen ascites, ale jako komplikaci ho neuvedli. Domníváme se, že neznalost komplikací je následek špatné edukace pacienta o jeho onemocnění. I přesto, že jsme pracovali s malým vzorkem pacientů si myslíme, že je potřeba informovat pacienty detailněji o vzniku komplikací, které mohou nastat. Naopak z výpovědí sester jsme zjistili, že sestry mají velmi dobrý přehled o komplikacích jaterní cirhózy. Sestry uvedly mezi komplikace ascites, krvácivé projevy, renální selhání, portální hypertenzi a jaterní encefalopatii. Lukáš et al. (2022) uvádí, že pokud se v průběhu onemocnění nedosáhne útlumu fibrotizace, vzniknou u pacientů časem komplikace portální hypertenze jako je ascites, hepatorenální syndrom či krvácení z jícnových varixů.

Všechny sestry se shodly, že ošetrovatelská péče o pacienta s cirhózou jater je velmi náročná, jak po psychické, tak i fyzické stránce. Jedna sestra uvedla, že péče o pacienty s touto diagnózou je jedna z nejnáročnějších. Šafránková a Nejedlá (2006) udávají, že péče o pacienta s jaterní cirhózou vyžaduje vysokou odbornost a trpělivost. Dále se odpovědi sester shodují v tom, že se náročnost ošetrovatelské péče odvíjí od fáze jaterní cirhózy. Jedna sestra uvedla, že pokud má pacient jaterní cirhózu ve fázi kompenzace, je u něj vykonávána minimální ošetrovatelská péče, a naopak v případě dekompenzované fáze je nutná celková ošetrovatelská péče, zvláště u pacienta v deliriu. Další sestra dodala, že čím více je jaterní cirhóza pokročilejší, tím větší je ošetrovatelské péče nutná. Tato odpověď koresponduje s odpovědí Šafránkové a Nejedlé (2006), kdy autorky popisují, že v případě vygradování jaterní cirhózy do jaterní encefalopatie je nutné uložit pacienta na jednotku intenzivní péče. Z vlastní zkušeností můžeme potvrdit, že péče o pacienty s jaterní cirhózou je velmi náročná, jelikož si pacienti neuvědomují vážnost svého onemocnění a v mnoha případech nechápou, že pokud nepřestanou požívat alkohol, jejich nemoc vygraduje a mohou zemřít. Během výzkumného šetření jsme zjišťovali, co sestry považují za nejdůležitější při poskytování ošetrovatelské péče. Čtyři sestry z osmi považují za důležité, aby byli pacienti opravdu dobře edukováni, a to zejména o nutnosti abstinence alkoholu. Jedna sestra jako jediná vedla podporu rodiny a

blízkých, případně zajištění odborné pomoci. Jedna sestra jako jediná považuje za důležité, aby se sestry dokázaly do pacienta vcítit. Sama ale uznala, že po letech práce s těmito pacienty ji to moc nejde. Myslíme si, že tato odpověď může být důsledkem syndromu vyhoření. Nejedlá a Šafránková (2006) popisují, že u pacienta může vzniknout porucha sebepřijetí z důvodu změny vzhledu, a proto by měl být pacient vyslechnut a sestra by mu měla být nápomocna k přijetí změn. V našem výzkumu žádný pacient nejevil známky poruchy sebepřijetí. Žádného pacienta neovlivňuje změna barvy kůže způsobena ikterem v sociálním životě. Hrušková (2019) ve svém výzkumu popisuje, že se jeden pacient nedokázal smířit s ikterem, kvůli kterému přerušil kontakty s ostatními lidmi kromě rodiny.

Co se týče specifík ošetrovatelské péče, které sestry považují u pacientů s jaterní cirhózou všechny sestry odpověděly, že je nutné, aby byl u pacientů zvýšený dohled. Jako důvod uvedly hrozící delirium. Čtyři z osmi sester uvedly, že v případě deliria je nutné využít omezovací prostředky. Čtyři sestry také uvedly podávání léků (Heminevrin), které snižují vznik abstinenčních příznaků. Ze své zkušenosti mohu potvrdit, že tyto léky mají pacienti předepsány během hospitalizace a postupně se jim dávka snižuje. Tři sestry zmínily sledování příjmu a výdeje tekutin. Dvě sestry uvedly pravidelné vážení a měření objemu břicha pacienta. Sledování příjmu a výdeje tekutin, každodenní vážení a měření objemu břicha uvádějí i autorky Šafránková a Nejedlá (2006), kdy popisují, že v případě nárůstu ascitu je indikována punkce, během níž je nutné sledování fyziologických funkcí z důvodu možné mdloby pacienta. Dvě sestry zmínily, že by se měla u pacientů dodržovat restrikce tekutin. Burda a Šolcová (2016) uvádí přibližně 1 litr tekutin na 24 hodin. Z praxe mohu potvrdit, že u pacientů s jaterní cirhózou bývá restrikce tekutin ordinována, okolo 1-1,5 litru tekutin za 24 hodin. Pouze jediná sestra zmínila vznik potencionálních rizik. Konkrétně riziko pádu, vzniku infekce anebo možné riziko extrakce vstupů v případě, že je pacient zmatený nebo ve stavu deliria. Riziko pádu a riziko vzniku infekce stanovuje v kazuistice u pacienta s jaterní cirhózou i Barešová (2020) ve své absolventské práci. Jedna ze sester považuje za důležitost úpravu lůžka z důvodu otlaku při otocích končetin. Oteklé končetiny by se daly považovat za možné riziko pádu, avšak tuto skutečnost ale daná sestra nezmínila.

Dále jsme se zajímali, zda jsou pacienti spokojeni s ošetrovatelskou péčí, která jim je poskytována. Z odpovědí pacientů je zřejmé, že všichni byli s ošetrovatelskou péčí za hospitalizace velmi spokojeni. Dokonce P7 uvedl, že s takhle milým personálem se

nikdy nesetkal. Všichni pacienti byli spokojeni s informacemi, které jim byly poskytovány. V rámci výzkumu jsme zjišťovali, jaké mají pacienti potřeby v nemocnici. Čtyři pacienti ze sedmi měli narušený spánek. Tři z nich udávají jako důvod ascites, který jim brání v nalezení pohodlné polohy. Čtvrtý pacient uvedl jako příčinu neznámé prostředí. Poruchu spánku zmiňuje Šafránková a Nejedlá (2006). U některých pacientů byla zaznamenána slabost, zrudnutí či postrádání vlastní soběstačnosti.

Další otázky byly zaměřeny na výživu pacientů. Všech osm sester se shodlo na tom, že dietu pacienta určuje lékař. Nejčastěji je to dieta č. 4 – s omezením tuků a 10 – neslaná šetřící. Tři sestry udaly ještě dietu č. 4s – s přísným omezením tuků. Jedna sestra zmínila, že občas bývá naordinovaná parenterální výživa, což je ve shodě s literaturou (Ehrmann et al., 2016). Fabrellas et al. (2023) uvádí ve svém článku, že dieta by měla obsahovat potraviny a vysokým obsahem bílkovin, vlákniny, a naopak s nízkým obsahem tuků. Také popisuje, že je nutné, aby byla dieta přizpůsobena specifickým potřebám pacienta. V rámci výživy jsme zjišťovali, jakým způsobem sestry hodnotí stav výživy. Odpovědi byly neuspokojivé. Byl zmíněn screening rizika nutrice v počítačovém systému, hodnocení bílkovin z krve, které je v kompetenci lékařů, návštěva nutričního terapeuta a vážení pacientů. Dvě sestry dokonce stav výživy vůbec nehodnotí. Ryšánková a Šatný (2023) uvádí ve svém odborném článku, že je u pacientů s jaterní cirhózou častá podvýživa, která je způsobena nedostatečným příjmem potravy a poruchou malabsorpce a negativně ovlivňuje prognózu pacienta. Jako prevenci zmiňují řadu nutričních skóre, zobrazovací metody či sílu stisku ruky. Terapie malnutrice spočívá v podávání sippingu, enterální či parenterální výživy. Hůlek et al. (2018) uvádějí, že většina pacientů s jaterní cirhózou trpí malnutricí a zlepšení jejich nutričního stavu může napomoci ke zlepšení prognózy pacienta. Popisují také nutriční podporu ve spolupráci s nutričním terapeutem. Například sipping nezmínila ani jedna sestra, a proto si myslíme, že by měly být sestry více vzdělané v oblasti hodnocení výživy a prevenci podvýživy.

Dále jsme zkoumali, zda jaterní cirhóza nějakým způsobem pacienty omezuje v běžném životě. Tři pacienti se shodli na tom, že je nemoc ovlivňuje pracovní, z nichž jeden pociťuje omezení z důvodu narůstajícího břicha a diuretické léčbě. Dva pacienti jsou nyní a nejspíše dočasně odkázáni na pomoc druhých. Pro jednu pacientku je náročná fyzická aktivita. Jediná pacientka odpověděla, že ji nemoc neomezuje v ničem. V této

oblasti se naše výsledky neshodují s výzkumem Langpaulové, DiS. (2019), kdy v jejím výzkumu pocítují omezení jen dva pacienti z šesti.

Edukace je dle Šafránkové a Nejedlé (2006) nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Dodržování režimových opatření je prevence vzniku komplikací, které vedou ke zhoršování stavu. Z výpovědí pacientů bylo zřejmé, že byli dostatečně edukováni o stravovacích návycích a nutné abstinenci alkoholu. Odpovědi všech sedmi pacientů se shodují v tom, že je edukoval lékař. Sedm z osmi sester uvedlo jako edukátora lékaře, čtyři z nich zahrnuly do role edukátora i sestru. Dle S2 zastává hlavní roli edukace lékař a následně se pacienti později doptávají sestru, pokud mají nějaké otázky. S6 jako jediná odpověděla, že edukuje spíše jen sestra, ale dle jejího názoru by tuto roli měl zastávat více lékař. Dle Tomové a Křivkové (2016) je klíčové, aby byli informováni i rodinní příslušníci pacientů. Pět sester z osmi odpovědělo, že je edukována i rodina pacienta.

V rámci dodržování režimových opatření jsme se sester ptaly, jaká režimová opatření by měli pacienti dodržovat. Všech osm sester se shodlo na tom, že je nutné, aby pacienti přestali konzumovat alkohol. Ehrmann et al. (2020) uvádí ve svém článku, že abstinence zlepšuje průběh již existující alkoholové jaterní cirhózy. Dalším opatřením je dodržování šetrící, nemastné a neslané diety. Dvě sestry zařadily do medikace hepatoprotektiva, která korespondují s literaturou Hůlka et al. (2018). Pouze jedna sestra zmínila důležitost pravidelného užívání léků. Dle Dvořáka et al. (2022) by měl pacient užívat diuretika. Hůlek et al. (2018) uvádí v rámci farmakoterapie vit. K, vit. D a kalcium. Lata a Juránková (2011) považují za důležité, aby pacient užíval laktulóza jako prevenci zadržování amoniaku, jehož vysoká hodnota může způsobit jaterní encefalopatii. Dvě sestry odpověděly, že by pacienti neměli mít velkou fyzickou zátěž, ale spíše mít klidový režim. Toto tvrzení koresponduje s literaturou Ehrmanna et al. (2014), kteří ještě nedoporučují práci vyžadující pozornost, například řízení vozidel. S4 by doporučil procházky v rámci rehabilitace. Jedna sestra dodala, že by pacient měl obměnit své přátele a okolí. S tímto názorem se ztotožňuji, jelikož si myslím, že v případě alkoholické cirhózy jater má v okolí pacient přátele s problémy s alkoholem. To se potvrdilo i z výpovědi pacientky, kdy odpověděla, že ji přátele občas vezmou na pivo a pije i tvrdý alkohol. Z toho vyplývá, že nedodržuje režimové opatření, které jí bylo z důvodu jejího onemocnění doporučeno. Pacientka neprojevila zájem o obměně přátele. Naopak ve výzkumu Mlezivové (2014) jeden pacient odpověděl, že už se se svými kamarády stýkat nemůže, jelikož ho nabádají k návštěvy vinotéky. Všech

zbylých šest pacientů odpovědělo, že striktně abstinují. Co se týče dodržování diety, většina pacientů ji dodržuje. Opět P1 přiznala, že si občas dá něco smaženého nebo tučného. Jeden z pacientů uvedl, že občas nepohrdne uzeninami. V rámci výživy jsme se zajímali, jaké potraviny mají pacienti v jídelníčku. Všichni pacienti konzumují krůtí a kuřecí maso, jeden pacient uvedl ještě maso králíčí. Způsob jeho přípravy provádí pacienti vařením, jeden pacient využívá horkovzdušnou troubu. Čtyři pacienti ze sedmi se shodli, že využívají méně soli při vaření a čtyři pacienti začali jíst více zeleniny a ovoce. Jako nejčastější přílohy pacienti uvedli rýži a těstoviny. V rámci režimových opatření jsme se zajímali, zda pacienti kouří cigarety. Tři pacienti jsou kuřáci nadále, avšak jeden z nich udal, že kouří mnohem méně z důvodu nechutenství.

Dle Hůlka a Urbánka (2018) je dispenzarizace pacientů ve specializovaných ambulancích velmi důležitá, a to z důvodu zhoršení onemocnění. Všech osm sester se jednohlasně shodlo, že dispenzarizace je nutná. Dvě sestry dodaly, že je důležité, aby sám pacient se chtěl léčit. Při zjišťování, zda pacienti pravidelně docházejí na plánované kontroly k lékaři, se ukázalo, že šest ze sedmi pacientů navštěvuje lékaře opravdu poctivě pravidelně. Jedna pacientka udala, že občas na kontrolu zapomene. Z výsledků Mlezivové (2014) také vyplývá, že drtivá většina pacientů na kontroly dochází. V rámci výzkumného šetření sester jsme zjistili, že je častá recidiva onemocnění z důvodu nedodržování abstinence alkoholu, dietního opatření či nedocházení na pravidelné kontroly a je nutná opakovaná hospitalizace pacienta. Opakovanou hospitalizaci uvádí i Nejedlá a Šafránková (2006). Bohužel se v praxi setkávám s pacienty, kteří se na gastroenterologické oddělení vrací ve zhoršeném stavu z důvodu nedbání režimových opatření, a to zejména kvůli stálé konzumaci alkoholu. Tito pacienti nemají dobrou prognózu. Dle Ehrmanna et al. (2014) se léčba odvíjí dle stádia nemoci, klinickém stavu pacienta a jeho spolupráci. Lukáš et al. (2022) uvádí, že u jaterní cirhózy je vysoká mortalita.

6 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienta s jaterní cirhózou, jejich potřeby a zjistit, zda pacienti dodržují režimová opatření. Na základě výsledků byly stanovené cíle splněny.

Na základě výsledků jsme zjistili, že sestry mají velmi dobré znalosti o jaterní cirhóze. Za negativní považujeme zjištění, že sestry převážně nehodnotí riziko nutrice, i přesto, že u pacientů s jaterní cirhózou bývá velmi častá malnutrice. V rámci zkoumání vyplynulo, že sestry nemají žádné nedostatky v poskytování ošetrovatelské péče. Dle výpovědí sester jsme zjistili, že se pacienti často vrací k hospitalizaci z důvodu nedodržování abstinence alkoholu.

Dle výzkumného šetření jsme zjistili, pacienti jsou s poskytovanou ošetrovatelskou péčí velmi spokojeni. Z výzkumu vyplynulo, že jsou pacienti velmi dobře edukováni o režimových opatřeních. Negativním zjištěním však bylo, že ne všichni pacienti režimová opatření dodržují. Dle odpovědí jsme zjistili, že jsou pacienti o svém stavu dobře informováni a žádné informace jim během hospitalizace nechybí. Bylo zjištěno, že pacienti s jaterní cirhózou mají poruchy spánku, nechutenství a celkovou slabost. Také bylo zjištěno, že jsou pacienti špatně informováni o komplikacích svého onemocnění.

Na základě získaných výsledků byla vytvořena informační brožura, která je cílená pro pacienty s diagnostikovanou jaterní cirhózou (příloha 3). Výsledky práce mohou přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče a porozumění potřebám pacienta. Mohou sloužit také jako studijní materiál pro studenty ošetrovatelství, kteří se zabývají o problematiku péče o pacienty s jaterní cirhózou. Navíc může být užitečným edukačním materiálem pro sestry v praxi a pacienty, kteří hledají informace o své nemoci a péči, která by jim měla být poskytnuta.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BALÁŽ, P. et al., 2014. *Odběry orgánů k transplantaci/Odbery orgánov na transplantácie*. Karolinum. 260 s. ISBN 978-80-246-1964-4.
2. BÁRTOVÁ, J., 2022. *Přehled patologie*. Karolinum. 299 s. ISBN 978-80-246-4775-3
3. BHANDARI, A., MAHAJAN, R. 2022. Skin changes in Cirrhosis. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*. 12(4) 1215-1224. doi: 10.1016/j.jceh.2021.12.013.
4. BRATER, J., 2019. *Zdravá játra*. Esence. 232 s. ISBN 978-80-7617-485-6.
5. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
6. DOBIÁŠ, V., BULÍKOVÁ, T., 2021. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 272 s. ISBN 978-80-271-3020-7.
7. DVOŘÁK, K., FALT, P., PATEROVÁ, P. et al., 2022. Pacient s jaterní cirhózou na interním oddělení. *Vnitřní lékařství*. 68(1), 19-25. ISSN 0042–773X.
8. DVOŘÁK, K., 2019. Neinvazivní diagnostika jaterních chorob – zobrazovací metody. *Vnitřní lékařství*. 65(9), 539-545. ISSN 0042–773X.
9. EHRMANN, J., AIGLOVÁ, A., KONEČNÝ, M., et al., 2016. Aktuální možnosti jaterní cirhózy v ambulanci internisty. *Vnitřní lékařství*. 62(7-8), 553-563. ISSN 0042–773X.
10. EHRMANN, J., HŮLEK, P. et al., 2014. *Hepatologie*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 658 s. ISBN 859-404-924-027-2.
11. FABRELLAS, N., KÜNZLER – HEULE, P., OLOFSON, A. et al., 2023. Nursing care for patients with cirrhosis. *Journal o gastroenterology*. 79(1), 218-225. doi: 10.1016/j.jhep.2023.01.029.

12. HOLUBOVÁ, A., NOVOTNÁ, H., MAREČKOVÁ, J. et al., 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. 267 s. ISBN 978-80-204-2806-6.
13. HORÁK, J., EHRMANN J., 2014. *Hepatologie do kapsy*. Praha: Mladá fronta. 232 s. ISBN 978-80-204-3299-5.
14. HŮLEK P., URBÁNEK, P. et al., 2018. *Hepatologie*. 3. vydání 2018. Praha: Grada Publishing. 768 s. ISBN 978-80-271-0394-2.
15. KLENER, P. et al., 2014. *Vnitřní lékařství*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Galén. 1174 s. ISBN 978-80-7262-705-9.
16. LUKÁŠ, K. et al., 2022. *Obyčejné nemoci trávicího traktu*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-271-3405-2.
17. MIERTOVÁ, M., 2019. *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-271-0850-3.
18. NAVRÁTIL, L. et al., 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. 560 s. ISBN 978-80-271-0210-5.
19. NEJEDLÁ, M., 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 978-80-247-4402-5.
20. PLEVOVÁ I., KACHLOVÁ, M., 2022. *Postupy v ošetrovatelské péči 1: Základní fyzikální vyšetření sestrou, měření fyzikálních funkcí*. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-271-3032-0.
21. PLEVOVÁ, I., ZOUBKOVÁ, R. a kolektiv, 2021. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing. 560 s. ISBN 978-80-271-0890-9.
22. PLEVOVÁ, I. a kolektiv. 2018. *Ošetrovatelství I*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.

23. PREMKUMAR, M., ANAND AC., 2022. Overview of Complications in Cirrhosis. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*. 12(4), 1150-1174. doi: 10.1016/j.jceh.2022.04.021.
24. RYŠÁNKOVÁ, M., ŠATNÝ, M., 2023. Malnutrice u chronického jaterního selhávání. *Vnitřní lékařství*. 69(7), 21-28. ISSN 0042-773X.
25. SMITH, A., BAUMGARTNER, K., BOSITIS, C., 2019. Cirrhosis: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 100(12), 759-770. PMID: 31845776.
26. STREITOVÁ, D., ZOUBKOVÁ, R. a kolektiv, 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. 164 s. ISBN 978-80-247-5215-0.
27. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2005. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing. 284 s. ISBN 978-80-247-1148-5.
28. ŠPIČÁK, J. a kolektiv, 2017. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II*. Praha: Grada Publishing. 320 s. ISBN 978-80-271-0318-8.
29. ŠPINAR, J., LUDKA, O. et al., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí, 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. 336 s. ISBN 978-80-247-4356-1.
30. THAM, TCK., COLLINS, JSA., SOETIKNO, R., 2017. *Urgentní gastroenterologie*. Překlad 3. vydání. Praha: Grada. 382 s. ISBN 978-80-271-0157-3.
31. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
32. URBÁNEK, P., BRŮHA, R. et al., 2022. *Hepatologie*. 4. vydání 2022. Praha: Grada Publishing. 920 s. ISBN 978-80-271-1693-5.
33. VÁLEK, V. a kolektiv, 2023. *Abdominální a gastrointestinální radiologie, JÁTRA*. Praha: Grada Publishing. 272 s. ISBN 978-80-271-3279-9.

34. VODIČKA, J. a kolektiv, 2014. *Speciální chirurgie*. Karolinum. 318 s. ISBN 978-80-246-2512-6.
35. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III, Speciální část*. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
36. WOHLFAHRTOVÁ, M., VIKLICKÝ, O., LISCHKE, R. et al., 2021. *Transplantace orgánů v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing. 416 s. ISBN 978-80-271-0721-6.
37. YOSHIJI, H. NAGOSHI, S., AKAHANE, T., et al., 2021. Evidence – based clinical practise guidelines for Liver Cirrhosis 2020. *Journal of gastroenterology*. 56(7), 593-619. doi: 10.1007/s00535-021-01788-x.
38. ZADÁK, Z., HAVEL, E. a kolektiv, 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.
39. ZACH, L., © 2019. *Jednoduchá kuchařka, jaterní dieta* [online]. [cit. 2024-04-26]. ISBN 978-80-270-5729-0. Dostupné z: https://web2.mlp.cz/koweb/00/04/49/72/16/jednoducha_kucharka.pdf

8 Seznam použitých zkratek

| | |
|---------|----------------------------|
| ALP | alkalická fosfatáza |
| ALT | alaninaminotransferáza |
| AST | aspartátaminotransferáza |
| CNS | centrální nervová soustava |
| CT | výpočetní tomografie |
| D | dech |
| EKG | elektrokardiografie |
| FF | fyziologické funkce |
| FR | fyziologický roztok |
| g | gram |
| GGT | gama – glutamyltransferáza |
| JIP | jednotka intenzivní péče |
| l | litr |
| ml | mililitr |
| mm Hg | milimetr rtuťového sloupce |
| např. | například |
| ORL | otorinolaryngologie |
| P | puls |
| RTG S+P | rentgen srdce, plíce |
| TK | krevní tlak |
| TT | tělesná teplota |
| tzv. | takzvaný |

UZ

ultrasonografie

9 Seznam příloh

Příloha 1: Seznam otázek pro rozhovor se sestrami

Příloha 2: Seznam otázek pro rozhovor s pacienty

Příloha 3: Brožura o jaterní cirhóze

Příloha 1: Seznam otázek pro rozhovor se sestrami

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho působíte na gastroenterologickém oddělení?
4. Jak často se stýkáte s jaterní cirhózou na Vašem oddělení?
5. Jaké jsou nejčastější příčiny jaterní cirhózy?
6. Jaké jsou komplikace jaterní cirhózy?
7. Jaká dieta/výživa je indikována u těchto pacientů?
8. Jakým způsobem hodnotíte stav výživy u pacienta?
9. Jaká specifika byste zařadila do ošetrovatelské péče?
10. Myslíte si, že jsou tyto pacienti nároční na ošetrovatelskou péči a proč?
11. Co si myslíte, že je u nich nejdůležitější v rámci ošetrovatelské péče?
12. Mají tyto pacienti nějaké rozdílné potřeby na rozdíl od jiných onemocnění?
13. Liší se ošetrovatelská péče dle fáze jaterní cirhózy?
14. Kdo edukuje pacienta o režimových opatřeních?
15. Jaká opatření by měl pacient dodržovat po propuštění?
16. Je nutná dispenzarizace těchto pacientů?
17. Je častá recidiva onemocnění u těchto pacientů, případně proč?

Zdroj: vlastní

Příloha 2: Seznam otázek pro rozhovor s pacienty

1. Kolik Vám je let?
2. Kdy se u Vás objevily první potíže?
3. Jaké příznaky Vás přivedly k lékaři?
4. Jakého lékaře jste navštívil/a jako první?
5. Jaká vyšetření jste podstoupil/a v rámci diagnostiky jaterní cirhózy?
6. Jak a kdo Vás informoval o léčbě?
7. Jak hodnotíte ošetrovatelskou péči, která Vám je/byla poskytována?
8. Postrádáte nějaké informace během Vaší hospitalizace?
9. Jaký režim máte během hospitalizace?
10. Jaké výkony u Vás byly (jsou) prováděny v rámci ošetrovatelské péče?
11. Jaké potřeby pociťujete v rámci hospitalizace?
12. Jakou stravu máte při hospitalizaci?
13. Jakou máte kvalitu spánku?
14. Znáte možné komplikace Vašeho onemocnění?
15. Jaká režimová opatření Vám byla doporučena a kým?
16. Jaká režimová opatření dodržujete?
17. Kouříte?
18. Omezuje Vás Vaše onemocnění v sociálním životě?
19. Chodíte pravidelně na kontroly?

Zdroj: vlastní

JATERNÍ CIRHÓZA

INFORMAČNÍ BROŽURA

Michaela Matiašová, 2024

JATERNÍ CIRHÓZA

Co je to cirhóza jater?

- Jaterní cirhóza, laicky „tvrnutí jater“, je chronické onemocnění, u něhož dochází k uzlovité přestavbě jater a jejich zvětšení. Při postižení jaterní tkáně nedochází k detoxikaci amoniaku na močovinu, kdy následně vzniká jaterní encefalopatie a selhání jater. Játra jsou důležitá k očišťení organismu, podílí se na metabolismu cukrů, tuků, bílkovin a tvoří bílkoviny – fibrinogen a protrombin, které se podílejí na srážlivosti krve.

Příčiny

- alkohol
- metabolické poruchy (např. Wilsonova choroba)
- virové hepatitidy (B, C)
- léky (vysoké dávky vit. A, Paracetamolu)

Průběh onemocnění

- latentní forma – nejsou přítomny žádné příznaky
- kompenzovaná forma – nespecifické příznaky – únava, nechutenství
- dekompenzovaná forma – přidávají se typické příznaky – ascites, otoky, krvácivé projevy, může přejít v jaterní selhání

Příznaky

- únava, malátnost
- dyspepsie – pocit plnosti, tlak v břiše, porucha chuti k jídlu, nevolnost, zvracení, hubnutí
- ženy – poruchy menstruačního cyklu
- muži – porucha erekce, snížená chuť na sex
- kůže – ikterus (zežloutnutí), svědění, projevy krvácivosti – hematomy
- další – ascites, otoky, krvácení z jícnových varixů (přítomné zvracení krve, černá stolice)

Diagnostika

- anamnéza
- fyzikální vyšetření
- odběr krve – biochemie (zvýšené jaterní testy), krevní obraz (anémie), INR
- odběr moče
- ultrasonografie
- CT vyšetření, magnetická rezonance
- endoskopické vyšetření
- jaterní biopsie

JATERNÍ CIRHÓZA

Léčba

Konzervativní – symptomatologická, medikace – diuretika, hepatoprotektiva, laktulóza

Chirurgická – transplantace jater

Dietní opatření

- vyšší obsah bílkovin, dieta nemastná, neslaná
- úprava stravy vařením, dušením nebo pomocí horkovzdušné
- 5-6 porcí denně v menších dávkách

VHODNÉ:

- maso: kapr, pstruh, krůtí, kuřecí, králíčí, hovězí, libové vepřové, dietní párky, dětská šunka, mléčné výrobky s nízkým obsahem tuku
- zelenina – mrkev, kukuřice, salát, špenát, červená řepa
- ovoce: jablka, meruňky, banány, kiwi, broskve, pomeranče, mandarinky
- pečivo: minimálně den staré – toustový chléb, houska, rohlík

NEVHODNÉ: ALKOHOL!!, mastná, tučná a smažená jídla, nadýmavá zelenina, listové, kynuté těsto, ostré koření, černá káva, chipsy a jiné solené pochoutky

Komplikace jaterní cirhózy

- ascites
- portální hypertenze
- jícnové varixy
hepatocelulární karcinom
- hepatorenální syndrom

Režimová opatření

- abstinence alkoholu
- dodržování diety
- pravidelné kontroly u lékaře
- snížená fyzická zátěž