



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ošetřovatelství

Bakalářská práce

Informovanost pacientů s jaterní cirhózou

Vypracoval: Petra Mlezivová
Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 5. 5. 2014

Abstrakt

Název bakalářské práce

Informovanost pacientů s jaterní cirhózou

Základní teoretická východiska

Jaterní cirhóza je onemocnění jater, které je způsobeno přestavbou zdravé jaterní tkáně na tkáň patologickou. Jedná se o ireverzibilní onemocnění, které ale lze úpravou dietního režimu a životního stylu, příznivě ovlivnit jak v průběhu onemocnění, tak v prognóze a vzniku komplikací, které mohou skončit až smrtí pacienta. Informovanost pacientů s diagnostikovanou jaterní cirhózou patří k důležitým aspektům, ovlivňujícím nejen léčbu, ale i život pacientů s tímto onemocněním. Sestry hrají nezastupitelnou roli v diagnostice, léčbě, ale i edukaci pacienta o změně životního stylu a dietních opatřeních.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část je zaměřena na patogenezi, klasifikaci, klinický obraz, diagnostiku, komplikace a léčbu jaterní cirhózy. Také se zabývá postupy v ošetrovatelské péči o tyto pacienty.

Cíle a výzkumné otázky práce

Prvním cílem práce bylo zjistit znalosti pacientů s jaterní cirhózou o jejich onemocnění. Druhým cílem bylo zjistit dodržování dietních opatření pacientů s jaterní cirhózou. K těmto cílům byly stanoveny čtyři výzkumné otázky a to tyto: Jaké vědomosti mají pacienti s jaterní cirhózou o své nemoci? Kde pacienti s jaterní cirhózou získávají informace o svém onemocnění? Jak jsou pacienti s jaterní cirhózou informováni o režimových opatřeních? Jaká režimová opatření dodržují pacienti s jaterní cirhózou?

Použité metody

Bakalářská práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření, metodou dotazování. Technikou byl sběr dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pacienty s diagnostikovanou jaterní cirhózou. Kvalitativní data byla analyzována

a uspořádána do kategorizačních skupin. Výzkumný soubor tvořilo šest pacientů s diagnostikovanou jaterní cirhózou.

Výsledky

Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti s jaterní cirhózou mají informace o svém onemocnění. Věděli, jaká příčina byla důvodem jejich hospitalizace. Znali příznaky svého onemocnění. Měli znalosti o komplikacích jejich onemocnění, a někteří si byli vědomi i toho, že komplikace mohou být životu nebezpečné. Jediné, v čem byla jejich informovanost nízká, byla znalost o charakteru a průběhu jaterní cirhózy. Z výsledků také vyplývá, že všechny pacienty s jaterní cirhózou informoval o jejich onemocnění lékař po diagnostikování jejich nemoci na základě odborných vyšetření. V naprosté většině si pacienti sami informace o své nemoci nezjišťují. Dále bylo zjištěno, že o režimových opatřeních byli pacienti informováni nejen lékařem, ale většinu z nich informovala sestra. Sestry edukovaly převážně v oblasti stravovacích návyků. Pacientům byly informace sděleny většinou slovně při návštěvě lékaře, některým byl poskytnut i informační leták. Informace všem připadaly srozumitelné. Také se ukázalo, že většina dodržuje režimová opatření. V oblasti výživy je to především omezení soli a uzenin. Jídla konzumují častěji v malých porcích. Většina omezila alkoholické nápoje nebo dokonce úplně abstinují. Také neprovádějí fyzicky náročnou práci. Na kontroly k lékaři se snaží pravidelně docházet. Všechna režimová opatření tudíž dodržují, ale slabé místo se najde u každého z nich. Pouze jeden z dotázaných režimová opatření ve větší míře nedodržuje.

Závěr

Tato bakalářská práce měla být zaměřena na informace poskytnuté pacientům s jaterní cirhózou. Informovanost těchto pacientů patří mimo jiné k důležité součásti léčebného režimu. Edukace je jednou ze základních činností sestry a proto je důležité, aby zdravotnický personál měl znalosti o dietních a režimových opatřeních pacientů s jaterní cirhózou. Tato práce by mohla být použita jako informační materiál nejen pro

sestry, ale i pro laickou veřejnost, která se s těmito pacienty také setkává. Na základě výzkumného šetření byl vytvořen informační leták, který obsahuje základní informace o nemoci a také o režimových a dietních opatřeních.

Klíčová slova: Jaterní cirhóza, informovanost, sestra, pacient, režimová opatření

Abstract

Title of Bachelor's thesis

Awareness of patients with liver cirrhosis

Basic theoretical background

Liver cirrhosis is disease caused by restructuring of healthy liver to the pathological tissue. It is an irreversible disease, but it can be positively affected by the adjustment of life style and diet in the meaning of its course, prognosis and complications. Awareness of patients with liver cirrhosis is one of key aspects influencing not only the treatment, but also life of the patients. Nurses have irreplaceable part in diagnostics, treatment and also in education of patients about change of life style and diet provisions.

Bachelor's thesis is divided in theoretical and empirical part. Theoretical part is focused on pathogenesis, classification, clinical signs, diagnostics, complications and treatment of liver cirrhosis.

Goals and research tasks of the thesis

First goal of the thesis was to determine the knowledge of the liver cirrhosis patient about their disease. Second goal to find out what is the level of adherence to diet measures. Related to these goals, there are four main research tasks: What information do the liver cirrhosis patients have about their disease? What is the source of information for patients with liver cirrhosis about their disease? How are the liver cirrhosis patients informed about life style measures? What are the life style measures that liver cirrhosis patients stick to?

Methods

Bachelor's thesis was processed by a qualitative research, using method of interviewing. Technique used was gathering of data by semi-structured interview with patients with liver cirrhosis. Qualitative data were organized to categorization groups. Research sample included 6 patients with the diagnosis of liver cirrhosis.

Results

Results of research proved, that patients with liver cirrhosis have information about their disease. They knew what had been the cause of hospital admission, symptoms of their disease, complications, some were also aware of the fact that complications could be life threatening. Only aspect with low awareness level was knowledge of character and course of the disease. Results also show that all patients were informed by physician after the diagnosis was made. Vast majority of patients do not seek for information about liver cirrhosis themselves. Research also showed, that patients were informed about life style measures not only by doctors, but also by nurses. Nurses informed patients mainly about diet measures. Patients were informed mainly verbally, but some also received information leaflets. All patients found information provided understandable. Majority of patients stick to life style measures. In the field of diet, it is restriction of salt and smoked meat products. They eat more often, small portions. Majority reduced volume of alcohol or stopped drinking at all. They do not perform physically demanding activities. They try to attend physicians regularly. They all try to stick to measures, but everyone of them has some weaknesses. Only one respondent ignores life style measures.

Conclusion

This thesis was focused on information provided to patients with liver cirrhosis. Level of awareness of this patient is important part of their treatment. Education is one of the key roles of nurses. Nurses therefore need to have sufficient amount of information about diet and life style measures in patients with liver cirrhosis. This thesis could be used as form of information booklet not only for nurses, but also for common people who get in touch with liver cirrhosis patients. Based on results of this thesis, we created the leaflet, that summarizes basic data about disease as well as about life style and diet measures.

Key words: Liver cirrhosis, awareness, nurse, patient, life style measures

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2014

.....

Petra Mlezivová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala paní magistře Aleně Polanové za její trpělivost, vstřícnou pomoc a odborné rady, kterými vedla a provázela mou bakalářskou práci. Dále bych také poděkovala pacientům, kteří se mnou ochotně strávili čas a přispěli ke zpracování této bakalářské práce.

Obsah	
Seznam použitých zkratk	10
Úvod	11
1 Současný stav	13
<i>1.1 Anatomie jater</i>	<i>13</i>
<i>1.2 Funkce jater</i>	<i>14</i>
<i>1.3 Jaterní cirhóza a její patogeneza</i>	<i>16</i>
<i>1.4 Klasifikace jaterní cirhózy</i>	<i>17</i>
<i>1.5 Klinický obraz jaterní cirhózy</i>	<i>18</i>
<i>1.6 Diagnostika jaterní cirhózy a úloha sestry</i>	<i>20</i>
<i>1.7 Léčba jaterní cirhózy a úloha sestry</i>	<i>24</i>
<i>1.7.1 Konzervativní léčba</i>	<i>24</i>
<i>1.7.2 Transplantace jater</i>	<i>27</i>
<i>1.8 Komplikace jaterní cirhózy a úloha sestry</i>	<i>28</i>
2 Cíl práce a hypotézy	32
<i>2.1 Cíl práce</i>	<i>32</i>
<i>2.2 Výzkumné otázky</i>	<i>32</i>
3 Metodika	33
<i>3.1 Použitá metoda výzkumu</i>	<i>33</i>
<i>3.2 Charakteristika výzkumného souboru</i>	<i>33</i>
4 Výsledky	35
<i>4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty s jaterní cirhózou</i>	<i>35</i>
<i>4.1.1 Kategorie vědomostí pacientů s jaterní cirhózou o své nemoci</i>	<i>35</i>
<i>4.1.2 Kategorie informovanosti pacientů o režimových opatřeních</i>	<i>37</i>
<i>4.1.3 Kategorie dodržování režimových opatření</i>	<i>40</i>
5 Diskuze	44
6 Závěr	51
7 Seznam použitých zdrojů	53
8 Přílohy	56
<i>8.1 Seznam příloh</i>	<i>56</i>

Seznam použitých zkratk

a.	Arteria
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ALP	Alkalická fosfatáza
ALT	Alaninaminotransferáza
AST	Asparátaminotransferáza
BMI	Body Mass Index
CT	Computed Tomography
CŽK	Centrální žilní katetr
DIC	Diseminovaná intravaskulární koagulopatie
EKG	Elektrokardiogram
GCS	Glasgow Coma Scale
GGT	Gama-glutamyltransferáza
HDL	High density lipoprotein
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
Inj	Injekce
INR	International Normalized Ratio
i.v.	Intravenózně
MELD	The Model for End-Stage Liver Disease
PMK	Permanentní močový katetr
TIPS	Transjugulární intrahepatální portosystémová spojka
v.	Vena
VLDL	Very low density lipoprotein

Úvod

Výskyt onemocnění jaterní cirhózy se neomezuje pouze na Českou republiku a střední Evropu, ale jeho rozměr je celosvětový. V České republice je nejčastější příčinou vzniku jaterní cirhózy alkohol, virová hepatitida C, případně kombinace těchto dvou faktorů. Podle Světové zdravotnické organizace má alkohol na svědomí 2,5 milionu úmrtí ročně, což je víc než úmrtí na AIDS a tuberkulózu. Nakazit se virovou hepatitidou typu B a C, které jsou také častou příčinou vzniku jaterní cirhózy, není v dnešní době nic neobvyklého. Mezi rizikové skupiny patří například uživatelé drog, osoby pracující v sexuálním byznysu, ale i zdravotnický personál pracující nejen s tímto typem pacientů. Jaterní cirhóza je ireverzibilní onemocnění s pojené s řadou komplikací, které snižuje život v průměru asi o 10 let. (Lukáš, 2007).

Součástí péče o pacienta je i dostačující a správná edukační činnost zdravotnického personálu. Komunikace je základem vztahu pacienta a zdravotnického personálu. Spolupráce pacienta a dostatečné množství informací potřebných k léčbě nemoci jsou důležitým pilířem v chorobném procesu. V rámci svých kompetencí by měla sestra umět pacienta edukovat o dietních opatřeních a změně životního stylu (Svěráková, 2012).

Pracuji na oddělení, kde se velmi často s pacienty s jaterní cirhózou setkávám. Rozdílnost průběhu léčby a dodržování režimových opatření je u pacientů zcela individuální záležitost. Ze svých zkušeností vím, jak je edukace a spolupráce s pacientem na změně režimu důležitá. Často se však setkávám s pacienty, kteří těchto zásad nedbají. Proto jsem se v rámci bakalářské práce zaměřila na toto onemocnění jako samotné a na pacienty, kterým byla jaterní cirhóza diagnostikovaná. Dotazovala jsem se pacientů na jejich informovanost o tom, jaké mají vědomosti o své nemoci, režimových a dietních opatřeních, které by měli dodržovat.

Cílem bakalářské práce je zjistit znalosti pacientů s jaterní cirhózou o jejich onemocnění. Na vybraném vzorku pacientů s tímto onemocněním zjistit, jaké vědomosti mají o jejich onemocnění, odkud tyto informace získali či získávají. Dalším cílem je zjistit dodržování dietních opatření pacientů s jaterní cirhózou.

Přínosem této práce by mělo být především zvýšení informovanosti zdravotnického personálu, ale i laické veřejnosti, která se s touto chorobou také setkává. Práce by tak mohla sloužit jako inspirace pro efektivnější způsob edukace ze strany zdravotnického personálu pacientům, kteří trpí tímto onemocněním.

1 Současný stav

1.1 Anatomie jater

Játra jsou největší žlázou v těle, která váží přibližně 1 500g. Jsou měkká a křehká a mají hnědočervenou barvu. Vypĺňují celou pravou klenbu brániční a z části zasahují také do levé klenby, a to až k medioklavikulární čáře. Podélně měří okolo 25 cm a na výšku asi 10 cm. Horní plocha jater zvaná *facies diaphragmatica* se dotýká bránice a spodní plochou, *facies visceralis*, naléhají játra na některé orgány v břišní dutině. Na spodní ploše jater leží žlučník. Játra jsou měkké konzistence, a proto zde vznikají otisky těchto orgánů takzvané *impressions*. Převážná část je kryta peritoneem, jen na horní části je malá plocha, kde peritoneum chybí, a játra zde přímo srůstají s bránicí (Lukáš, 2007).

Horní plocha jater se dělí na větší pravý a menší levý lalok. Spodní plocha je rozdělena na laloky stejné velikosti. Rýhy oddělující tyto laloky mají tvar písmena H, přičemž příčná rýha tvoří bránu jaterní (*porta hepatis*). To je místo, kde do jater vstupuje jaterní tepna (*a. hepatica propria*), vrátnicová žíla (*v. portae*) a vystupují zde žlučovody (*ductus hepaticus dexter a sinister*). Toto uvedené členění podle zevního tvaru ale neodpovídá členění vnitřnímu, které sleduje společný průběh větví jaterní tepny, vrátnicové žíly a žlučovodů. Podle tohoto průběhu se játra dělí na hlavní dvě části, *pars hepatis dextra et sinistra*. Každá z těchto částí je členěna na další, menší segmenty, kterých je celkem osm (Lukáš, 2007).

Základní stavební jednotkou jater je jaterní buňka (*hepatocyt*). Tyto jaterní buňky jsou uspořádané do řad, přičemž vždy dvě k sobě přiložené řady tvoří jaterní trámec. Mezi jednotlivými trámcí se nacházejí jaterní cévy a uvnitř trámců mezi buňkami začínají žlučové cesty. Několik jaterních trámců se sbíhá paprscitě k centrální žíle a tvoří jaterní lalůček. Jaterní lalůček (*lobulus venae centralis*) je základní morfológickou jaterní jednotkou. Základní cirkulační jednotkou jater je portální lalůček (Lukáš, 2007).

Krevní oběh jater je dvojitý, funkční neboli portální a nutritivní, zajišťující okysličenou krev nutnou pro život hepatocytů. Funkční krevní oběh je tvořen

vrátnicovou žilou a tvoří asi 70 procent. Nutritivní oběh jater je tvořen větvemi jaterní tepny a představuje asi 30 procent. Vrátnicová žíla přivádí krev ze žaludku, střeva, slinivky břišní a sleziny. Tato krev obsahuje látky vstřebané z trávicí trubice a krevní barvivo z rozpadlých erytrocytů ve slezině. Jaterní tepna vede krev bohatou na kyslík, zásobuje žlučovody, pojivovou tkáň ale i hepatocyty (Lipská, 2009).

1.2 Funkce jater

Játra představují orgán, který je nezbytný pro život. Protéká jimi asi 1500 ml krve. Játra mají pro organismus celou řadu nezbytných funkcí (Steffen, 2010).

Zásadní funkcí jater je tvorba žluči, jejímiž nejdůležitějšími součástmi jsou žlučové kyseliny a fosfolipidy. Žluč má význam pro vstřebávání tuků a vitamínů rozpustných ve vodě. Tuky i vitamíny jsou v tenkém střevě obalovány žlučí a v tomto stavu mohou být vstřebány. Chybí-li žluč, dochází ke karenci tuků a vitamínů rozpustných v tucích. To se projevuje jak hypovitaminózami, tedy stavy plynoucími z nedostatku pro život nezbytných vitamínů (zhoršení krevní srážlivosti, úbytek kostní tkáně, poruchy zraku), tak nedostatečným trávením lipidů, které se projevuje mastnou a zápachající stolicí, takzvanou steatorrheou, a hubnutím spojeným s neprospíváním (Steffen, 2010).

Dále mají játra detoxikační funkci. Látky, které jsou lidskému organismu cizí, tedy veškeré toxiny (včetně například alkoholu), ale i xenobiotika (léky, chemoterapeutika) a běžné vedlejší produkty metabolismu jsou v játrech vázány ke žluči a spolu s ní jsou vypuzovány. Tento proces se nazývá konjugace. Když se tak neděje, organismus je toxickými látkami poškozován. Játra však mají své funkční limity. Jejich přetížení vede k poškození hepatocytů a je-li příliš velké, dochází k jizvení a nevratnému poškození jater. Játra jsou přetížena například tehdy, jsou-li vystavena příliš velké dávce alkoholu, nebo za situace, kdy jsou vystavena látkám, které k nim sice mají vysokou afinitu, ale nemohou být hepatocytem metabolizována. To je typické po požití jedu mochohmůrky zelené, alfa-amanitinu (Trojan, 2003).

Zvláštní kapitolou je schopnost jater inaktivovat látky, jež jsou tělu vlastní, například hormon inzulín. Játra se tak zásadním způsobem podílejí na udržování homeostázy, tedy stálosti vnitřního prostředí organismu (Trojan, 2003).

Játra se velkou měrou podílejí na udržení stálé tělesné teploty. Díky jejich vysoké metabolické aktivitě, jejímž vedlejším produktem je právě teplo, má krev vytékající z jater přibližně 39,0 stupňů Celsia. Tato schopnost se projevuje zvláště v případě, když je organismus vystaven stresu, nejvíce metabolizuje glukózu a zároveň nejvíce potřebuje tepelnou energii (Trojan, 2003).

Játra slouží jako rezervoár pro řadu látek. Je tam skladován glykogen, zásobní forma nejrychleji využitelného cukru glukózy, který je organismu neprodleně k dispozici v situacích, kdy trpí nedostatkem energie (mobilizace například tuků trvá řádově déle). Glykogen je uvolňován ve formě glukózy, která je po té neprodleně k dispozici buňkám. Zároveň mají schopnost přebytečnou glukózu měnit právě na zásobní glykogen a zabraňují tak plýtvání energií. Zvláštní funkcí jater je schopnost tvořit životně důležitou glukózu z necukerných komponent takzvaná glukoneogeneza. Děje se tak v případě, že organismus glukózu nutně potřebuje, ale nedostává se jí. Glukóza je v tomto případě tvořena za cenu odbourávání jiných pro tělo důležitých látek, lipidů (přes meziproduct glycerol), či bílkovin (přes meziproduct aminokyseliny). V případě velké krevní ztráty (hypovolemie) je z jater uvolněna určitá krevní rezerva, která umožní organismu přežít (Lukáš, 2007).

Játra mají klíčovou roli v produkci bílkovin krevní plazmy. Ty mají, mimo celé řady dalších funkcí (transportních, krevní srážlivosti, boj proti cizím patogenům), zásadní vliv na udržení onkotického tlaku, který zabraňuje přílišnému úniku plazmy z cév, a podílí se tak na udržení přiměřeného objemu krve. Při poškození funkce jater tak dochází k nadměrnému úniku plazmy z cév. Vznikají tak typické příznaky jaterní cirhózy, tedy zejména otoky končetin a ascites, přítomnost volné tekutiny v dutině břišní (Trojan, 2003).

Krevní srážlivost (hemokoagulace), je kromě krevních destiček závislá na přítomnosti srážecích faktorů, bílkovin, jež jsou rovněž tvořeny v játrech. Jedná se hlavně o fibrinogen, protrombin a faktory VII., XIII., IX., X. Při poruchách jaterních

funkcí dochází mimo jiné k nedostatečné tvorbě těchto faktorů a z toho plynoucí poruše krevních srážení. Tohoto faktu se využívá k diagnostice poruchy jaterních funkcí a také k určení tíže postižení jater, zejména u jaterní cirhózy. Bez zjednodušení platí, že čím horší jsou parametry krevního srážení, tím horší je poškození jater (Trojan, 2003).

Játra se účastní také metabolismu tuků. V jaterní tkáni jsou produkovány lipoproteiny typu VLDL a HDL, probíhá zde zpracování mastných kyselin (Trojan, 2003).

1.3 Jaterní cirhóza a její patogeneza

Jaterní cirhóza je onemocnění, při kterém dochází k přestavbě normální jaterní tkáně v nezdravou, patologickou tkáň. Podstatou jaterní cirhózy je neustále probíhající zánětlivé poškození jater. Játra mají sice značnou regenerační schopnost, nicméně různé, zejména dlouhodobě působící faktory, jsou schopny tuto regenerační schopnost vyčerpat. Potom přichází na řadu patologická přestavba jaterní tkáně, která ústí do jaterní cirhózy (Silbergnal, 2012).

Nejčastější příčinou jaterní cirhózy v našem geografickém pásmu je abusus alkoholu. Druhým nejčastějším faktorem je virová hepatitida C. Vzhledem k tomu, že lidé se závislostí na alkoholu často spadají do sociálně nejnižších skupin, kde je běžná právě hepatitida C, nezřídka nastává situace, kdy jeden pacient trpí nejen závislostí na alkoholu, ale právě i hepatitidou C. Mezi další faktory vyvolávající jaterní cirhózu patří další virové hepatitidy a dědičná metabolická onemocnění (Lukáš, 2007, Sandorová, 2006).

Přestavba jater do obrazu cirhózy je výsledkem mnoha procesů. Hlavní příčina spočívá v tom, že chronicky působící patologická noxa způsobí vyčerpání přirozené regenerace jater, kdy játra nejsou schopná nahrazovat odumřelé hepatocyty jinými funkčními buňkami. Místo toho zaujímá místo po odumřelých buňkách funkčně zcela bezcenné vazivo. Histologicky se jedná o proces vedle sebe probíhající nekrózy, zánětu a fibrózy (Ehrmann, 2010).

Pro vývoj jaterní choroby, který vede do stadia cirhózy, je podstatný zánik původní struktury jaterních lalůček. Jejich pravidelná struktura je změněna tím, že jsou

hepatocyty nahrazeny vazivem. Vazivo má tendenci tvořit přepážky, septa. Funkční jaterní buňky, které jsou od okolí kompletně odděleny vazivovými septy, se nazývají cirhotické uzly. Čím je cirhóza pokročilejší, tím větší část jater je přeměněna v cirhotické uzly (Ehrmann, 2010).

Cirhotická přestavba jater je doprovázena řadou metabolických změn. Při chronickém jaterním poškození jsou vlivu metabolismu toxických látek, jako jsou cytokiny, volné kyslíkové radikály, žlučové kyseliny, vystaveny nejen hepatocyty, ale i mnoho jiných buněk přítomných v játrech. V procesu jaterní fibrotizace hrají zásadní roli jaterní hvězdicové buňky (hepatic stellate cells). Tyto buňky začnou produkovat velké množství extracelulární hmoty, kolagenu, který se ukládá v mezibuněčných prostorech a je podkladem pro proces fibrotizace (Ehrmann, 2010).

Podle morfologické klasifikace lze jaterní cirhózu rozdělit na mikronodulární a makronodulární. U mikronodulárního typu jsou všechny uzly stejné velikosti do 3 mm. Nejčastěji vzniká na podkladě chronické biliární obstrukce a chronického alkoholismu. Konzumace alkoholu na hlavu koreluje s úmrtím na cirhózu jater tak těsně, že úmrtnost na ni je někdy užívána jako míra prevalence alkoholismu. Odhaduje se, že celosvětově je alkohol příčinou 50 procent všech jaterních cirhóz, samozřejmě s významnými geografickými rozdíly. Při makronodulárním typu mají uzly různou velikost a většina z nich je větší než 3 mm. Příčina je často v chronické virové hepatitidě (Ehrmann, 2006).

1.4 Klasifikace jaterní cirhózy

Jaterní cirhózu můžeme klasifikovat z mnoha hledisek, například dle morfologie, etiologie a případně klinických projevů. Dříve populární morfologická klasifikace je dnes zcela obsolentní a v moderní medicínské praxi se nepoužívá (Ehrmann, 2010).

Zcela zásadní je klasifikace hodnotící pokročilost cirhózy jater podle přítomnosti jednotlivých komplikací a výše portální hypertenze. Pro hodnocení pokročilosti onemocnění se standardně používá Childova-Pughova klasifikace (Příloha 1) , která v sobě zahrnuje posouzení stupně insuficience jater a portální hypertenze (Ehrmann, 2010). Tato originální klasifikace byla popsána Childem v roce 1964, další modifikace

přidal Pugh v roce 1973. Současné skóre je postaveno na posouzení kvality základních funkcí jater. Posuzuje jednak krevní srážlivost, dále množství hlavní, játry vyráběné plazmatické bílkoviny, albuminu. Posledním kritériem v Child-Pughově klasifikaci je přítomnost ascitu a také, to, jakým způsobem je ascites terapeuticky ovlivnitelný. Skóre nabývá hodnot 5 až 15. Klasifikace se provádí do třídy A 5-6 bodů, třídy B 7 – 9 bodů a třídy C 10 a více bodů. Za dekompenzovanou jaterní cirhózu se považuje třída B a tato hranice je současně považována za limit pro zařazení pacienta na čekací listinu transplantace jater. Skóre se získává přičítáním bodů (Jabor, 2008).

Pro účely indikace k transplantaci jater se v dnešní době využívá i MELD (The Model for End-Stage Liver Disease) skóre, které zahrnuje kromě jaterních funkcí i hodnocení renálního postižení, zhodnocením sérové hladiny kreatininu jako důležitého prediktoru přežívání nemocných s jaterní cirhózou. Model je platný jak u pacientů ambulantních tak pacientů hospitalizovaných (Ehrmann, 2006).

1.5 Klinický obraz jaterní cirhózy

Játra mají celou řadu pro organismus nezbytných funkcí. Klinický obraz u cirhózy jater, která končí jaterním selháním, je tedy odrazem poruch jednotlivých jaterních funkcí. Klinický obraz je u jednotlivých nemocných velmi různorodý. U většiny pacientů jsou první stadia jaterní cirhózy asymptomatická a cirhóza se klinicky projeví až v pokročilém stadiu, kdy jsou jaterní funkce ovlivněny zásadním způsobem (Vránová, 2013).

Vzhledem k zásadní roli jater v procesu krevního srážení jsou nezhřídka prvním projevem jaterní cirhózy krvácivé komplikace. Jedná se o spontánní krvácení z nosu, koutků, do kůže. V některých případech se jaterní cirhóza projeví krvácením z varixů jícnu, žaludku či dvanáctníku, které je přímo život ohrožující. Tento projev je ale společným výsledkem poruchy srážení krve a portální hypertenze. Porucha krevní srážlivosti se dá objektivně určit pomocí testů krevního srážení, Quickova testu a přepočítané standardizované hodnoty, INR (Vránová, 2013).

Játra produkují plazmatické bílkoviny, které se podílejí na udržení tekuté složky krve uvnitř cév. Jaterní cirhóza vede k nedostatečné tvorbě plazmatických bílkovin.

Jejich nedostatek se projevuje nadměrným únikem tekuté složky krve z cév. To se manifestuje ve formě otoků, zejména dolních končetin, genitálu, a dále přítomností tekutiny v preformovaných tělních dutinách. Ascitu v dutině břišní, a v některých případech také fluidothoraxu, v pohrudniční dutině. V nejtěžších případech dochází k prosáknutí kůže a podkoží celého těla, anasarce (Ehrmann, 2010).

Játra v průběhu jednotlivých stádií jaterní cirhózy mění svoji strukturu, velikost a konzistenci. To se projevuje při fyzikálním vyšetření nejprve jejich zvětšením a ztvrdnutím jejich okraje, který je hmatný a přesahuje žeberní oblouk, v posledním stadiu jsou potom játra malá, plovoucí v ascitu. Při jaterní cirhóze často dochází ke zvětšení sleziny, splenomegalii, která se dá nahmatat pod levým obloukem žeberním (Hehlmann, 2010).

Jaterní cirhóza je provázena také kožními změnami. Pacienti trpící cirhózou mají tenkou pergamenovou kůži s vymizelou pigmentací, mohou být přítomny tmavé jaterní skvrny. Frekventní jsou také pavoučkové névy, drobné rozšířené cévy v podkoží. Specifickým příznakem jsou vystouplé rozšířené cévy kolem pupku na břicho, takzvané caput medusae. Pacienti s jaterní cirhózou mají také nahořklý typický zápach z úst, faetor hepaticus (Hehlmann, 2010).

Samostatnou kapitolou je potom ikterus, tedy žloutenka. Dostaví se, když je poškození jater natolik vážné, že játra již nejsou schopna zpracovávat žluté barvivo, bilirubin. V takovém případě dochází k žlutému zbarvení kůže a sklér. Zároveň se kvůli vysoké koncentraci bilirubinu v krvi dostává bilirubin do moče a tmavě ji zbarvuje. Nedostatek bilirubinu ve stolici se projevuje jejím světlým zbarvením (Ehrmann, 2010).

U některých pacientů s jaterní cirhózou se onemocnění manifestuje náhlým zhoršením psychických funkcí, zmateností, dezorientací, neschopností racionálních chování, nestabilitou. Tento stav se označuje jako jaterní encefalopatie. Její podstatou je neschopnost jater zpracovávat toxické látky, zejména amoniak. Ten negativně ovlivňuje centrální nervovou soustavu, což vede k výše popsaným projevům. Je vždy projevem akutního selhávání jater a prognosticky je velmi nepříznivá. Nedaří-li se jí léčebně

zvládnout, progreduje do obrazu jaterního kómatu, jež má vysokou mortalitu (Lukáš, 2007).

1.6 Diagnostika jaterní cirhózy a úloha sestry

Laboratorní diagnostika jaterní cirhózy se opírá o laboratorní vyšetření několika tělních tekutin. Krevní testy se zaměřují na stanovení sérových hodnot jaterních testů (bilirubinu, ALT, AST, GGT, ALP, cholinesterázy), celkové bílkoviny, albuminu, dále mineralogramu (kalium, natrium, chloridy), vyšetření krevní srážlivosti (Quickův test, INR). V případě podezření na metabolické či genetické příčiny se odebírá krev na speciální biochemická, imunologická a genetická vyšetření (odběry na hodnoty mědi, přítomnost specifických enzymů, či přítomnost autoprotilátek a podobně). V případě podezření na infekční etiologii cirhózy se odebírá krev na virologické, imunologické, v některých případech i bakteriologické a parazitologické vyšetření (Ehrmann, 2010).

Úloha sestry spočívá zejména ve správném způsobu odběru krevních vzorků. Ten začíná kontrolou identifikace pacienta, poučením pacienta o způsobu odběru, dotazem na eventuální alergie například na dezinfekční prostředky nebo náplast. Poté je ve vhodné pozici a naložením Esmarchova škrtidla nalezena žíla, po řádné dezinfekci dochází k samotnému náběru, dnes většinou pomocí prefabrikovaných odběrových jehel s vakuetami (předem označenými štítkem pacienta). Důležité je i pořadí vakuet při odběru. Jako první by měla být nabrána krev na hemokultivaci, pokud je ordinována lékařem. Další by měla být nabrána zkumavka na biochemické vyšetření, kvůli ovlivnitelnosti výsledků při zatažení paže škrtidlem, například ovlivnění hodnoty draslíku. Koagulační zkumavka je vždy brána v následujícím pořadí, protože při venepunkci se produkuje tkáňový faktor. Mezi posledními se nabírají vakuety na krevní obraz a sedimentaci. Hlavním úskalím je použití správných vakuet, neboť každý typ vyšetření často vyžaduje odběr krve do jiné vakuety. Ty se navzájem liší substrátem, se kterým krev následně reaguje. Následně je nutné správně vyplnit žádanky na lékařem ordinovaná vyšetření, označit je štítkem pacienta, opět zkontrolovat shodu, uvést čas odběru, jméno odebírající sestry a ordinujícího lékaře. Vakuety musí být doručeny do laboratoře v přesně určeném čase (Mikšová, 2006; Komínková, 2013).

Moč se odebírá zejména k vyšetření přítomnosti metabolitů bilirubinu a odpadů metabolitů mědi a porfyrinů. Metabolity bilirubinu se vyšetřují z jednorázově poskytnutého vzorku moči, odpadní produkty metabolismu mědi a porfyrinů se však vyšetřují z moči pacienta, sesbírané za 24 hodin. U těchto vyšetření nevadí případné bakteriální kontaminace, není proto nutné aplikovat přísně aseptický režim (Ehrmann, 2010).

Úloha sestry spočívá zejména v řádné edukaci pacienta o způsobu odběru. Vzhledem k tomu, že jsou pacienti s jaterní cirhózou často v klinicky těžkém stavu, dochází k odběru moči frekventně až po předchozím zavedení permanentního močového katetru. Zavedení PMK u žen spadá do kategorie výkonů prováděných registrovanou sestrou. Výkon probíhá tak, že po poučení pacienta je provedena řádná desinfekce genitálu antiseptickým roztokem. Následně dochází za přísně sterilních podmínek po nanesení dostatečného množství mesocainového gelu na katetr k jeho opatrnému zavedení do močové trubice. Úspěšné zavedení katetru je signalizováno odtokem moči skrz jeho lumen. Po jeho správném zavedení dochází k fixaci v močovém měchýři, a to pomocí instilace 10 ml fyziologického roztoku, který naplní balonek na konci PMK v močovém měchýři, a je tak znemožněno vytažení katetru. Následně je PMK napojen na sběrný sáček, případně je před napojením odebráno požadované množství vzorků moči. Výkon u muže spadá do kompetence lékaře, úlohou sestry je asistence u výkonu a maximalizace aseptických a sterilních podmínek výkonu (Mikšová, 2006).

Poslední laboratorně vyšetřovanou tělní tekutinou je ascites. Jedná se o volnou tekutinu v dutině břišní, která vzniká kombinací portální hypertenze a sníženého onkotického tlaku plazmy. Ascites se vyšetřuje biochemicky, cytologicky, bakteriologicky. Vzorek ascitu je získáván punkcí přes stěnu břišní. Odběr ascitu má dvě odlišné strategie. Jedná se buď o punkci diagnostickou, kdy se odebírá malé množství ascitu do předem připravených zkumavek, nebo o punkci odlehčovací, kdy je cílem evakuovat větší množství tekutiny a ulevit pacientovi od obtíží, které mu hromadící se ascites v břišní dutině přináší (Ehrmann, 2006).

Úlohou sestry při punkci ascitu je asistence lékaři. Samozřejmě než k výkonu dojde, musí sestra pacienta informovat a psychicky ho uklidnit. Pacient musí mít podepsaný informovaný souhlas, protože se jedná o invazivní výkon. Nejdříve sestra připraví instrumentárium a další potřebné vybavení k punkci. Poté asistuje lékaři při desinfekci kůže v místě vpichu. Sterilním způsobem natahuje do injekční stříkačky roztok s lokálním anestetikem, který podává lékaři a ten za aseptických podmínek znecitliví kůži a stěnu břišní v místě budoucí punkce. Sestra od lékaře odebírá stříkačku s jehlou obsahující lokální anestetikum a jehlu ihned vyhodí do kontejneru, aby nedošlo k poranění. Následně podává lékaři punkční jehlu a ten provádí vlastní punkci. Při úspěšné punkci odebere sestra od lékaře mandrén punkční kanyly a podává lékaři předem připravené zkumavky, do kterých jsou odebrány vzorky ascitu. Zkumavky musí být opatřeny identifikačním štítkem pacienta. Poté podává sestra lékaři odvodnou hadičku, která je napojena na punkční kanylu a je vyvedena do jímací nádoby. Sestra ve spolupráci s lékařem dále fixuje punkční kanylu ke kůži tak, aby se v průběhu funkce nedislokovala a punkce tak mohla být úspěšně dokončena. Sestra dále frekventně monitoruje stav pacienta při punkci, jakož i množství evakuované tekutiny. Následně kontaktuje lékaře, který po splnění vstupních podmínek indikuje ukončení punkce. Sestra poté vyjme punkční kanylu, místo vpichu sterilně kryje a následně přelepí, například materiálem omnifix. Dle ordinace lékaře sestra po punkci monitoruje vitální funkce pacienta (Mikšová, 2006).

V některých případech se k diagnostice jaterní cirhózy využívá histologické vyšetření jaterní tkáně. Děje se tomu zejména v případech, kdy není jasná etiologie jaterního onemocnění. Takové vyšetření vyžaduje dodání určitého množství tkáně do biotické laboratoře. Vzorek jaterní tkáně se nejčastěji získává jaterní biopsií (Lukáš, 2005). Jaterní biopsie je vyšetření invazivní, s celou řadou potenciálních komplikací, a je nezbytné mít pacientův podepsaný informovaný souhlas. Provádí ji zkušený lékař za asistence zdravotní sestry. Vzhledem k invazivitě výkonu je vyšetření prováděno za přísně sterilních podmínek, kdy lékař i sestra splňují naprosté zásady asepse, včetně ústenky, sterilního empíru a rukavic. Nejprve proběhne ověření koagulačních parametrů a zaměření ideálního místa punkce pomocí ultrasonografie. Poté dochází k nastolení

podmínek asepse a kontrole předem sterilně připraveného stolku s instrumentáři. Lékař za asistence sestry desinfikuje kůži v místě budoucí biopsie, následně sestra podává lékaři roušku s otvorem k zarouškování operačního pole. Dalším krokem je lokální znecitlivění kůže a celé břišní stěny lokálním anestetikem sterilně připraveným sestrou. Sestra podává lékaři bioptickou jehlu a dochází k samotné biopsii. Odebraný vzorek jaterní tkáně ukládá do předem připravené zkumavky s fixačním roztokem. Sestra sterilně kryje místo vpichu a krytí fixuje. Posledním krokem je přiložení sáčku s pískem na místo vpichu a přepolohování pacienta tak, aby místem vpichu ležel bokem na sáčku s pískem. Dochází tak k maximálnímu stlačení jak místa vpichu, tak jater v místě biopsie a tím se minimalizuje riziko krvácení, které je hlavní komplikací jaterní biopsie. Následně sestra dle ordinace lékaře pravidelně kontroluje vitální funkce pacienta včetně krevního tlaku, pulsu, GCS, a známk krvácení (Šafránková, 2006; Dobiáš, 2013).

Zobrazovací metody hrají v diagnostice jaterní cirhózy také velkou roli. Ve stádiu jaterní encefalopatie se provádí CT či magnetická rezonance mozku. Sestra musí pacienta připravit a poučit o vyšetření. V přípravě pacienta na vyšetření je důležité, aby se ujistila, zda není pacient alergický na jód v případě podání kontrastní látky. Dále je nutné zavést periferní žilní katetr většího průsvitu. Informovat pacienta, že v případě podání kontrastní látky může pociťovat návaly horka nebo kovovou pachů v ústech. U magnetické rezonance by sestra měla pacienta poučit, že vyšetření může trvat až jednu a půl hodiny, zajistit aby na sobě pacient neměl žádné kovové předměty a ujistit se, že nemocný nemá kardiostimulátor, který je u magnetické rezonance absolutní kontraindikací (Kolektiv autorů, 2009).

Důležitou roli při diagnostice jaterní cirhózy má ultrasonografické vyšetření břicha s dopplerovským zobrazením cév, které má velmi vysokou senzitivitu i specificitu. Dalším hojně využívaným vyšetřením je vyšetření břicha počítačovou tomografií s užitím intravenózně podané kontrastní látky. Magnetická rezonance, stejně jako radioizotopová vyšetření se při diagnostice jaterní cirhózy využívají spíše výjimečně (Ehrmann, 2010).

1.7 Léčba jaterní cirhózy a úloha sestry

Léčba cirhózy jater má řadu aspektů. Liší se podle etiologie, stupně funkčního poškození, přítomností komplikací a spolupráce pacienta. V léčbě jaterní cirhózy se uplatňují jak dietní opatření, nutriční substituce, symptomatická léčba, a také farmakoterapie (Marek, 2010).

1.7.1 Konzervativní léčba

Velkou skupinu terapeutik tvoří hepatoprotektiva. Patří sem esenciální fosfolipidy, které mají nejspíše určitý efekt při regeneraci hepatocytů. Dále je to silymarin, který může zpomalit proces fibrotizace. Při jaterní cirhóze dochází k nedostatečnému zpracování některých látek, což se především týká vitamínů. U alkoholické etiologie jsou to hlavně vitamíny rozpustné ve vodě, vitamíny skupiny B a C. Vitamíny rozpustné v tucích chybí u cholestáz. Vitamíny mají být podávány dlouhodobě, protože játra ztrácejí schopnost je retinovat (Marek, 2010). Další léčba závisí na vzniklých komplikacích. V léčbě akutního krvácení z jícnových varixů je metodou volby endoskopické ošetření spolu s farmakologickou léčbou snižující portální přetlak – Remestyp inj. Při selhání standartní léčby lze provést spojku mezi portální žilou a systémovým žilním řečištěm, takzvaný TIPS, transjugulární intrahepatální portosystémovou spojku (Příloha 2), čímž se sníží přetlak v portální žíle a tím i ve varixech. Jaterní encefalopatie je léčena odstraněním vyvolávajících faktorů. Omezením příjmu bílkovin, podávání nestravitelných disacharidů jako je například lactulosa, sterilizace střevního obsahu antibiotiky. Dále se podávají aminokyseliny formou intravenózní infuze. Při vzniklém ascitu je základem léčby neslaná dieta a podávání diuretik. Je důležité kontrolovat hladinu kalia a ledvinné funkce, ureu a kreatinin. Ascites, který nereaguje na běžnou léčbu je nazýván rezistentní či refrakterní. Léčebnou metodou je v tomto případě punkce ascitu. Do 5 l vypuštěné tekutiny je to metoda bezpečná a lze ji provést bez dalších opatření. Při vypuštění většího množství podáváme albumin i.v.. Smyslem podání albuminu je prevence hypovolemie a tím následného renálního selhání (Lukáš, 2007).

U hospitalizovaných pacientů zajišťuje podávání léků sestra dle ordinace lékaře. Při perorálním podání léků sestra zodpovídá za bezpečné a správné podání léků pacientovi. Vždy musí identifikovat nemocného, aby nedošlo k záměně. Dále je důležitá kontrola léku, který připravuje do připravené nádoby. Musí se přesně shodovat název a gramáž léku uvedená v dokumentaci s názvem a gramáží na krabičce daného léku. Podaný lék je důležité odškrtnout v dokumentaci. Většina léků se podává v několikahodinových intervalech, aby se udržela stálá léčebná hladina léku v krvi. Proto je důležité, aby sestra podávala medikaci ve stanovenou dobu v předepsaných intervalech (Workman, 2006).

Režimová opatření u léčby jaterní cirhózy spočívají v dodržování relativního klidového režimu. Ve fázi kompenzované cirhózy není pracovní neschopnost nutná, ale nemocní by neměli vykonávat fyzicky náročnou práci a práci vyžadující zvýšenou pozornost (Lukáš, 2005).

Dietní režim patří mezi nedílné součásti komplexní péče o pacienty s jaterní cirhózou. Dietní doporučení mají většinou podpůrnou funkci. Jaterní dieta není jednotný soubor opatření, ale zahrnuje různá omezení a doporučení energetické hodnoty, poměru a obsahu bílkovin, tuků, sacharidů, vitamínů a dalších mikronutrientů. U pacientů s jaterní cirhózou jsou výživová doporučení dlouhodobým opatřením. Dietu nemocnému určuje ošetřující lékař, u hospitalizovaných nemocných na jednotce intenzivní péče léčbu řídí lékař intenzivist (Zadák, 2008). Úkolem sestry je pacientovi pravidla dietního stravování podrobně vysvětlit a získat tak pacienta ke spolupráci. Musí pacienta motivovat k restričním opatřením, ať již ve smyslu redukce hmotnosti, či vysazení alkoholu. K rozhodnutí o složení diety je nutná základní diagnóza onemocnění jater a současně též znalost dalších přidružených nemocí a komplikací. Dalším krokem je zhodnocení stavu výživy, ke kterému je možné použít některý ze standardizovaných nutričních dotazníků. V praxi je nejčastěji využíván Nutritional Risk Screening z roku 2002, který zohledňuje BMI pacienta pod 20,5 kg/m², úbytek hmotnosti za poslední tři měsíce, omezení příjmu stravy v posledním týdnu a závažnost nemoci. Pokud v některém bodě pacient pozitivně odpoví, je nutné řešit problém malnutrice. Dále je stav výživy zjišťován rovněž posouzením konstituce pacienta,

laboratorními hodnotami, klinickým vyšetřením. Dieta u pacientů s kompenzovanou jaterní cirhózou se jen málo liší od racionální stravy. Pokud není nemocný podvyživený, je doporučován dostatek kvalitních bílkovin, přísun vitamínů v dostatečném množství ovoce a zeleniny a šetrná technologie přípravy potravy. Je také vhodné vyvarovat se konzumaci alkoholu. Doporučovaný přísun neproteinové energie je 25-35 kcal/kg/den. Proteiny do 1-1,2/kg/den. Dietní režim u pacientů s dekompenzovanou jaterní cirhózou se řídí hlavně závažností stavu. Jaterní nedostatečnost vede ke zvýšení lipolýzi, dochází ke zvýšené oxidaci neesterifikovaných mastných kyselin. Dochází i ke zvýšenému katabolismu bílkovin se zvýšením utilizace větvených aminokyselin a ke snížené tvorbě močoviny s nárůstem amoniaku. V metabolismu cukrů dochází k poklesu a snížení tvorby glykogenu v játrech a kosterním svalstvu, často až k těžké hypoglykémii spojené s rozvojem inzulínové rezistence. Základem dietních opatření je zabránění destrukce tělesných bílkovin, upravení metabolismu vody a minerálů a podpořit regeneraci hepatocytů. Doporučený přísun neproteinové energie je 25-35 kcal/kg/den. Proteinová energie je zpočátku 0,5g/kg/den a později 1-1,5g/kg/den. Dekompenzovaná cirhóza vede k různému stupni malnutrice a je nutné zahájit enterální a parenterální podporu (Ehrmann, 2010; Svačina, 2008).

Parenterální výživa je indikována tam, kde perorální příjem není možný a enterální výživa není účinná, nebo je u nemocného kontraindikovaná. Jde o výživu, která se pacientovi aplikuje do žilního systému. K nevýhodám patří technická náročnost a rizikovitost při kanylaci velkých cév, zvyšující se náročnost ošetrovatelské léčby, kdy se musí přísně dodržovat aseptické postupy. U pacientů s jaterní cirhózou je v mnoha případech tato parenterální výživa indikována lékařem. Úkolem sestry je zajistit periferní žilní vstup zavedením periferní žilní kanyly. Pokud je nutné zavedení centrální žilní kanyly, sestra asistuje lékaři při jejím zavádění. Centrální žilní katetr se indikuje v případech, kdy stav pacienta vyžaduje podávání koncentrovaných roztoků, které nejsou vhodné k aplikaci do periferního žilního systému. Dále v případech, kdy je nutné hradit velké ztráty krve a tekutin. Při kanylaci centrální žíly musí sestra edukovat pacienta o tomto výkonu, psychicky ho podpořit a uložit do správné polohy. Připravit instrumentária na sterilní stolek a k tomu potřebné další pomůcky jako jsou ústenka,

chirurgická čepice, sterilní rukavice, dezinfekce a emitní miska. Po celou dobu kanylace je nutné sledovat stav pacienta a EKG křivku. O zavedení CŽK je proveden záznam do dokumentace pacienta (Kapounová, 2007).

1.7.2 Transplantace jater

Transplantace jater znamená zásadní zlom v léčbě pokročilé jaterní cirhózy. U všech pacientů s jaterní cirhózou by měla být alespoň posouzena možnost transplantace a ta by měla být ve spolupráci s transplantačním centrem včas indikována (Lukáš, 2007).

První transplantace jater byla ve světě provedena v roce 1963. V České republice to bylo poprvé v roce 1995 v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze. V současné době je prováděna v IKEMu a v Centru kardiiovaskulární a transplantační chirurgie v Brně (Janíková, 2013).

Léčba pacienta transplantací je komplexní proces, který má mnohá úskalí. Správné načasování rozhoduje z velké míry o úspěchu vlastní transplantace. Z hlediska pacienta je toto správné načasování transplantace jater v okamžiku, kdy má pacient z tohoto výkonu nejvyšší užitek, což znamená, když je riziko úmrtí při konzervativní léčbě velmi zřetelně překročeno riziky transplantační terapie. Základním nástrojem prognózy je Child-Pughovo skóre. V evropských centrech se pro zařazení do programu transplantace jater zdají být nejvhodnější kandidáti s Child-Pughovým skóre 9-10 bodů. Tito pacienti jsou chorobou již významně ohroženi, přitom ale zbývá dost času k vyšetření, přípravě k transplantaci a k čekání na vhodný orgán (Špičák, 2008). Podmínkou úspěšné transplantace je nejen správná indikace a provedení operace, ale i kvalita dárcovského orgánu, příprava nemocného a perfektní peroperační a pooperační péče. Rozlišujeme několik typů chirurgických technik transplantace jater. Full-size liver transplantation je typ, kdy jsou přenesena celá játra. Dále se používá standartní technika, kdy se provádí hepatektomie u příjemce s odstraněním dolní duté žíly. Pokud se dolní dutá žíla u příjemce ponechává, tato technika se nazývá piggyback technika. Reduced-size liver transplantation je transplantace části jater od mrtvého dárce. Transplantace části jater od živého dárce se nazývá living-related liver transplantation.

Poslední technikou je, když je jeden dárcovský orgán rozdělen pro dva příjemce, split-liver transplantation (Válek, 2006).

U pacientů po transplantaci je nejdůležitější mít na paměti sníženou obranyschopnost organismu způsobenou imunosupresí. V prvních pooperačních dnech jsou nemocní izolováni na samostatných pokojích a úkolem ošetřujícího personálu je přísné dodržování aseptiky. Personál musí vždy používat ústní masky, rukavice a sterilní pláště. Dále sestra musí věnovat pozornost při měření krevního tlaku, protože možné výkyvy ve smyslu hypertenze a hypotenze představují hrozbu a riziko trombózy cév štěpu. Důležité je i sledování drénů a množství odvedených exkretů. Sestra musí věnovat pozornost i laboratorním nálezům. Sledovat krevní hodnoty jako indikátor funkce transplantovaného orgánu nebo počínající rejekce. Dále sledovat hodnoty krevního obrazu, protože imunosupresivní léky mohou způsobit pokles leukocytů a trombocytů (Valenta, 2007).

1.8 Komplikace jaterní cirhózy a úloha sestry

Komplikace jaterní cirhózy jsou nejvýznamnějším limitujícím faktorem kvality života a přežívání nemocných s jaterní cirhózou. Některé z komplikací mohou náhle změnit do té doby kompenzovanou cirhózu na život ohrožující stav (Ehrmann, 2006).

Závažnou komplikací je rozvoj portální hypertenze a jejích komplikací. Především jde o jícnové varixy, jaterní encefalopatii, ascites a edémy (Topinková, 2006). Portální hypertenze vzniká, je-li průsvit jaterního krevního řečiště omezen, a stoupá tlak ve vena portae (Silbernagl, 2012). Podle mechanismu vzniku dělíme portální hypertenzi na prehepatální, intrahepatální a posthepatální. Prehepatální portální hypertenzi vyvolávají překážky v průtoku krve v portální oblasti před játry. Jedná se o překážku při trombóze veny portae a veny lienalis. Posthepatální portální hypertenze vzniká při překážce v odtoku krve z jaterních žil. Mohou být postiženy malé jaterní žíly, široké jaterní žíly, ale také dolní dutá žíla v místě jejich vyústění. Intrahepatální portální hypertenze vzniká při překážce před, či v sinusoidách (Ehrmann, 2006).

Život ohrožující komplikací je krvácení z jícnových varixů. Sestra okamžitě informuje lékaře, zajistí pacienta periferní žilní kanylou. Uloží pacienta do Fowlerovy

polohy a podá léky dle ordinace lékaře. Důležitá je i psychická stránka pacienta, kdy sestra musí nemocného uklidňovat. Ve většině případů je pacient uložen na jednotce intenzivní péče a sestra sleduje fyziologické funkce. Dalším úkolem je asistence lékaři při zavedení balónkové tamponády. Tamponáda balónkovou sondou je dočasným řešením, kterým lze zastavit většinu krvácení z jícnových varixů a efektivita hemostázy činí 60 % - 90 %. Používají se dva druhy sond. Lintonova-Nachlassova sonda je úspěšnější u gastrických varixů a skládá se z jednoho balónku hruškovitého tvaru. Dalším typem je dvoubalónková Sengstakenova-Blakemorova sonda. Při zavedení dvoubalónkové sondy sestra nejprve informuje pacienta o postupu zavedení balónkové sondy. Poté přezkouší balóny a uzavře jejich přívody k zabránění jejich samovolného rozvinutí. Nanese na sondu místní znecitlivující gel a asistuje lékaři při zavedení. Po zavedení sondy lékařem, nafoukne spodní balónek fixující sondu v žaludku 60- 80 ml vzduchu a následně nafoukne horní balónek stlačující varixy v jícnu 100 – 120 ml vzduchu (mililitry vzduchu jsou určeny výrobcem sondy). Následně sondu fixuje pod lehkým tahem. Každé čtyři hodiny by mělo dojít k desuflaci balónků k prevenci dekubitálních ulcerací v jícnu. Doba zavedení balónkové tamponády by měla být méně než 24 hodin (Lukáš, 2007; Šafránková, 2006).

Ascites, jako další komplikace, je definován jako zvýšené množství volné tekutiny v dutině břišní přesahující fyziologickou hodnotu 150 ml. (Ehrmann, 2006). Ascites spojený s cirhózou jater je projevem pokročilosti základní choroby (Lata, 2005). Klinicky ho dělíme podle množství tekutiny v peritoneální dutině, na ascites patrný pouze zobrazovacími metodami, ascites zjištělý fyzikálními vyšetřeními a ascites tenzní. Tuto komplikaci má 85 % pacientů s jaterní cirhózou (Lukáš, 2009). Hromadění tekutiny v dutině břišní je dáno nerovnováhou mezi její tvorbou a vstřebáváním. Za tvorbu jsou odpovědny hlavně sinusoidy, přes jejichž membránu se odehrává filtrace. Pokud filtrace přesáhne kapacitu odvodného lymfatického systému, dojde k transsudaci tekutiny přes jaterní pouzdro do břišní dutiny. Při cirhóze jater dosahuje množství tekutiny tanssudované přes jaterní pouzdro do břišní dutiny až 20 litrů. Při snížené resorpční kapacitě peritonea dojde k vychýlení rovnováhy mezi resorpcí a tvorbou vody a k vzniku ascitu (Ehrmann, 2006). Každý zjištěný ascites má být vyšetřen, a proto je

vždy nutná alespoň diagnostická punkce (Lukáš, 2009). Úloha sestry při punkci ascitu je popsána v kapitole o diagnostice jaterní cirhózy.

Další komplikací je jaterní encefalopatie. Jedná se o soubor reverzibilních neuropsychických příznaků. Etiologie je multifaktoriální a souvisí se zvýšenou koncentrací látek, které jsou za normální situace metabolizovány játry. Pravděpodobná je kombinace více nezávislých faktorů, jejichž výsledným efektem je inhibice nervového přenosu v centrální nervové soustavě. Rizikovými faktory vzniku jaterní encefalopatie jsou krvácení do gastrointestinálního traktu, infekce, léčba sedativy a hypnotiky, diuretická léčba, portosystémová spojka. Jaterní encefalopatie se rozlišuje na manifestní, kdy se objevují klinické projevy, a na latentní, kdy je normální klinický nálezn, ale jsou abnormální psychometrická či neurofyziologická vyšetření. Klinicky se rozlišují čtyři stadia jaterní encefalopatie. První stadium se projevuje mírnou zmateností, euforií či depresí, sníženou pozorností a poruchou spánkového režimu. Druhé stádium se projevuje spavostí, letargií, změnami osobnosti, přechodnou dezorientací. Třetí stadium je vystiženo somnolencí, dezorientací a nesrozumitelnou řečí. Posledním, čtvrtým stádiem je kóma. Specifickým příznakem je flapping tremor, což je zvláštní, mávavý pohyb prstů a ruky akcentovaný zavřením očí, a foetor hepaticus (Lukáš, 2007). Dalším projevem je konstrukční apraxie, kdy se nemocný není schopen podepsat nebo složit ze záplek jednoduchý obrazec podle vzoru (Chrobák, 2007).

V prvních třech stádiích jaterní encefalopatie si nemocní neuvědomují své potřeby, a nebo nejsou schopni pocítované potřeby projevit, a proto sestra musí většinu potřeb pacienta předvídat a samozřejmě i tyto potřeby za pacienta plnit. Somnolentní pacienti nepocítují příliš potřebu jíst či pít, a také potřeba hygieny je odsunuta na druhou kolej. U kvalitativních poruch vědomí, které jsou charakterizované zmateností, ztrátou prostorové, místní či časové orientace je důležité s pacientem stále komunikovat, opakovat mu veškeré informace týkající se jeho zdravotního stavu a provozu oddělení. Tito pacienti mají neuspokojenou potřebu bezpečí z nedostatku informací, kterých sice můžeme dávat dostatek, ale oni jim nerozumí, a proto jsou mnohdy i agresivní. Pokud

tato situace hrozí, musí sestra neustále a trpělivě vysvětlovat vše, co se kolem pacienta děje (Šamánková, 2011).

Jaterní poškození vede k různému stupni poruchy jaterních funkcí, zejména metabolických. Projevy této nedostatečnosti jsou označovány jako jaterní insuficience. Po selhání některé nebo většiny jaterních funkcí, především biotransformačních a detoxikačních, dochází k ohrožení organismu jako celku. Akutní jaterní selhání je definováno jako výpadek jaterních funkcí na podkladě akutního těžkého postižení jater u nemocných, kteří do té doby netrpěli žádným jaterním onemocněním, nebo trpěli chronickým jaterním onemocněním, ale do té doby bezpříznakovým a plně kompenzovaným. V případě abúzu alkoholu nemluvíme o akutním jaterním selhání. Ve většině případů se jedná o alkoholem podmíněné selhání již předtím postižených jater. K selhání dosud kompenzované cirhózy, může dojít po alkoholovém excesu. Další častou příčinou je vysoký příjem bílkovin v potravě, krvácení do trávicího traktu, fyzická námaha, interkurentní infekce. Základní klinické příznaky jaterního selhání jsou jaterní encefalopatie s poruchou vědomí, hepatální foetor, zmenšená játra v důsledku jejich nekrózy, syndrom DIC, arteriální hypotenze a hyperventilace (Ehrmann, 2006).

Hepatorenální syndrom je v mnoha případech konečným a fatálním stavem jaterní cirhózy. U cirhotiků dochází k poškození ledvin časně, již v prvních fázích choroby, byť se klinicky nemusí projevit. Hepatorenální syndrom se definuje jako funkční selhání ledvin, které doprovází jaterní onemocnění s portální hypertenzí. Důsledkem je vzestup dusíkatých látek, rozvrat elektrolytového a vodního hospodářství a ve většině případů exitus. Tento syndrom je nalézán téměř výhradně u nemocných s ascitem. Zde je velice důležitým úkonem sestry sledování bilance tekutin pacienta (Lata, 2005).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit znalosti pacientů s jaterní cirhózou o jejich onemocnění.

Cíl 2: Zjistit dodržování dietních opatření pacientů s jaterní cirhózou.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké vědomosti mají pacienti s jaterní cirhózou o své nemoci?

Výzkumná otázka 2: Kde pacienti s jaterní cirhózou získávají informace o svém onemocnění?

Výzkumná otázka 3: Jak jsou pacienti s jaterní cirhózou informováni o režimových opatřeních?

Výzkumná otázka 4: Jaká režimová opatření dodržují pacienti s jaterní cirhózou?

3 Metodika

3.1 Použitá metoda výzkumu

Bakalářská práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření, metodou dotazování. Technikou byl sběr dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pacienty s diagnostikovanou jaterní cirhózou. Polořízený rozhovor obsahoval šestnáct otázek (Příloha 3). Díky formě polostrukturovaného rozhovoru byla možnost širšího vyjádření tazatele. Výzkumné šetření bylo realizováno na gastroenterologickém oddělení nemocnice České Budějovice a.s. se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (Příloha 4) a se souhlasem vrchní sestry tohoto oddělení. Rozhovory probíhaly od 26. února do 29. března tohoto roku. Pacienti byli předem seznámeni s tématem bakalářské práce a s důvodem výzkumného šetření. Všechny rozhovory byly sebrány se souhlasem dotazovaných, byly zaznamenávány na papír a poté přepsány. Kvalitativní data byla analyzována a významově uspořádána do kategorizačních skupin.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo šest spolupracujících pacientů s diagnostikovanou jaterní cirhózou. Tito pacienti byli v době rozhovoru hospitalizováni z různých příčin na gastroenterologické oddělení krajské nemocnice. O rozhovor bylo požádáno pět mužů a jedna žena. Věkové rozmezí dotázaných bylo od 48 let do 72 let. Rozhovory probíhaly na různých místech oddělení, ale vždy bylo zachováno soukromí pacienta (Příloha 5).

Pacient 1 byl hospitalizován sedmý den v nemocnici, kdy už se cítil bez potíží. Byl to 72 letý muž, důchodce, žijící s manželkou v rodinném domě. Pacient byl k rozhovoru velice ochotný.

Pacient 2 byl 70 ti letý muž, vdovec. Nyní je v důchodu, žije sám v panelovém domě. Dříve pracoval jako řidič z povolání.

Pacient 3 byl hospitalizován druhý den. Jednalo se o 53 letého, rozvedeného muže. Současně byl veden na úřadu práce, ale dříve pracoval jako skladník v jedné firmě. Pacient s rozhovorem souhlasil, ale jeho odpovědi byly velmi strohé.

Pacient 4 byl také muž, 65let, vdovec. Bydlel sám v rodinném domě. Pacient byl hospitalizován třetí den.

Rozhovor s pacientem 5 (Příloha 5) probíhal dvanáctý den jeho hospitalizace. Jednalo se o muže ve věku 48 let, dříve pracujícího jako zedník, nyní v invalidním důchodu. Pacient byl velmi upřímný a vůči tomuto tématu velmi otevřený a o svém soukromí sděloval informace bez zábrán.

Pacient 6 byla jako jediná žena. V nemocnici byla hospitalizována druhý den. Jednalo se o 57 letou podnikatelku, žijící sama v rodinném domě.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty s jaterní cirhózou

4.1.1 Kategorie vědomostí pacientů s jaterní cirhózou o své nemoci

A: Prvotní příznaky onemocnění

Každého z respondentů přivedla k lékaři před diagnostikou jaterní cirhózy jiná příčina. Ve většině případů to byly příznaky, které s jaterní cirhózou nemají nic společného, ale dalším vyšetřováním dotázaných se na tuto nemoc přišlo. Respondenti 1, 3 a 6 se shodují, že pocívali větší únavu a slabost, nežli dříve. „*Hrozně mi otékaly nohy, a celkově jsem byl slabý.*“ (R1). „*Byl jsem dost často unavený a měl jsem stále častěji průjem, tak jsem šel k obvod'áčce a ta mi nabrala krev a poslala mě na ultrazvuk. Ale už si to moc nepamatuju, je to dlouho.*“ (R3). „*Já jsem vždy byla taková energetická, ale padla na mě strašná únava. Pořád jsem měla nutkání na zvracení. Až jednou ke mně přišla na kávu velmi dobrá kamarádka, která je lékařka, a přišlo jí, že se hrozně třesu. Sdělila jsem jí všechna svá trápení a doporučila mi, ať se stavím u lékaře. Já mam svojí firmu, kterou vedu, mám pod sebou pár zaměstnanců nemohla jsem si dovolit být slabá. Bála jsem se, jestli nemám přechozenou nějakou chřipku. Tak jsem lékařku navštívila a nezdály se jí výsledky krevních náběrů a posla mě do nemocnice aby mě více vyšetřili a tam mi diagnostikovali jaterní cirhózu.*“ (R6). Respondent 2 šel k obvodnímu lékaři pouze s kašlem. Lékař ho poslal na CT a další vyšetření, kde bylo jeho onemocnění zjištěno. Respondent 4 trpěl zažívacími obtížemi a úbytkem váhy. Respondent 5 dle jeho slov „*Byl žlutej a měl i žlutý oči*“. Všem respondentům byla jejich nemoc diagnostikována po odborných vyšetřeních lékařem, jako je ultrazvuk a výsledky krevních hodnot. Toto onemocnění bylo každému z respondentů zjištěno před různou dobou od 5 měsíců do 5 let.

B: Současné zdravotní problémy

V polovině případů byl příčinou hospitalizace v době sbírání rozhovorů ascites. Na mou otázku: „*Jaké obtíže máte nyní?*“, respondent 2 odpověděl: „*Právě tu vodu v bříše. Víte, každých tak pět až šest dní mi jí musí vypouštět, protože mám to břicho*

obrovský a špatně se mi dýchá a nemůžu nic pořádně dělat. Kvůli tomu ležím i v nemocnici.., Odpověď respondenta 3 zněla: „*No občas mi otékají kotníky a břicho. Když dělám nějakou náročnější práci, třeba když doma řežu dřevo, tak jsem dřív unaven. Ale hlavně to břicho.*“ Respondent 4 uvedl: „*Pořád mě trápí slabost a nechut' jak k jídlu, tak ke všemu ostatnímu. A teď mám i vodu v břiše, to mě pak ale už vždycky musí dcera odvézt do špitálu, kde mi tu vodu vyndaj. Kvůli tomu jsem tady taky skončil.*“ Dva respondenti se shodují mimo jiné na oteklých kotnících a celkové slabosti. Respondenta 1 musela do nemocnice přivést rodina z důvodu jaterní encefalopatie. Odpověděl: „*Začal jsem být nějaký zmatený, nevěděl jsem, kde přesně jsem a kolik je hodin, a tak mě manželka s dcerou odvezli do nemocnice.*“ Respondenta 5 nyní trápil častý pocit na zvracení, slabost a bušení srdce. Navíc si všiml žlutého zabarvení kůže a očí.

C: Průběh onemocnění:

Všechny respondenty o průběhu a charakteru onemocnění informoval lékař po zjištění jejich diagnózy. Respondenti 3, 4 a 6 věděli, že se jedná o ireverzibilní onemocnění, a že úplné vyléčení není možné. Ale pokud budou dodržovat léčbu a režimová opatření, je možné, aby chorobný proces nepostupoval dále. Respondent 5 byl přímo informován, jaká je příčina jeho onemocnění. Lékař mu sdělil, že jeho jaterní cirhóza je způsobená z nadměrného užívání alkoholu. Odpověděl: „*No řekl mi, že to mám z toho, že chlastám, ale já teda mam pocit že jsem zas tolik nepil, jenom s kamarádama po práci. Můj táta chlastal víc než já a v životě nic takovýho neměl.*“ Jako příčinu jaterní cirhózy, alkohol, uvedl i respondent 3. Respondentka 6 byla lékařem také tázána na užívání alkoholu, ale tato otázka jí přišla nepochopitelná a připadala jí urážející. Respondent 1 nechal spíše při podání informací poslouchat svou dceru, která je podle jeho slov: „*Mladá a víc tomu všemu rozumí*“. Na podotázku jestli si pamatuje něco z toho, co mu lékař sdělil, uvedl: „*Vím, že ty játra jsou hodně poškozená, a že musím dodržovat léčbu a pravidelně brát léky. Pokud bych to všechno porušoval, tak je to hodně závažné onemocnění a můžu na to i umřít, ale já se snažím všechno přísně dodržovat.*“

Respondent 2 byl informován o různých příčinách, které si ale nepamatuje. Byla pro něj velice důležité informace o TIPSU, na který je objednan. Jeho odpověď zněla: *„Ano, všechno mi pan doktor moc dobře vysvětlil. Víte, objednal mě do IKEMU na takovou spojku v těch játrech, aby se mi už konečně přestala dělat ta voda v tom břiše. Akorát musím počkat, než budou mít volný místo, ale doufám, že po té spojce už to bude všechno dobrý.“*

D: Znalosti o komplikacích jaterní cirhózy

O komplikacích byli také všichni respondenti informováni lékařem. Kromě respondenta 2 se všichni shodli na zvracení krve, respondent 5 dokonce již tuto zkušenost zažil a ležel v nemocnici na jednotce intenzivní péče. Na otázku ohledně sdělení o komplikacích jeho nemoci lékařem uvedl: *„Ano sdělil, ale docela mě vystrašil, protože mi řekl že můžu umřít a to jsem nečekal. A právě mi není jasný, jestli můžu umřít, když nebudu dodržovat jako dietu a nechlastat nebo jestli umřu tak i tak.“* I tři respondenti se vyjádřili o tom, že jim lékař sdělil, že toto onemocnění a jeho komplikace mohou mít fatální následky. Čtyři respondenti také věděli o volné tekutině v dutině břišní, ascitu. *„Také mi sdělil, že můžu mít otok jater a toho se také bojím, protože kamarádka mi říkala, že při tom otoku mě pak budou muset píchnout do břicha, aby ten otok splasknul. Zatím trpím jen otoky nohou a občas i nechutenstvím.“* (R6). Respondent 2 věděl i o možném třesu rukou a ledvinném selhání, uvedl: *„Ano, pan doktor říkal, že to způsobuje oslabení imunitního systému, že se člověk cítí slabší, třesou se mu ruce a to já zrovna mám. Nemůžu se ani pořádně najíst lžící jak se mi ty ruce třesou. No a pak taky ta voda v břiše. Mám taky jednu ledvinu špatnou a na ty to prý taky může mít vliv.“*

4.1.2 Kategorie informovanosti pacientů o režimových opatřeních

E: Rozšiřování vědomostí

Kromě respondentky 6 si žádný z dotazovaných nezjišťuje sám informace o své nemoci. Tato respondentka uvedla: *„Ano, kamarádka mi dala odbornou literaturu.“*

Já se přiznám, že hodně čerpám i z internetu, ale bylo mi řečeno, že ne všechny články jsou pravdivé a důvěryhodné. Koupila jsem si i kuchařku o dietách jater.“

Respondentovi 1 zjišťovala informace dcera na internetu, kde hledala změnu stravovacích návyků při onemocnění jater. Respondent 4 má doma knihu o dietě, podle které má vařit a respondent 5 dostal odbornou knihu o jaterní cirhóze od bratra k Vánocům, kterou si prolistoval, ale dle jeho slov: „*Moc tomu nedám.*“ Na otázku: „Konzultujete své problémy s ostatními, stejně nemocnými pacienty?“ respondenti 1, 2, 3 a 5 odpověděli, že nekonzultují. Respondent 4 odpověděl „*Mám kamaráda se stejnou nemocí, tak se o tom občas bavíme. A jednou když jsem byl ve špitále, tak vedle mě ležel chlap taky s tím samým, tak jsme si párkrát popovídali.*“ Respondentka 6 se také seznámila při prvním pobytu v nemocnici se stejně nemocnou paní, s kterou se někdy setkává v poradně a konzultují spolu své problémy a recepty na dietu.

F: Změna životního stylu

Většina respondentů se shodla na změně stravování a dodržování klidového režimu. Respondenta 5 také tato nemoc ovlivnila kromě stravování a klidového režimu v mezilidských vztazích. Na otázku „Musel jste po diagnostikování vaší nemoci změnit nějakým způsobem životní styl?“ odpověděl: „*Nesmím jíst, co chci, nesmí sportovat, jak chci, nemůžu chodit ani na dlouhý výlety. Manželka se se mnou rozvedla, protože mi řekla, že jsem si to všechno způsobil sám a prej už se mnou ztratila trpělivost. Taky se už moc nemůžu stýkat s kamarády který jsem měl ve vinotéce, protože oni po mě chtějí abych si dal vínko a to já nemůžu.*“ Jako změnu životního stylu ovlivnila respondentku 6 i ta skutečnost, že musí užívat pravidelně léky, na což dříve nabyla zvyklá. Uvedla: „*A teď si musím také dávat pozor, abych brala pravidelně i léky.*“ Respondent 1 a 4 se shodli, že už tolik nemohou pracovat kolem svého domu, protože tuto práci fyzicky nezvládají, i když jsou v důchodu a tato skutečnost je mrzí. Respondent 4 sdělil: „*Musím dodržovat klid, nesmím se přemáhat. Před 5 lety mi umřela manželka, tak jsem na všechno zůstal sám. Bydlím v baráčku, mám zahrádku a dřív jsem se rád o tu zahrádku staral, ale teď mi to doktor zakázal, že nemůžu dělat žádné práce na zahradě, že je to hodně namáhavý a mohl bych prý skončit špatně.*“

Pro respondenty 2 a 3 se po diagnostice jejich nemoci toho moc nezměnilo. Odpověděli: „*Moc jsem toho měnit nemusel. Já celý život nikdy alkohol nepil. Byl jsem úplný abstinent. Jinak jsem trošku změnil jídlo, ale jinak nic.*“ (R2) „*Možná se dá říct, že víc odpočívám, ale teď stejně když nemám práci tak nic moc nedělám.*“ (R3) Respondenta 3 jsem se ještě podotázkou zeptala, jestli se v ničem jiném neomezil a odpovědí mi bylo „*Ani ne.*“

G: Zdroj informací

Všem respondentům informace o potřebě upravit životní režim poskytl lékař. Respondenti 2, 3, 4, 5 se shodují na tom, že i sestra se zapojila do informovanosti a to hlavně v oblasti dietního režimu. Respondentovi 2 sestra sdělila i informace o případném postupu při vypouštění ascitu: „*Ano sestřička mi říkala příklady diet, a co se dělá při tom, když mi budou vypouštět břicho.*“ (R2). „*Doktor mi to všechno vysvětlil a sestra mi pak dala ty papíry.*“ (R3). „*Doktor se mnou řešil hlavně ten alkohol a sestra mi pak poradila, co si mám kupovat a vařit, a dala mě nějaký letáky o dietě.*“ (R4). Respondent 5 odpověděl na podotázku, jestli se mu sestra také nějak věnovala: „*Jo, ta taky vždycky něco řekne o dietě.*“

H: Informace o režimových opatřeních

Všichni respondenti byli informováni o potřebě změnit svůj dosavadní životní režim. Kromě respondentky 6 se všichni zmínili o úpravě stravovacích návyků. Respondenti 3 a 5 dostali i letáky k jaterní dietě. Respondent 2 uvedl i potřebu klidového režimu. K informacím o zákazu požívání alkoholických nápojů se vyjádřili respondenti 2 a 4. Respondentce 6 pomohla s informacemi i její kamarádka lékařka, ale odpověděla, že spíše sestry byly ochotné, pokud se na něco zeptala. Poskytnuté informace od lékaře jí přišli strohé, odpověděla: „*Samozřejmě i v nemocnici se mnou lékař hovořil, ale to mi přišlo, že to vzal honě letem světem, protože těch informací je opravdu mnoho.*“ Naopak respondent 1 byl spokojen s množstvím poskytnutých informací, řekl: „*Ano, pan doktor mi vše vysvětlil. Když mi tohle onemocnění zjistili, tak se mi poprvé opravdu hodně věnoval. Myslím, že tak půl hodiny určitě mi všechno*

vysvětloval. *Hlavně v tom jídle jsem se hodně omezil.*“ Respondent 5 uvádí, že i při každé kontrole s ním lékař hovoří a případně další informace získá.

I: Srozumitelnost podaných informací

Pro většinu respondentů informace srozumitelné byly. Respondent 1 odpověděl na otázku ohledně srozumitelnosti informací: *„Kýval jsem hlavou, ale moc jsem tomu, co říká, nerozuměl. Ale byla tam se mnou ta dcera.“*, ale sám se na žádné další informace nezeptal. Respondent 2 uvedl, že mu všechno bylo vysvětleno „polopatě“, aby vše pochopil a dál se na nic vyptávat nemusel. Respondent 3 všem informacím též rozuměl a navíc se doptal na to, jakou práci může vykonávat, či jestli na toto onemocnění dostane invalidní důchod. Respondent 5 na otázku, zda se mohl zeptat zdravotnického personálu na případné dotazy, odpověděl *„Ano mohl. Vždycky když ležím v nemocnici tak se ptám sester. Třeba teď jedna hodná sestřička mi přinesla z domova spoustu materiálů ohledně diety, kde to je dost dobře a srozumitelně pro mě napsaný. A líbilo se mi i že mi přinesla recepty, který se zdají docela jednoduchý tak pak doma možná zkusím. Víte, už tady ležím po několikáty tak už mě všichni znají.“*

4.1.3 Kategorie dodržování režimových opatření

J: Změna dietního režimu

Kromě respondenta 2 a 5 se všichni dotázaní snaží dodržovat dietní omezení. Respondent 2 uvedl: *„Žádné extra omezení nepadlo, můžu skoro všechno, omáčky, hovězí. Akorát moc nesolím, protože sůl tomu všemu hrozně škodí.“* Ale na podotázku jestli jí třeba vepřové maso a uzeniny odpověděl, že to nejí. Respondent 5 na otázku, jestli podřizuje svou stravu nemoci, odpověděl: *„Musím, ale zatím moc nedodržuju. Já teda nevím, ale oni mi zakázali máslo a to já miluju. Mam si dát prý jenom tenký plátek denně, ale já jsem zvyklej s máslem dělat všechno a to si teda neodpustím. Taky nesmím moc soli, ale bez soli to nejde. Solím furt stejně jako sem dřív solil, a mam rád pepř a pálivou papriku.“* Respondenti 1 a 6 se shodli, že jí častěji, v malých porcích. Většina se shodla na tom, že omezili sůl ve svém jídelníčku. Respondenti 1, 3, 4, také zvýšili přísun zeleniny. Na podotázku jaká jídla si například doma vaří, respondent 1

odpověděl: „Manželka mi vaří třeba těstoviny se šunkou, nebo omáčky a dušené maso. Hodně jím ke všemu zeleninu a ovoce.“ Respondent 3 uvedl: „Doma si uvařím nějaké těstoviny nebo rýži a třeba na rajskou nebo i jiný omáčky si zajdu do hospody.“ Respondent 4 odpověděl: „Hodně zeleninu, ovoce, maso spíš kuřecí, nebo králíka. Vůbec třeba nejím uzené, klobásy a tak.“ Respondent 5 sdělil: „Ráno si jdu pro rohlíky s máslem, k obědu si zajdu do takové levný jídelny tam u nás. Tam sice nevaří dietně, ale já se snažím vždycky něco zdravějšího vybrat. Já si myslím, že doktor mě ti jídlem straší, ale spíš základ je asi ten chlast.“

K: Vztah k alkoholickým nápojům

Kromě respondenta 2, všichni dotázaní změnili po diagnostice jaterní cirhózy vztah k alkoholickým nápojům. Respondent 2 nikdy alkohol nepil, tudíž ani nic měnit nemusel. Dle jeho slov, za celý život nevypil snad ani jedno malé pivo. Respondenti 1 a 4 si po diagnostikování jejich nemoci striktně alkohol zakázaly. Nikdy nepili ve větším množství, ale například s kamarády si pivo dali. Respondentka 6 též alkohol nikdy nepotřebovala, ale v jejím zaměstnání bylo na firemních akcích normální, že si skleničku dala, což nyní nedělá. Respondent 3 na otázku jestli změnil vztah k alkoholickým nápojům po diagnostikování jaterní cirhózy, odpověděl: „Určitě jsem pití omezil. Tvrdě už skoro vůbec nepiju, ale večer tři pivka si dám, vždyť co bych z toho života měl, kdybych si ani u televize večer nemohl dát pivo.“ Na podotázku, jestli pije alkohol například při oslavách, uvedl: „Tak to si na oslavu dám, to přece pije každý.“ Respondent 5 také změnil vztah k alkoholickým nápojům a uvedl: „Ano změnil. Dřív jsem ten alkohol bral jako strašně dostupnou věc, že si to můžu kdykoliv dát v podstatě v neomezeném množství a kolik toho chci. Ale teď třeba při oslavě, tam i nerad chodím, protože na mě všichni koukají a hlídají mě, že si nemůžu dát ani skleničku sektu na připití a mě to hrozně omezuje. Nemůžu zajít na návštěvu za kamarádama z vinotéky, protože by mě tam přemlouvaly. Ale decku bych si nedal to už radši rovnou láhev.“

L: Fyzicky náročné aktivity

Většina respondentů se shodla na tom, že fyzicky náročnou práci nevykonávají a to hlavně proto, že ani žádnou takovou práci z důvodu své nemoci nezvládají. Respondent 1 uvedl, že nyní náročněji pracoval, dělal dříví, a proto také skončil v nemocnici. Teprve teď ví, že šetřit se, je opravdu důležité. Snaží se chodit na procházky. Respondent 2 vůbec žádné fyzicky náročné aktivity nedělá. Dle jeho slov: *„Víte, já ani nic fyzicky náročného nedělám, protože s tím břichem ani nemůžu. Jsem rád, že ujdu pár metrů a potom se hned zadýchám a jsem vyčerpaný. Nemůžu dělat běžné činnosti. Jsme zesláblý. Dříve jsem se staral o jeden areál, kde jsem sekal trávu, ale to teď bohužel taky nemůžu. Už nemám tu sílu, co jsem míval. Teď už jenom doufám, že ta spojka v těch játrech mi pomůže a budu moci dělat alespoň běžné činnosti.“* Respondentovi 3 trvá vše delší dobu, ale práci, spojenou s údržbou okolo domu jako je například posekat trávu, nařezat dříví, si rozděluje do více dní. Dříve pracoval jako skladník v jedné firmě, ale toto místo musel opustit, protože bylo fyzicky vyčerpávající. Nyní je nezaměstnaný a hledá si práci, kterou by fyzicky zvládl. Respondentovi 4 pomáhají s prací kolem domu jeho děti, protože také není schopný vše fyzicky náročné zastat. Na otázku zda omezil fyzicky náročné aktivity, respondent 5 odpověděl: *„Jo, ale já sem se předtím ani moc nehejbal, ale docela mi chybí, že nemůžu chodit na túry. To jsme s kamarádama chodili hodně na Kleť, dá se říct každý týden, tam jsme si dali oběd a pivčo. A to už bych teďka ani nezvládl, nemůžu se přemáhat. Dělal sem celej život zedničinu, ale to mi doktor zakázal a jsem v invalidním důchodu.“* Respondentka 6 byla dříve hodně zvyklá cvičit a chodit do fitcentra, ale nyní si vše odpustila. Ani v zaměstnání toho tolik nezvládá jako dříve. Její práce sice není moc fyzicky náročná, ale psychicky ji vyčerpává.

M: Dodržování termínů kontrol

Všichni respondenti pravidelně chodí na kontroly a dodržují dané termíny. Pouze respondent 3 se sice snaží chodit pravidelně, ale dle jeho slov: *„Někdy to člověk nestihne nebo třeba zapomene.“* Respondenti 1, 2 a 4 se shodli, že na kontroly k lékaři chodí každý měsíc. Respondent 2 uvedl: *„ Jo to si mě zvou tak každé tři až čtyři týdny*

vždycky do nemocnice na kontrolu, poslechnou mě, udělají mi ultrazvuk. No, a když už mám to břicho tak veliké, že já sám nemůžu vydržet, tak přijedu a oni mi to všechno vypustí a je mi hned zase líp.“ Respondent 5 chodí na kontroly pravidelně každého půl roku. Lékař ho také vždy vyšetří a vyzvedne si recepty na léky. Respondentka 6 také přesně dodržuje termíny objednání, každé 3 měsíce.

5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá znalostmi pacientů s jaterní cirhózou o jejich onemocnění. Předmětem zájmu bylo, jaké informace mají o svém onemocnění, kde získali informace o režimových opatřeních a zda režimová opatření dodržují.

Výsledky výzkumného šetření vycházejí z polostrukturovaných rozhovorů. Soubor tohoto šetření zahrnoval vzorek pacientů s diagnostikovanou jaterní cirhózou. Věk pacientů se pohyboval v rozmezí 48 let do 72 let, a mezi dotázanými bylo pět mužů a jedna žena.

Kategorizací výsledků rozhovorů s pacienty s jaterní cirhózou vznikly tři hlavní kategorie. Kategorie vědomostí pacientů s jaterní cirhózou o své nemoci, kategorie informovanosti pacientů o režimových opatřeních a kategorie dodržování režimových opatření, s celkem třinácti podkategoriemi. Předmětem této diskuze je komparace výsledků této práce, shrnutých v uvedených třinácti podkategoriích, s výsledky jiných autorů, či jiných výzkumů, včetně komparace s našimi vlastními názory. Rádi bychom také upozornili i na obtíže při řešení daných problematik.

Při zkoumání prvotních příznaků onemocnění (podkategorie A: Prvotní příznaky onemocnění) vyšlo najevo, že každého z respondentů přivedl k lékaři jiný prvotní příznak. Byly mezi nimi otoky, kašel, únava a průjem, nechutenství a váhový úbytek, ikterus, nutkání na zvracení. S ohledem na odbornou literaturu (Hehlmann, 2010), který uvádí jako hlavní příznaky jaterní cirhózy zvětšení jater a sleziny, otoky, ascites, neprospívání, kožní změny, ikterus, psychické změny, lze konstatovat, že prvotní příznaky pacientů našeho souboru byly spíše atypické. Zároveň lze konstatovat, že u poloviny dotázaných byla přítomna jako doprovodný symptom, který však nehrál hlavní roli, únava. Tento příznak je naopak dle literatury pro jaterní onemocnění včetně jaterní cirhózy zcela typický (Nejedlá, 2006). U pacientů, jejichž příznaky byly spíše povšechné, se ukázalo jako klíčové laboratorní vyšetření krve a séra, při kterém má jaterní cirhóza typický obraz, což je ve shodě s ostatními autory (Jabor, 2008, Lata, 2005). U všech pacientů sehrálo významnou roli při diagnostice jejich choroby ultrasonografické vyšetření břicha, které všichni autoři považují při vyšetření jaterní cirhózy za vysoce specifické (Ehrmann 2006, Lukáš 2007).

Při výzkumu současných zdravotních problémů (podkategorie B: Současné zdravotní problémy) byl v polovině případů hlavní zdravotní obtíží pacientů (a současně také důvodem hospitalizace) ascites. Dle literatury je až 80% všech případů ascitu způsobeno jaterní cirhózou (Lukáš, 2009). Frekvencovanost toho příznaku v námi analyzované skupině pacientů s cirhotickým poškozením jater tedy není překvapivá a je ve shodě s literaturou. Dva respondenti uvedli, že přicházejí mimo jiné k cílené opakované punkci ascitu. To je ve shodě se zkušenostmi z mého pracoviště, na které dochází celá řada pacientů s jaterní cirhózou právě jen k punkci ascitu, která jim přináší bezprostřední úlevu, a to i bez nutnosti hospitalizace. Mezi další aktuální zdravotní obtíže respondentů patřila jaterní encefalopatie, otoky dolních končetin, slabost a ikterus. I tyto příznaky jsou všemi prostudovanými autory uváděny jako nejčastější právě pro diagnózu jaterní cirhózy (Chrobák 2007, Steffen 2010).

Dále jsme se pacientů dotazovali, zda a jak byli informováni o charakteru a průběhu jejich onemocnění. Všichni respondenti odpověděli, že o charakteru a průběhu onemocnění je informoval lékař po stanovení diagnózy. Respondenti 3, 4, a 6 si byli vědomi, že jaterní cirhóza je onemocnění ireverzibilní, a že jeho úplné vyléčení není možné. O jaterní cirhóze jako o nevratném onemocnění hovoří i dostupné literární zdroje (Válek 2006). Zároveň si respondenti byli vědomi toho, že za předpokladu dodržování dietních a režimových opatření je možné, aby onemocnění neprogredovalo do těžších klinických stádií. To uvádí i většina autorů s tím, že velmi záleží na příčině jaterní cirhózy, kdy nejlepší prognózu mají pacienti s jaterní cirhózou ethylické etiologie, za předpokladů abstinence, dodržování diety a režimu (Ehrmann, 2006). To je ale v rozporu s mojí zkušeností, kdy většina pacientů u nás hospitalizovaných pro jaterní cirhózu se vrací k opakovaným rehospitalizacím pod obrazem zhoršení jaterní cirhózy. Na názor jsem se proto zeptala lékařů našeho oddělení, kteří uvedli, že údaje udávané literaturou jsou pravdivé, ochota pacientů, k dodržování režimových opatření a diety musí být ale téměř absolutní. To, že na našem lůžkovém oddělení vidíme většinou pouze pacienty s progredující jaterní cirhózou je dáno tím, že ti, kteří mají prognosticky příznivou etiologii cirhózy a dodržují režim a dietu, se k hospitalizaci nedostanou, a my se s nimi tedy nesečkáme. Odpovědi pacientů v této části výzkumu

často směřovaly k tématu alkoholu jako vyvolávající příčiny, přitom další podrobné informace o charakteru a průběhu nemoci, vyjma těch, uvedených výše v tomto odstavci, neznali. Jako vysvětlení se nabízí nedokonalá edukace pacientů ze strany lékařů, kteří se natolik soustředí na diskuzi o alkoholu jako vyvolávající příčině, že se již nedostane na další charakteristiku onemocnění.

Další okruh otázek mířil na znalosti komplikací jaterní cirhózy (podkategorie D: Znalosti o komplikacích jaterní cirhózy), které jsou hlavní příčinou mortality. Z odpovědí vyšlo najevo, že všichni pacienti byli o komplikacích jaterní cirhózy informováni svým lékařem. Tři respondenti si také byli výslovně vědomi, že na komplikace jaterní cirhózy mohou zemřít. Až na jednoho respondenta se všichni shodli na zvracení krve. Tato komplikace je jako velmi obávaná a závažná udávaná řadou autorů (Lata, 2005). Jeden z respondentů má již epizodu krvácení z jícnových varixů v anamnéze, byl s ní hospitalizován na jednotce intenzivní péče. Nutnost hospitalizace pacientů s krvácením z jícnových varixů vychází jak z mojí zkušenosti, tak z literatury (Kapounová, 2007). Čtyři pacienti dále uvedli jako obávanou komplikaci ascites. Ten se v odpovědích pacientů vyskytuje opakovaně. Důvodem je nejspíše výrazné snížení kvality života u pacientů s recidivujícím či dokonce refrakterním ascitem (Šafránková, 2006). Jeden z respondentů uvedl, že byl edukován o tom, že jaterní cirhóza může způsobit otok jater, kterého se obává. Otok jater však není komplikace známá ani z mojí zkušenosti ani z literatury. Od pacientů však o této „komplikaci“ slyšíme celkem často. Není tedy jasné, kdo pacienty v tomto ohledu informuje. Další odpovědí na komplikace byl třes rukou. Při analýze však již nebylo jasné, zda-li měl pacient na mysli flapping tremor při jaterní encefalopatii, komplikaci dobře známou z praxe i literatury (Chrobák, 2007), či prostý třes rukou v rámci celkového zhoršení zdravotního stavu.

Při dotazování pacientů na rozšiřování vědomostí o svém onemocnění (podkategorie E: Rozšiřování vědomostí) se ukázalo, že pět z šesti dotazovaných si další informace o svém onemocnění aktivně nevyhledává. Pacienti přitom ale mají k dispozici materiály, z kterých si lze informace doplnit, například knihy, nebo mají ve svém okolí příbuzné, kteří vyhledávají informace pro pacienty. Jak se ale ukazuje, ani

jeden ze dvou výše uvedených mechanismů nepřispívá ke zvýšení informovanosti pacientů, není-li přítomen i pacientův adekvátní zájem o svoji chorobu. To může být způsobeno jednak tím, že se pacienti bojí zjišťovat příliš mnoho detailů s tím, že se lépe žije v nevědomosti, nebo naopak tím, že nebyli dostatečně poučeni o závažnosti svého onemocnění a k dodatečnému zjišťování informací jim tak chybí motivace. Další variantou je, že dostatečně informováni byli, nebo mají alespoň takový pocit, a proto nemají potřebu se dále vzdělávat. Dva respondenti také uvedli, že alespoň částečně konzultují okolnosti svého onemocnění s dalším stejně nemocným pacientem. Z mojí zkušenosti vyplývá, že zájem o aktivní vyhledávání informací je ze strany pacientů malý, a že většina pacientů ocení kvalifikovaný pohovor se sestrou, která ho může edukovat nejen o dietě a režimu, ale také o podobě jednotlivých komplikací z pohledu ošetrovatelského personálu, což je zcela ve shodě s literaturou (Svěráková 2012).

Při dotazování na změnu životního stylu (podkategorie F: Změna životního stylu) bylo zřejmé, že právě změna životního stylu nejvíce ovlivnila kvalitu života pacientů. Respondent 5 uvedl, že se mu život zcela zhroutil po té, co se s ním kvůli vynucené změně způsobu života rozvedla manželka a nadále se nemůže stýkat ani se svými kamarády, kteří ho provokují k pití alkoholu, který stál na počátku jeho stonání. Toto sociální vykořenění je zcela ve shodě s odbornými prameny (Sandorová, 2006). Jako další podstatný aspekt změny životního stylu se jeví nutnost pravidelného užívání medikace. Negativně je některými respondenty vnímána nutnost relativního klidového režimu, který je však doporučen většinou autorů (Lukáš, 2009). Někteří respondenti však odpověděli, že svůj životní styl upravili jen velmi málo či vůbec. Není však jasné, zda-li je to dáno tím, že jejich životní styl již dříve odpovídal zásadám nutným u jaterní cirhózy, či spíše nízké ochotě k režimovým a dietním opatřením. I z mojí zkušenosti vyplývá, že většina pacientů opakovaně hospitalizovaných na našem oddělení nezměnila svůj životní styl, a ke změně životního stylu je dostatečně nemotivuje ani zhoršující se zdravotní stav, ani opakovaná edukace ze strany lékařského a sesterského personálu.

Při zjišťování, kdo byl zdrojem informací o nemoci a nutných opatřeních (podkategorie G: Zdroj informací) bylo zjištěno, že všem respondentům poskytl tyto

informace lékař. Čtyři z šesti respondentů dále uvedli, že se do informování zapojila i sestra. To je však v rozporu jednak s doporučeními, kdy edukace všech pacientů by měla proběhnout lékařem i sestrou v předem vymezených, někdy částečně se překrývajících oblastech (Svěráková, 2012). Na našem pracovišti je edukace pacientů s jaterní cirhózou sestrou standardem. Dle pacientů se sestry nejvíce věnovaly edukaci stran diety, popřípadě poskytly informační letáky. Jeden z respondentů uvedl, že ho sestra informovala o průběhu chystané punkce ascitu.

Další otázky se týkaly toho, jaké informace byly pacientům poskytnuty stran nutné změny režimu (podkategorie H: Informace o režimových opatřeních). Všichni dotazovaní uvedli, že byli informováni o potřebě změny dosavadního režimu. Pět z šesti respondentů uvedlo, že byli informováni o nutnosti změny stravovacích návyků. Je otázkou, jak je možné, že jeden respondent tuto informaci popírá. Bylo by varující, kdyby opravdu vůbec edukován nebyl. Je ale také možné, že si tuto informaci nepamatuje. I v tomto případě se však může jednat o selhání zdravotníka, protože vzhledem k důležitosti změny stravovacích návyků u pacientů s jaterní cirhózou je nutné, aby byla tato informace předána co nejsrozumitelněji a v nutných případech i opakovaně. Respondentka 6 uvedla, že se jí informace poskytnuté lékařem nezdály dostatečné, a tak hledala jiné zdroje. Jiný respondent naopak množství poskytnutých informací kvitoval. Ani v jedné odpovědi nezazněla zmínka o edukaci ze strany sestry. Je otázka, zda - li ji pacienti nepovažovali za důležitou, či zda - li vůbec neproběhla. To by dle našeho názoru bylo varující, ať už by tato skutečnost byla dána nezájmem sester, či pouhou nemožností edukace z jejich strany z důvodů například časových či prostorových, a bylo by to také v rozporu s všeobecnými doporučeními (Workman, 2006).

Na otázku týkající se míry srozumitelnosti podaných informací (podkategorie I: Srozumitelnost podaných informací) všichni respondenti uvedli, že jim byly informace sděleny srozumitelně. Při dalším dotazování však vyšlo najevo, že alespoň jeden respondent sice lékaři sdělil, že všemu rozumí, nerozuměl ale téměř ničemu. Respondent 5 také sdělil, že vždy, když leží v nemocnici, se ptá na informace sester. Dodal, že mu jedna sestřička nedávno donesla z domova spoustu materiálů o dietě

včetně receptů. To se jeví jako potenciálně problematické. Při studiu literárních pramenů navíc nelze nikde nalézt doporučení o edukování pacienta neoficiálními informačními materiály.

Při otázkách mířících na změnu stravovacích zvyklostí (podkategorie J: Změna dietního režimu) čtyři z šesti respondentů uvedli, že se snaží dodržovat dietní opatření. Dodržování dietních opatření je přitom ve shodě s literárními zdroji jedním z klíčových aspektů úspěšné léčby jaterní cirhózy (Špičák, 2008). Dva z respondentů potvrdili nedodržování diety. Jeden z nich sdělil, že žádná omezení ze strany lékařů nepadla, druhý si je omezení vědom, ale není schopen si své oblíbené pokrmy odpustit, a k dietě nepřistoupil skoro vůbec. To je v přímém, rozporu s doporučeními a dle literárních pramenů vede takový přístup ke zhoršování projevů jaterní cirhózy (Ehrmann, 2010). Důvodem může být špatná či nedostatečná edukace, z naší zkušenosti však spíše vyplývá naprostá neschopnost některých pacientů podřídit se dietě, a to i přes edukaci opakovanou, či dokonce soustavnou. Většina respondentů se vyjádřila, že ve svém jídelníčku omezila příjem soli. Při studiu literatury přitom omezení příjmu soli vychází jako jednoznačně doporučené (Vránová, 2013). Polovina respondentů také uvedla, že významně zvýšili přísun ovoce a zeleniny.

Při zkoumání změny přístupu k alkoholu (podkategorie K: Vztah k alkoholickým nápojům) se všichni dotazovaní shodli, že svůj přístup k alkoholu změnili ve smyslu omezení konzumace. Čtyři dotazovaní od diagnostikování jaterní cirhózy alkohol nepijí vůbec, což je zcela ve shodě s odbornými doporučeními (Lukáš, 2007). Zároveň však tyto pacienti patřili do skupiny takzvaných svátečních konzumentů, změna pro ně tedy nebyla natolik citelná. U jednoho z respondentů jsme zaznamenali praktické nepochopení toho, co znamená omezení příjmu alkoholu u jaterní cirhózy, neboť tento pacient sice omezil či úplně vyloučil tvrdý alkohol, pokračuje nicméně nadále v nadměrné konzumaci piva. Tento respondent patřil již před diagnózou

do kategorie osob závislých na alkoholu, u kterých je navození abstinence velmi obtížné jak dle našich zkušeností, tak dle literatury (Sandorová, 2006).

Stran omezení fyzicky náročných aktivit (podkategorie L: Fyzicky náročné aktivity) většina respondentů vypověděla, že žádnou fyzicky náročnou práci

nevykonávají, protože ji fyzicky z důvodu své nemoci nezvládají. Podíváme-li se do literatury, shledáme, že únava je skutečně jedním z nejčastěji popisovaných příznaků jaterní cirhózy (Hehlmann, 2010). Jeden z respondentů uvádí jako důvod omezení fyzických aktivit ascites, pro který nemůže nic dělat. Respondentka 6 uvedla, omezení fyzické aktivity, zejména cvičení ve fitcentru, raději předem, ještě než se pocit patologické únavy dostavil. Tento přístup je jednoznačně doporučován nejen literaturou (Ehrmann, 2010), ale také všemi informačními materiály, které pacientům poskytujeme.

Při zjišťování, chodí-li pacienti na pravidelné dispenzární kontroly k lékaři (podkategorie M: Dodržování termínů kontrol) vyšlo najevo, že drtivá většina respondentů na kontroly chodí zcela pravidelně, pouze jeden responden občas zapomene či kontrolu nestihne. Vzhledem k absenci informací v dostupné literatuře o dodržování termínů kontrol jsem se na tuto problematiku otázala lékařů na našem pracovišti. Všemi bylo ve shodě konstatováno vysoké dodržování stanovených kontrol ze strany pacientů s jaterní cirhózou, ať už pro jejich přirozeně vysokou ochotu k léčbě, nebo proto, že potřebují předepsat léky, či potřebují absolvovat například odlehčovací punkci ascitu. Četnost kontrol kolísá a odvíjí se zejména od aktuálního stavu pacienta a míry stabilizace jeho nemoci. Pohybuje se v rozmezí od čtyř týdnů do šesti měsíců, což je v souladu s všeobecnými doporučeními (Špičák, 2008).

6 Závěr

Tato bakalářská práce byla věnována tématu informovanosti pacientů s jaterní cirhózou. Jaterní cirhóza je onemocnění, při kterém dochází k přestavbě jaterní tkáně. Jaterní cirhóza zkracuje pacientům život v průměru o deset let a její závažné komplikace mohou skončit i smrtí pacienta. Nejčastější příčinou této nemoci je abúzus alkoholu a virová hepatitida typu C.

Prvním cílem bylo zjistit znalosti pacientů s jaterní cirhózou o jejich onemocnění, a druhým cílem bylo zjistit dodržování režimových opatření těmito pacienty. Byly stanoveny čtyři výzkumné otázky, na které bylo ve výzkumném šetření zodpovězeno. První výzkumná otázka mapovala vědomosti pacientů s jaterní cirhózou o své nemoci. Druhá výzkumná otázka zjišťovala, kde tito pacienti získávají informace o jejich onemocnění. Třetí výzkumná otázka se zaměřila na to, jak jsou pacienti s jaterní cirhózou informováni o režimových opatřeních, a poslední výzkumnou otázkou jsme se snažili zjistit, jaká režimová opatření dodržují.

Podle odpovědí dotázaných, mají z větší části vědomosti o svém onemocnění a vědí, jaké příznaky patří k jejich chorobě, i to, jaké komplikace mohou vzniknout. Jediný nedostatek mají v informovanosti o průběhu a charakteru onemocnění. Informace o svém onemocnění získali všichni dotázaní od lékaře, který jim diagnostikoval jaterní cirhózu. Pět ze šesti dotázaných si další informace o svém onemocnění nezískává, i když by materiály k dispozici měli. Pouze jedna dotázaná se sama dále informuje z odborné literatury a internetu. Dva respondenti také konzultují své problémy se stejně nemocnými. Informace o režimových opatřeních získali pacienti jak od lékaře, tak i od sestry. Sestry je informovaly převážně v oblasti dietních opatření. Některým z dotázaných byly poskytnuty i informační letáky. Režimová opatření dotázaní ve většině případů dodržují. Snaží se dodržovat relativní klidový režim, mění své stravovací návyky, omezují alkoholické nápoje a někteří přísně abstinují. Na pravidelné kontroly k lékaři se dostavují. Pouze jeden respondent téměř žádné režimové opatření nedodržuje.

Výsledkem tohoto šetření bylo sestavení informačního letáku (Příloha 6) pro pacienty s jaterní cirhózou. Tento leták by měl sloužit jako stručný a přehledný

informační materiál, kde jsou uvedeny základní informace o nemoci a jaká režimová opatření by měli nemocní dodržovat. Mohl by také posloužit k usnadnění práce sestry, která tyto pacienty edukuje.

7 Seznam použitých zdrojů

DOBIÁŠ, Viliam. *Klinická propedeutika v urgentnej medicíne*. 1. vydanie. Bratislava: Grada, 2013. ISBN 978-80-8090-004-5.

EHRMANN, Jiří. *Alkohol a játra*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1048-X.

EHRMANN, Jiří a Petr HŮLEK. *Hepatologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3118-6.

Google.cz [online]. 2011 [cit. 10-04-2014]. Dostupný na WWW: https://www.google.cz/search?hl=cs&site=imghp&tbm=isch&source=hp&biw=1301&bih=583&q=transjugular+intrahepatic+portosystemic+shunt&oq=transju&gs_l=img.1.0.0i19I9.693.1966.0.5682.7.7.0.0.0.0.139.760.2j5.7.0....0...1ac.1.42.img..0.7.736.ZeGbY-OWn6A#hl=cs&q=transjugul%C3%A1rn%C3%AD+intrahepat%C3%A1ln%C3%AD+portosyst%C3%A9mov%C3%A1+spojka&tbm=isch

HEHLMANN, Annemarie. *Hlavní symptomy v medicíně: Praktická příručka pro lékaře a studenty*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2612-0.

CHROBÁK, Ladislav. a kol. *Propedeutika vnitřního lékařství: Nové, zcela přepracované vydání doplněné testy*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1309-0.

JABOR, Antonín. a kol. *Vnitřní prostředí*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1221-5.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2548-2.

- KOMÍNKOVÁ, Alena. *Doporučené postupy k odběrům – prevence preanalytické variability*. [online]. 2014. [cit. 2014-01-16]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/doporucene-postupy-k-odberum-krve-prevence-preanalyticke-variability/>
- LATA, Jan a Tomáš VAŇÁSEK. a kol. *Kritické stavy v hepatologii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0404-8.
- LIPSKÁ, Ludmila a Vladimír VISOKAI. a kol. *Recidiva kolorektálního karcinomu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3026-4.
- LUKÁŠ, Karel. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0.
- LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. a kol. *Gasroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1787-6.
- LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. a kol. *Chorobné znaky a příznaky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2764-6.
- MAREK, Josef. a kol. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2639-7.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka. a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II: aktualizované a doplněné vydání*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1443-4.
- SANDOROVÁ, Radka. Droga jménem alkohol. *Kontakt*. 2006, č. 2, s. 361. ISSN 1212-4117.
- SILBERNAGL, Stefan a Florian LANG. *Atlas patofyziologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3555-9.
- STEFFEN, Hans. *Diferenciální diagnostika ve vnitřním lékařství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2780-6.
- SVAČINA, Štěpán. a kol. *Klinická dietologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.
- SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry*. 1. vydání. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1148-6.

- ŠAMÁNKOVÁ, Marie. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠPIČÁK, Julius. a kol. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978- 80-247-1783-8.
- TOPINKOVÁ, Eva. *Obrazový atlas chorobných stavů: Diferenciální diagnostika*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1670-4.
- TROJAN, Stanislav. a kol. *Lékařská fyziologie*. 4. vydání. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0512-5.
- VALENTA, Jiří. *Základy chirurgie*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-403-4.
- VÁLEK, Vlastimil a Zdeněk KALA. a kol. *Maligní ložiskové procesy jater: diagnostika a léčba včetně minimálně invazivních metod*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0961-9.
- VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. 1. vydání. Olomouc: Anag, 2013. ISBN 978-80-7263-788-1.
- WORKMAN, Barbara a Clare L. BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1714-X.
- ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2844-5.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 Childova- Pughova klasifikace

Příloha 2 TIPS

Příloha 3 Otázky k rozhovoru s pacienty

Příloha 4 Žádost o povolení výzkumu

Příloha 5 Přepisy rozhovorů

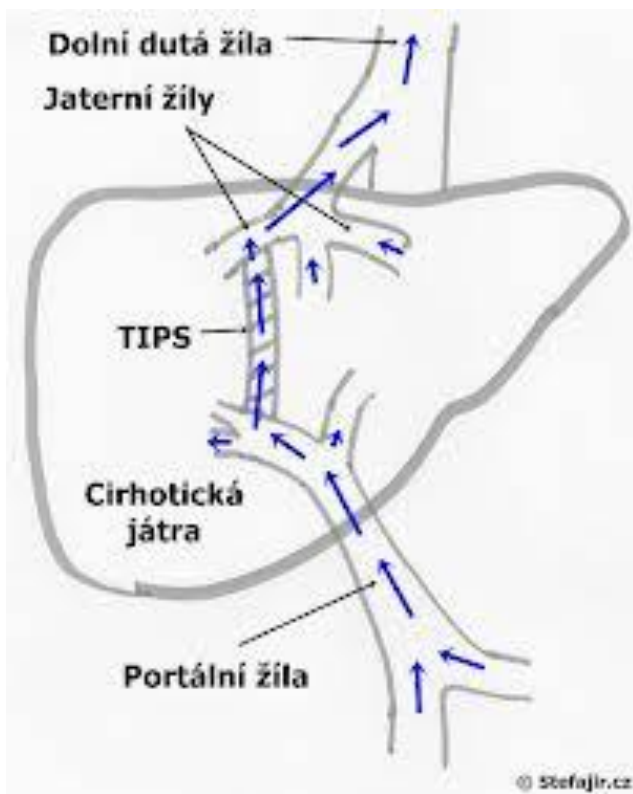
Příloha 6 Informační leták pro pacienty s jaterní cirhózou

Příloha 1 Childova-Pughova klasifikace

Ukazatel	BODY		
	1	2	3
Bilirubin v séru ($\mu\text{mol/l}$)	Pod 34	34-51	Nad 51
Albumin v séru(g/l)	Pod 35	30-35	Pod 30
INR	Pod 1,7	1,7-2,3	Nad 2,3
Ascites	Nepřítomen	Lze snadno ovlivnit	Obtížně ovlivnitelný
Jaterní encefalopatie	Nepřítomna	Minimální	Pokročilá

Zdroj: (Jabor, 2008)

Příloha 2 Transjugulární intrahepatální portosystémová spojka TIPS



Příloha 3 Otázky k rozhovorům s pacienty

1. Kdy Vám byla diagnostikována jaterní cirhóza?
2. Jaké prvotní příznaky Vás přivedli k lékaři?
3. Jaké obtíže máte nyní?
4. Sdělil Vám lékař, jaké mohou být komplikace Vašeho onemocnění?
5. Informoval Vás lékař o charakteru Vašeho onemocnění a jeho průběhu?
6. Zjišťujete si také sám informace o jaterní cirhóze?
7. Konzultujete své problémy s ostatními, stejně nemocnými pacienty?
8. Musel jste po diagnostikování Vaší nemoci změnit nějakým způsobem životní styl?
9. Byl jste informován o potřebě upravit Váš dosavadní životní režim?
10. Kdo Vám tyto informace poskytl?
11. Byly pro vás informace o režimových opatřeních srozumitelné, a mohl jste se zeptat zdravotnického personálu na případné dotazy?
12. Podřizujete nějak svou stravu Vaší nemoci?
13. Změnil se po diagnostice Vaší nemoci vztah k alkoholickým nápojům?
14. Omezil jste fyzicky náročné aktivity?
15. Chodíte pravidelně k lékaři na kontroly?
16. Ovlivnilo Vaše onemocnění ještě nějak Váš život?

Příloha 4 Žádost o povolení výzkumu

Nemocnice České Budějovice a.s.

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Mgr. Kyselová Monika, MBA

Mlezivová Petra

Krčínova 26,

České Budějovice, 37011

Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření v Nemocnici České Budějovice a.s. zaměřeného na informovanost pacientů s jaterní cirhózou

Vážená paní magistro,

jsem studentkou 3. ročníku JCU-ZSF oboru všeobecná sestra – kombinované formy studia a zároveň zaměstnancem této nemocnice. Pracuji na gastroenterologickém oddělení jako zdravotní sestra. Obracím se na Vás s žádostí o povolení výzkumného šetření v Nemocnici České Budějovice a.s. jako podkladu pro mou bakalářskou práci s názvem „Informovanost pacientů s jaterní cirhózou“. Výzkumné šetření by probíhalo formou rozhovorů s písemným záznamem.

Za kladné vyřízení děkuji

S pozdravem

Petra Mlezivová

Mlezivová

V Českých Budějovicích dne *14.1.2019*

SOUHRNĚ

Mgr. Monika Kyselová
Mgr. Monika Kyselová, MBA

Nemocnice České Budějovice, a.s.

IČ 260 68 877

21

Zdroj: vlastní

Příloha 5 Přepisy rozhovorů

Rozhovor s pacientem 1 probíhal sedmý den pacientovi hospitalizace v nemocnici, kdy už se cítil bez potíží. Pacient byl 72 letý muž, důchodce, žijící s manželkou v rodinném domě. Pacient byl velice ochotný k rozhovoru, který probíhal na vyšetřovně v soukromí.

„Kdy Vám byla diagnostikována jaterní cirhóza?“

„Nedávno, teprve loni v listopadu, a to náhodou, když jsem byl na interní ambulanci, na kterou mě odvezla moje dcera. Tam mi udělali ultrazvuk a řekli mi, že mám nemocná játra.“

„Jaké prvotní příznaky Vás přivedli k lékaři?“

„Hrozně mi otékaly nohy, a celkově jsem byl slabý.“

„Jaké obtíže máte nyní?“

„Začal jsem být nějaký zmatený, nevěděl jsem, kde přesně jsem a kolik je hodin, a tak mě manželka s dcerou odvezli do nemocnice.“ *„A myslíte si, že víte, čím tato zmatenost byla způsobena?“* „Hodně jsem pracoval“, odpovídá pacient.

„Sdělil Vám lékař, jaké mohou být komplikace Vašeho onemocnění?“

„Ano, říkal mi o zvětšených žilách v jícnu, které mohou prasknout a můžu z nich i vykrvácet. Byl jsem před třemi dny na vyšetření tou hadicí a tyhle žíly tam mám.“

„A říkal Vám lékař ještě o nějakých komplikacích?“ No, a ty otoky k tomu taky můžou být.“

„Informoval Vás lékař o charakteru Vašeho onemocnění a jeho průběhu?“

„Informoval, ale já sebou měl dceru, tak jsem spíš nechal poslouchat jí, ta je mladá a víc tomu všemu rozumí.“ *„A pamatujete si něco z toho, co Vám lékař sdělil?“* „Vím, že ty játra jsou hodně poškozená, a že musím dodržovat léčbu a pravidelně brát léky. Pokud bych to všechno porušoval, tak je to hodně závažné onemocnění a můžu na to i umřít, ale já se snažím všechno přísně dodržovat.“

„Zjišťujete si také sám informace o jaterní cirhóze?“

„Já sám úplně ne, ale dcera se se mnou koukala na internet. Hlavně jsme tam hledali dietu, kterou mám dodržovat. Jinak jsem se nikde více neinformoval.“

„Konzultujete své problémy s ostatními, stejně nemocnými pacienty?“

„Ne nekonzultuji.“

„Musel jste po diagnostikování Vaší nemoci změnit nějakým způsobem životní styl?“

„Ano, držím tvrdou dietu. A taky mi pan doktor řekl, že bych se měl šetřit a moc se nenamáhat. Jsem už dlouho v důchodu, tak už toho moc nedělám, ale teď jsem hodně pracoval kolem baráku, a proto jsem pak musel do nemocnice. Tím jsem se poučil a budu se teď opravdu hodně šetřit.“

„Byl jste informován o potřebě upravit Váš dosavadní životní režim?“

„Ano, pan doktor mi vše vysvětlil. Když mi tohle onemocnění zjistili, tak se mi poprvé opravdu hodně věnoval. Myslím, že tak půl hodiny určitě mi všechno vysvětloval. Hlavně v tom jídle jsem se hodně omezil. Například papriku vůbec nejím.“

„Kdo Vám tyto informace poskytl?“

„Pan doktor, tady v nemocnici. Když mi to řekli na té interně, tak mě potom hned poslali sem na gastro k dalšímu dovyšetření. A tady pan doktor byl moc hodný a strávil se mnou dost času. Všechno mi vysvětlil a hlavně dceři, která tam byla se mnou.“

„Byly pro Vás informace o režimových opatřeních srozumitelné, a mohl jste se zeptat zdravotnického personálu na případné dotazy?“

„Kýval jsem hlavou, ale moc jsem tomu, co říká, nerozuměl. Ale byla tam se mnou ta dcera. Sám jsem se na žádné doplňující informace nevyptával.“

„Podřizujete nějak svou stravu vaší nemoci?“

„Ano, velice přísně. Jím 5x denně a menší porce. Dcera mi našla jaterní dietu na internetu a manželka mi podle toho vaří.“ „Můžete mi říct, co máte doma například k obědu?“ „Jo, manželka mi vaří třeba těstoviny se šunkou, nebo omáčky a dušené maso. Hodně jím ke všemu zeleninu a ovoce.“

„Změnil se po diagnostice Vaší nemoci vztah k alkoholickým nápojům?“

„No ano, vůbec žádný alkohol nepiju, ani malé pivo k obědu. Dřív jsem si dal pivo s kamarády, ale teď když mi to pan doktor zakázal tak to přísně dodržuji. „

„Omezil jste fyzicky náročné aktivity?“

„Já už jsem v důchodu. Snažím se šetřit, chodím na procházky. Ale teď jsem to přehnal, dělal jsem na zahradě dříví a uklízel kůlnu, a kvůli tomu jsem se dostal do nemocnice. Už vím, že šetřit se, je opravdu důležité.“

„Chodíte pravidelně k lékaři na kontroly?“

„Ano, od toho listopadu si mě zvou každý měsíc sem do nemocnice na kontrolu.“

„Ovlivnilo Vaše onemocnění ještě nějak Váš život?“

„Hlavně dodržování té diety, a občas mám strach, co by se mohlo stát, kdybych se zase náhodou i třeba nechtěně přepracoval. Ale teď už si na to budu dávat velký pozor. Doma je líp než tady v nemocnici.“

Rozhovor s pacientem 2 probíhal na pokoji. Soukromí bylo zajištěno, ležel na pokoji sám. Pacient byl 70 ti letý muž, vdovec. Nyní je v důchodu, žije sám v panelovém domě. Dříve pracoval jako řidič z povolání.

„Kdy Vám byla diagnostikována jaterní cirhóza?“

„Že mám cirhózu, na to mi přišli před 7 měsíci.“

„Jaké prvotní příznaky Vás přivedli k lékaři?“

„Víte, mě vůbec nic nebolí, ale měl jsem kašel. S tím jsem šel k obvodnímu lékaři. A tomu se asi něco nezdálo a poslal mě na CT. A na tom CT našli, že mám i vodu v břiše. A potom to začalo. Poslali mě do nemocnice, kde mi nabírali krev, dělali ultrazvuk a všechno možný. A ta voda se začala dělat pořád a pořád.“

„Jaké obtíže máte nyní?“

„Právě tu vodu v břiše. Víte každých tak pět až šest dní mi jí musí vypouštět, protože mám to břicho obrovský a špatně se mi dýchá a nemůžu nic pořádně dělat. Kvůli tomu ležím i v nemocnici.,,

„Sdělil Vám lékař, jaké mohou být komplikace Vašeho onemocnění?“

„Ano, pan doktor říkal, že to způsobuje oslabení imunitního systému, že se člověk cítí slabší, třesou se mu ruce a to já zrovna mám. Nemůžu se ani pořádně najíst lžící, jak se mi ty ruce třesou. No a pak taky ta voda v břiše. Mám taky jednu ledvinu špatnou a na ty to prý taky může mít vliv.“

„Informoval Vás lékař o charakteru Vašeho onemocnění a jeho průběhu?“

„Ano, všechno mi pan doktor moc dobře vysvětlil. Víte, objednal mě do IKEMU na takovou spojku v těch játrech, aby se mi už konečně přestala dělat ta voda v tom břiše. Akorát musím počkat, než budou mít volný místo, ale doufám, že po té spojnici už to bude všechno dobré.“ *„Řikal Vám lékař, čím je vaše onemocnění způsobené?“*

„Vysvětloval mi různé příčiny, ale v mém případě neví a nejsou si jisti, co to u mě způsobilo.“

„Zjišťujete si také sám informace o jaterní cirhóze?“

„Ne, myslím si, že jsem dostal dostatek informací od pana doktora.“

„Konzultujete své problémy s ostatními, stejně nemocnými pacienty?“

„Ne to ne.“

„Musel jste po diagnostikování Vaší nemoci změnit nějakým způsobem životní styl?“

„Moc jsem toho měnit nemusel. Já celý život nikdy alkohol nepil. Byl jsem úplný abstinent. Jinak jsem trochu změnil jídlo, ale jinak nic.“

„Byl jste informován o potřebě upravit Váš dosavadní životní režim?“

„Ano byl. Alkohol mi zakazovat nemusel, protože jsem ho nikdy ani nepil. A dietu dodržuji teď neslanou, kvůli té vodě v břiše, aby ta sůl tu vodu nezadržovala. Mám mít i klidný režim, ale já stejně nic neudělám s tím břichem.“

„Kdo Vám tyto informace poskytl?“

„Pan doktor, všechno mi poctivě vysvětlil.“ *„Sdělovala Vám nějaké informace i sestra?“* „Ano sestřička mi říkala příklady diet, a co se dělá při tom, když mi budou vypouštět břicho.“

„Byly pro Vás informace o režimových opatřeních srozumitelné, a mohl jste se zeptat zdravotnického personálu na případné dotazy?“

„Ano, polopateř mi to všechno vysvětlili, že jsem se ani na nic vyptávat nemusel. Jsou tady všichni moc hodní.“

„Podřizujete nějak svou stravu Vaší nemoci?“

„Žádné extra omezení nepadlo, můžu skoro všechno, omáčky, hovězí. Akorát moc nesolím, protože sůl tomu všemu hrozně škodí.“ *„A co třeba vepřové maso, nebo uzeniny?“* „To nejím, to bych taky neměl.“

„Změnil se po diagnostice Vaší nemoci vztah k alkoholickým nápojům?“

„Ne vůbec ne. Jak jsem byl celý život řidič tak jsem si ani nemohl dovolit pít a ani mi to nikdy nezachutnalo. Za celý život jsem nevypil snad ani jedno pivo dohromady.“

„Omezil jste fyzicky náročné aktivity?“

„Víte, já ani nic fyzicky náročného nedělám, protože s tím břichem ani nemůžu. Jsem rád, že ujdu pár metrů a potom se hned zadýchám a jsem vyčerpaný.“

„Chodíte pravidelně k lékaři na kontroly?“

„Jo to si mě zvou tak každé tři až čtyři týdny vždycky do nemocnice na kontrolu, poslechnou mě, udělají mi ultrazvuk. No, a když už mám to břicho tak veliké, že já sám nemůžu vydržet, tak přijedu a oni mi to všechno vypustí a je mi hned zase líp.“

„Ovlivnilo Vaše onemocnění ještě nějak váš život?“

„Nemůžu dělat běžné činnosti. Jsme zesláblý. Dříve jsem se staral o jeden areál, kde jsem sekal trávu, ale to teď bohužel taky nemůžu. Už nemám tu sílu, co jsem míval. Teď už jenom doufám, že ta spojka v těch játrech mi pomůže a budu moci dělat alespoň běžné činnosti.“

Rozhovor s pacientem 3 probíhal na pokoji v době, kdy ostatní spolupacienti byli venku s návštěvami. Pacient byl hospitalizován druhý den. Rozhovor jsem vedla s mužem, 53 let, rozvedeným. Pracoval jako skladník, ale toho času byl přihlášen na úřadu práce. Pacient na rozhovor kývl, ale jeho odpovědi byly velmi stručné.

„Kdy Vám byla diagnostikována jaterní cirhóza?“

„Jaterní cirhóza mi byla zjištěna asi tak před 5 lety.“

„Jaké prvotní příznaky Vás přivedli k lékaři?“

„Byl jsem dost často unavený a měl jsem stále častěji průjem, tak jsem šel k obvod'ačce a ta mi nabrala krev a poslala mě na ultrazvuk. Ale už si to moc nepamatuju je to dlouho.“

„Jaké obtíže máte nyní?“

„No občas mi otékají kotníky a břicho. Když dělám nějakou náročnější práci, třeba když doma řežu dřevo, tak jsem dřív unaven. Ale hlavně to břicho.“

„Sděлил Vám lékař, jaké mohou být komplikace Vašeho onemocnění?“

„Ano sdělil mi to, všechny si je nepamatuju. No to břicho a potom říkal ještě něco o zvracení krve, že to je prej hodně vážný.“ „*Myslíte si, že se u Vás nějaká komplikace vyskytla?*“ „*Zatím ne, až na to oteklý břicho.*“

„Informoval Vás lékař o charakteru Vašeho onemocnění a jeho průběhu?“

„Jo myslím, že mi to všechno vysvětloval, říkal, že je to nenávratnej stav, ale že když budu brát prášky tak, že se to jako zastaví.“ Řekl Vám, *i jaké mohou být příčiny vašeho onemocnění?*“ „*Říkal něco s pitím, a tak.*“

„Zjišťujete si také sám informace o jaterní cirhóze?“

„Ne na nic jsem se nikde nedíval.“

„Konzultujete své problémy s ostatními, stejně nemocnými pacienty?“

„Ne nezajímají mě jiný lidi.“

„Musel jste po diagnostikování Vaší nemoci změnit nějakým způsobem životní styl?“

„Možná se dá říct, že víc odpočívám, ale teď stejně když nemám práci tak nic moc nedělám.“ „*V ničem jiném jste se nijak neomezil.*“ „*Ani ne.*“

„Byl jste informován o potřebě upravit Váš dosavadní životní režim?“

„Jo tady v nemocnici mi doktor něco řekl a u obvodáka jsem dostal nějakou brožuru o jídle, co smím a co nesmím jíst.“

„Kdo Vám tyto informace poskytl?“

„Doktor mi to všechno vysvětlil a sestra mi pak dala ty papíry.“

„Byly pro vás informace o režimových opatřeních srozumitelné, a mohl jste se zeptat zdravotnického personálu na případné dotazy?“

„Jo myslím, že jsem tomu rozuměl. Zeptal jsem se na to, jakou práci můžu dělat, nebo jestli dostanu na to invalidní důchod.“

„Podřizujete nějak svou stravu Vaší nemoci?“

„Snažím se jíst míň mastný a smažený, a občas si koupím nějakou zeleninu, abych jedl něco zdravého.“ „*Smím se zeptat například na nějaká jídla, která doma jíte?*“ „*Doma si uvařím nějaké těstoviny nebo rýži, a třeba na rajskou nebo i jiný omáčky si zajdu do hospody.*“

„Změnil se po diagnostice Vaší nemoci vztah k alkoholickým nápojům?“

„Určitě jsem pití omezil. Tvrdej už skoro vůbec nepiju, ale večer tři pivka si dám, vždyť co bych z toho života měl, kdybych si ani u televize večer nemohl dát pivo.“ „*A když máte oslavu třeba s kamarády nebo rodinou?*“ „Tak to si na oslavu dám, to přece pije každě.“

„Omezil jste fyzicky náročné aktivity?“

„Všechno mi trvá dýl, protože se brzo unavím, tak práci, kterou mám kolem chaty si rozděljuju na víc dní.“ „*A o co se na chatě staráte?*“ „Musím nařezat dříví, posekat trávu a prostě veškerou práci kolem.“

„Chodíte pravidelně k lékaři na kontroly?“

„Snažím se chodit pravidelně, ale někdy to člověk nestihne nebo třeba zapomene.“

„Ovlivnilo Vaše onemocnění ještě nějak váš život?“

„Pracoval jsem jako skladník v jedné firmě, ale to už jsem nezvládal, kvůli té únavě, tak jsem musel toto místo opustit a teď zrovna nemám práci a hledám si něco, co bych zvládl. Jinak asi nic moc.“

Pacient 4 byl k rozhovoru velice ochotný. Rozhovor jsme vedli v místnosti, kde jsme byli sami. Jednalo se o muže, 65let, vdovce. Bydlí sám v rodinném domě. Pacient byl hospitalizován třetí den.

„Kdy Vám byla diagnostikována jaterní cirhóza?“

„Asi tak před rokem a půl.“

„Jaké prvotní příznaky Vás přivedli k lékaři?“

„Bylo mi pořád špatně a nemohl jsem nic sníst, dost jsem zhubnul. Báł jsem se, že mám třeba rakovinu, protože mě vystrašila moje dcera, která mi řekla, že jsem hodně sešel a že má o mě strach. Ta mě taky odvezla k lékaři, protože už jsem byl hodně slabý a nedokázal jsem si doma nic udělat.“

„*Jaké obtíže máte nyní?*“

„Pořád mě trápí slabost a nechut' jak k jídlu, tak ke všemu ostatnímu. A teď mám i vodu v břiše, to mě pak ale už vždycky musí dcera odvézt do špitálu, kde mi tu vodu vyndaj. Kvůli tomu jsem tady taky skončil.“

„*Sdělil Vám lékař, jaké mohou být komplikace Vašeho onemocnění?*“

„Prý můžu vykrvácet anebo taky umřít.“ „*Vyskytli se u Vás nějaké komplikace?*“ „Díky bohu z ničeho nekrvácím, ale mám zase tu vodu v břiše a zhubl jsem 7 kilo.“

„*Informoval Vás lékař o charakteru Vašeho onemocnění a jeho průběhu?*“

„Doktor se mě spíš vždycky při kontrole ptá, jestli nepiju, jestli beru poctivě prášky. Když ležím ve špitále, většinou hodně s doktorama mluví dcera.“ „*A když se na Vaše onemocnění přišlo, mluvil s vámi lékař?*“ „Už si to moc nepamatuji, ale vím, že se mi věnoval. Říkal, něco jako že ty játra ztvrdli a už se to nikdy nedá vrátit zpátky.“

„*Zjišťujete si také sám informace o jaterní cirhóze?*“

„Ne, mám doma akorát knížku o dietě, a co si mám vařit.“

„*Konzultujete své problémy s ostatními, stejně nemocnými pacienty?*“

„Mám kamaráda se stejnou nemocí, tak se o tom občas bavíme. A jednou když jsem byl ve špitále, tak vedle mě ležel chlap taky s tím samým, tak jsme si párkrát popovídali.“

„*Musel jste po diagnostikování Vaší nemoci změnit nějakým způsobem životní styl?*“

„Musím dodržovat klid, nesmím se přemáhat. Před 5 lety mi umřela manželka, tak jsem na všechno zůstal sám. Bydlím v baráčku, mám zahrádku a dřív jsem se rád o tu zahrádku staral, ale teď mi to doktor zakázal, že nemůžu dělat žádné práce na zahradě, že je to hodně namáhavý a mohl bych prý skončit špatně.“

„*Byl jste informován o potřebě upravit Váš dosavadní životní režim?*“

„Mám zákaz pít alkohol, prý ani kapku nesmím a musím držet dietu. Mám o tom doma kuchařku a dcera když může, tak mě často vaří dietní jídla. Nesmím tučný, pikantní a ani moc solit. Prej můžu jen to, co by sneslo i batole. Já stejně nemám na nic chuť, takže to není tak hrozný.“

„*Kdo Vám tyto informace poskytl?*“

„Doktor semnou řešil hlavně ten alkohol a sestra mě pak poradila, co si mám kupovat a vařit, a dala mě nějaký letáky o dietě.“

„Byly pro Vás informace o režimových opatřeních srozumitelné, a mohl jste se zeptat zdravotnického personálu na případné dotazy?“

„Myslím, že doktor i sestra se snažili, abych všechno pochopil a já se dál na nic neptal.“

„Podřizujete nějak svou stravu Vaší nemoci?“

„Snažím se moc nesolit a nejíst smažený, ale občas výjimku udělám, když se jdu třeba najíst do hospody a mám na něco hroznou chuť tak si zahřeším. Ale většinou se dietu snažím dodržovat.“ „Jaká jídla například doma jíte?“ „Hodně zeleninu, ovoce, maso spíš kuřecí, nebo králíka. Vůbec třeba nejím uzené, klobásy a tak.“

„Změnil se po diagnostice Vaší nemoci vztah k alkoholickým nápojům?“

„Změnil se tak, že vím, že ho nesmím, jinak prý můžu i po malinkým množství umřít. Takže vůbec nepiju. Ale ani dřív jsem moc nepil, třeba jen když se něco slavilo nebo se šlo s kamarády do hospody. To je ale normální, takhle pije každý.“

„Omezil jste fyzicky náročné aktivity?“

„Jo, tu zahrádku jsem oželel a i mě ta nemoc hodně brzdí v domácnosti, nemůžu si připravit dřevo, uhlí na zimu, prostě nic. V baráku je hodně práce, kterou už nejsem schopný zvládnout, ještě že mám děti, které mi s tím pomohou.“

„Chodíte pravidelně k lékaři na kontroly?“

„Ano to chodím poctivě. Většinou tak jednou za měsíc a půl. Vždycky když jsem u pana doktora tak mi sestřička rovnou dá další termín, kdy se mám dostavit.“

„Ovlivnilo Vaše onemocnění ještě nějak váš život?“

„Je to hrozný, štve mě, že nic nemůžu, nic mě nebaví a nechutná, že jsem celý neschopnej a bez dcery a její rodiny bych byl vyřízenej. Člověk byl celý život zdravej a najednou je hodně věcí, který dělat nemůže a když by chtěl.“

Rozhovor s pacientem 5 probíhal dvanáctý den jeho hospitalizace. Jednalo se o muže, 48 let, dříve pracujícího jako zedník, nyní v invalidním důchodu. Pacient byl velmi upřímný a vůči tomuto tématu velmi otevřený a o svém soukromí sděloval informace bez zábran.

„Kdy Vám byla diagnostikována jaterní cirhóza?“

„Asi tak před 4 lety.“

„Jaké prvotní příznaky Vás přivedli k lékaři?“

„Byl jsem žlutej, měl jsem žlutý i oči, tak jsem šel ke svému obvodákovi, který mě poslal do nemocnice na různé vyšetření, a tam si mě nechali a zjistili mi tuhle tu nemoc. Popravdě já jsem na svoje zdraví nikdy moc přehnaně nedbal.“

„Jaké obtíže máte nyní?“

„Chce se mi pořád zvracet a právě mi přišlo, že jsem zase zežloutnul, a tak si mě tu zase nechali. Je mi strašně slabo a buší mi srdce. A je mi tak špatně, že jsem doma už ani nepil a teď jsem tady na kapačkách. Ještě mě k tomu všemu bolí břicho a hlava.“

„Sdělil Vám lékař, jaké mohou být komplikace Vašeho onemocnění?“

„Ano sdělil, ale docela mě vystrašil, protože mi řekl, že můžu umřít a to jsem nečekal. A právě mi není jasný, jestli můžu umřít, když nebudu dodržovat jako dietu a nechlastat nebo jestli umřu tak i tak. „A jaké komplikace u Vás mohou vzniknout?“ „Můžu zvracet krev, to už se mi taky jednou stalo a ležel jsem tady 3 týdny na jipce.“

„Informoval Vás lékař o charakteru Vašeho onemocnění a jeho průběhu?“

„No řekl mi, že to mám z toho, že chlastám, ale já teda mám pocit že jsem zas tolik nepil, jenom s kamarádama po práci. Můj táta chlastal víc než já a v životě nic takového neměl.“

„Zjišťujete si také sám informace o jaterní cirhóze?“

„Brácha mi koupil k Vánocům knihu o týhle nemoci, tak si tam občas listuju, ale moc tomu nedám. Někdy si na kontrole vezmu letáčky u doktora.“

„Konzultujete své problémy s ostatními, stejně nemocnými pacienty?“

„Ne nejsme moc přátelský typ. A v nemocnici se se mnou chtěl bavit nějaký další pacient, ale já jsem se s ním odmítl bavit, protože se nebudu svěřovat cizímu člověku.“

„Musel jste po diagnostikování Vaší nemoci změnit nějakým způsobem životní styl?“

„Nesmím jíst, co chci, nesmí sportovat, jak chci, nemůžu chodit ani na dlouhý výlety. Manželka se se mnou rozvedla, protože mi řekla, že jsem si to všechno způsobil sám a prej už se mnou ztratila trpělivost. Taky se už moc nemůžu stýkat s kamarády který jsem měl ve vinotéce, protože oni po mě chtěj, abych si dal vínko a to já nemůžu.“

„Byl jste informován o potřebě upravit Váš dosavadní životní režim?“

„Jo pan doktor o tom všem se mnou mluvil a v poradně jsem dostal letáky o tom, co mám jíst a co ne. Ale přiznám se, že já moc nevařím a není to asi úplně ideální a nedodržuju to tak přesně, jak to po mě doktor chce. Ale co se týče informací, to si se mnou při každé kontrole doktor povídá, to jo.“

„*Kdo Vám tyto informace poskytl?*“

„No doktor.“ *A sestra se Vám taky nějak věnovala?*“ „Jo ta taky vždycky něco řekne o dietě.“

„*Byly pro Vás informace o režimových opatřeních srozumitelné, a mohl jste se zeptat zdravotnického personálu na případné dotazy?*“

„Ano mohl. Vždycky když ležím v nemocnici tak se ptám sester. Třeba teď jedna hodná sestřička mi přinesla z domova spoustu materiálů ohledně diety, kde to je dost dobře a srozumitelně pro mě napsaný. A líbilo se mi i, že mi přinesla recepty, který se zdají docela jednoduchý tak to pak doma možná zkusím. Víte, už tady ležím po několikátý, tak už mě všichni znají.“

„*Podřizujete nějak svou stravu Vaší nemoci?*“

„Musím, ale zatím moc nedodržuju. Já teda nevím, ale oni mi zakázali máslo a to já miluju. Mam si dát prý jenom tenký plátek denně, ale já jsem zvyklej s máslem dělat všechno a to si teda neodpustím. Taky nesmím moc soli, ale bez soli to nejde. Solím furt stejně jako jsem dřív solil, a mam rád pepř a pálivou papriku.“ „*A co například doma jíte?*“ „Ráno si jdu pro rohlíky s máslem, k obědu si zajdu do takové levný jídelny tam u nás. Tam sice nevaří dietně, ale já se snažím vždycky něco zdravějšího vybrat. Já si myslím, že doktor mě ti jídlem straší, ale spíš základ je asi ten chlast.“

„*Změnil se po diagnostice Vaší nemoci vztah k alkoholickým nápojům?*“

„Ano změnil. Dřív jsem ten alkohol bral jako strašně dostupnou věc, že si to můžu kdykoliv dát v podstatě v neomezeném množství a kolik toho chci. Ale teď třeba při oslavě, tam i nerad chodím, protože na mě všichni koukají a hlídají mě, že si nemůžu dát ani skleničku sektu na připití a mě to hrozně omezuje. Nemůžu zajít na návštěvu za kamarádama z vinotéky, protože by mě tam přemlouvali. Ale decku bych si nedal to už radši rovnou láhev.“

„Omezil jste fyzicky náročné aktivity?“

„Jo, ale já sem se předtím ani moc nehejbal, ale docela mi chybí, že nemůžu chodit na túry. To jsme s kamarádama chodili hodně na Klet', dá se říct každý týden, tam jsme si dali oběd a pivčo. A to už bych těďka ani nezvládl, nemůžu se přemáhat. Dělal sem celej život zedničinu, ale to mi doktor zakázal a jsem v invalidním důchodu.“

„Chodíte pravidelně k lékaři na kontroly?“

„Jo chodím pravidelně každý půl rok. Tam mi vždycky udělají náběry krve, vyzvednu si recepty, změří mě, zváží a tak. Pan doktor se vždycky koukne na nohy jestli neotýkají. Měří mi tlak, který mám v poslední době trochu vyšší.“

„Ovlivnilo Vaše onemocnění ještě nějak váš život?“

„Přijdu si jak největší zplodina, protože nechci na ty oslavy chodit a s těma kamarádama už taky nemůžu. Hlavně ta manželka se se mnou rozvedla. A děti, pro ty to bylo ze začátku dost těžký, ale teď mi přijde, že už si k sobě nacházíme nějak cestu. Přijdu si hrozně sám a opuštěný.“

Rozhovor s pacientem 6 byl veden za druhý hospitalizační den. Jednalo se o ženu ve věku 57 let, podnikatelku, žijící sama v rodinném domě.

„Kdy Vám byla diagnostikována jaterní cirhóza?“

„Jaterní cirhózu mi diagnostikovali, je to asi tak necelé dva roky.“

„Jaké prvotní příznaky Vás přivedli k lékaři?“

„Já jsem vždy byla taková energetická, ale padla na mě strašná únava. Pořád jsem měla nutkání na zvracení. Až jednou ke mně přišla na kávu velmi dobrá kamarádka, která je lékařka, a přišlo jí, že se hrozně třesu. Sdělila jsem jí všechna svá trápení a doporučila mi, ať se stavím u lékaře. Já mam svojí firmu, kterou vedu, mám pod sebou pár zaměstnanců a nemohla jsem si dovolit být slabá. Bála jsem se, jestli nemám přechozenou nějakou chřipku. Tak jsem lékařku navštívila a nezdály se jí výsledky krevních náběrů a posla mě do nemocnice aby mě více vyšetřili a tam mi diagnostikovali jaterní cirhózu.“

„Jaké obtíže máte nyní?“

„Teď mě zase přepadla ta moje hrozná slabost a všimla jsem si, že mám hodně oteklé kotníky, tak jsem volala té mojí kamarádce a ta mi řekla, že mám ject rovnou do nemocnice. Nechali si mě tady. Dostala jsem k tomu všemu ještě průjem. Byla jsem teď na pár dní na služební cestě v zahraničí, tak jsem se bála, abych tam něco nechytla. Přisuzovala jsem to té cestě, ale potíže nepřestaly.“

„Sdělil Vám lékař, jaké mohou být komplikace Vašeho onemocnění?“

„Určitě. Největší obavu mám z toho, že mohu začít i krvácet, zvracet krev, pokud nebudu dodržovat přísný režim, který mi lékař nasadil. Také mi sdělil, že můžu mít otok jater a toho se také bojím, protože kamarádka mi říkala, že při tom otoku mě pak budou muset píchnout do břicha, aby ten otok splasknul. Zatím trpím jen otoky nohou a občas i nechutenstvím.“

„Informoval Vás lékař o charakteru Vašeho onemocnění a jeho průběhu?“

„Pan doktor se mě vyptával, jestli nějak hodně nepiju alkohol, což jsem nepochopila, jak to myslel protože, já si jako alkoholička rozhodně nepřipadám a nepovažuji se za ní. Taky mi řekl, že můžu být i často hospitalizovaná. Zarazilo mě, že se z této nemoci už nikdy nevyлéčím, a že je to do konce života, ale pokud budu vše dodržovat, tak nebude toto onemocnění postupovat dále.“

„Zjišťujete si také sám informace o jaterní cirhóze?“

„Ano, kamarádka mi dala odbornou literaturu. Já se přiznám, že hodně čerpám i z internetu, ale bylo mi řečeno, že ne všechny články jsou pravdivé a důvěryhodné. Koupila jsem si i kuchařku o dietách jater.“

„Konzultujete své problémy s ostatními, stejně nemocnými pacienty?“

„Ano, seznámila jsem se s jednou moc fajn paní při prvním pobytu v nemocnici, se kterou se občas potkám i v poradně, tak spolu občas zajdeme na kávičku a vyměňujeme si recepty a povídáme si, jak jsem na tom.“

„Musel jste po diagnostikování Vaší nemoci změnit nějakým způsobem životní styl?“

„Tak já jsem byla hodně zvyklá cvičit. Někdy i 3x týdně jsem byla ve fit centru, ale teď

mám absolutní zákaz. Nemůžu si jít ven ani zaběhat. Byla jsem hrozně aktivní člověk. Má ráda i dobré jídlo, ale teď musím držet striktní dietu. A teď si musím také dávat pozor, abych brala pravidelně i léky.“

„Byl jste informován o potřebě upravit Váš dosavadní životní režim?“

„Ano, se vším mi pomohla moje kamarádka lékařka, ale samozřejmě i v nemocnici se mnou lékař hovořil, ale to mi přišlo, že to vzal honě letem světem, protože těch informací je opravdu mnoho. Spíš teda sestřičky byly ochotné, ale musela jsem se zeptat já.“

„Kdo Vám tyto informace poskytl?“

„V nemocnici pan doktor, ale jak jsem řekla, ty informace mi přišly dost strohé.“

„Byly pro Vás informace o režimových opatřeních srozumitelné, a mohl jste se zeptat zdravotnického personálu na případné dotazy?“

„Srozumitelné byly, ale bylo jich docela málo. Když jsem se zeptala, tak mi ale bylo na vše odpovězeno.“

„Podřizujete nějak svou stravu Vaší nemoci?“

„Dle doporučení pana doktora dodržuji. V podstatě celý život se snažím zdravě jíst, dokonce i málo solím v běžném životě, takže to nyní pro mě není obtížné. Účastním se hodně firemních akcí, kde je spousta jídla ve formě rautů a tam je těžké se uhlídat. Spousta mých známých se mě vyptává, proč si nic nedám tak se mi špatně vysvětluje, že jsem nemocná. Běžně jím lehkou stravu v malých porcích a častěji. Vyhýbám se mastnému a smaženému.“

„Změnil se po diagnostice Vaší nemoci vztah k alkoholickým nápojům?“

„Nikdy jsem moc nepotřebovala alkohol, ale mrzí mě, že si nemohu dát na firemních akcích nebo s kamarády.“

„Omezil jste fyzicky náročné aktivity?“

„Ano byla jsem zvyklá hodně chodit do fitcentra, jezdit na sportovní dovolenou, což nyní nemůžu. Práci náročnou fyzicky nemám, tu spíše psychicky.“

„Chodíte pravidelně k lékaři na kontroly?“

„Ano, dodržuji přesně termíny objednání, většinou každé 3 měsíce.“

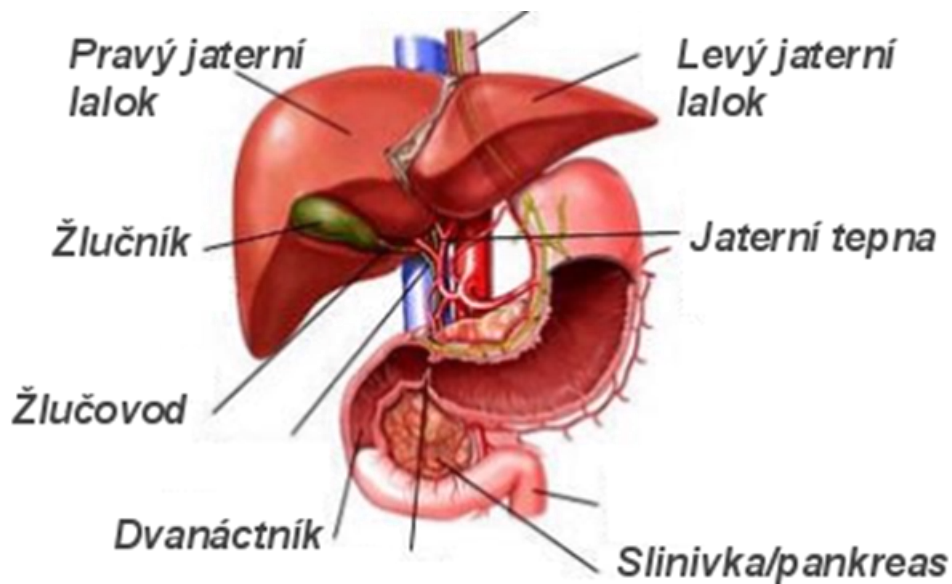
„Ovlivnilo Vaše onemocnění ještě nějak váš život?“

„Nedávno se mi narodila vnučka Terezka, moc jsem se na ni těšila a myslela jsem si, jak budu dceři nápomocná a hlídat, ale bohužel nyní nemůžu být plně nápomocná, jak jsem si představovala. A v zaměstnání již také nezvládám toho tolik, co dříve a proto musím přijímat i méně zakázek. Ale až se vrátí dcera po mateřské, tak se vše vrátí do starých kolejí.“

Zdroj: vlastní



**Informační leták pro pacienty
s jaterní cirhózou**



Játra jsou orgán, který je důležitý pro život člověka, stejně jako je srdce, ledviny nebo mozek.

Je to orgán, který má schopnost regenerace.

Jejich funkce je mnohočetná a patří k ní:

1. Produkce žluči, která je nezbytná pro vstřebávání tuků
2. Detoxikační funkce, která je ale limitována do určité míry
3. Produkují velké množství tepla, tvoří tzv. „tepelné jádro“ organismu
4. Je zde skladována řada látek, jako je např. železo, vitamíny
5. Tvoří glukózu z necukerných látek
6. Jsou zde vytvářeny faktory důležité pro srážlivost krve

Co je to jaterní cirhóza?

- Jaterní cirhóza je onemocnění, při kterém dochází k přestavbě normální jaterní tkáně v nezdravou, patologickou tkáň.
- Podstatou jaterní cirhózy je neustále probíhající zánětlivé poškození jater.
- Játra mají sice značnou regenerační schopnost, nicméně různé, zejména dlouhodobě působící faktory, jsou schopny tuto regenerační schopnost vyčerpat. Potom přichází na řadu patologická přestavba jaterní tkáně, která ústí do jaterní cirhózy.
- Jaterní cirhóza je onemocnění, které se nedá vyléčit, ale dodržováním léčby a režimových opatření lze tento proces zastavit.
- Nejčastější příčinou jaterní cirhózy v našem geografickém pásmu je nadužívání alkoholu.

Druhým nejčastějším faktorem je virová hepatitida C.

Mezi další faktory vyvolávající jaterní cirhózu patří další virové hepatitidy a dědičná metabolická onemocnění.



Příznaky:

- Krvácivé projevy, jako je krvácení z nosu, koutků, do kůže. Dále také život ohrožující krvácení z rozšířených žil v jícnu, žaludku či dvanáctníku
- Otoky končetin, genitálu
- Tekutina v dutině břišní tzv. ascites
- Kožní změny jako je tenká tzv. pergamenová kůže, tmavé skvrny, drobné, rozšířené cévy v podkoží
- Žluté zbarvení kůže a očí

Komplikace:

- Krvácení z jícnových varixů
- Tekutina v dutině břišní
- Změna neurologických a psychiatrických funkcí
- Porušení ledvinných funkcí

Diagnostika:

- Krevní testy
- Vyšetření moče
- Odběr jaterní tkáně
- Ultrazvukové vyšetření

Léčba:

- Užívání léků
- Dodržování dietních a režimových opatření
- Transplantace jater

Režimová opatření:

- Pravidelné užívání léků
- Dietní opatření
- Klidový režim, vyvarovat se přílišné fyzické zátěži
- Pravidelné kontroly u lékaře

Dietní opatření:

- Stravu rozdělit do 5-6 porcí denně
- Omezit příjem soli
- Zvýšené dávky bílkovin
- Omezit přísun tuků
- Připravovat jídla dušením a vařením, NE smažením

Vhodné potraviny:

- Tmavé pečivo
- Bezvaječné těstoviny, nebo celozrnné
- Brambory
- Rýže
- Ovoce a zelenina
- Vejce uvařené natvrdo
- Libové maso
- Ryby
- Luštěniny

Nevhodné potraviny:

- Uzeniny
- Konzervy
- Slané oříšky
- Slané sýry
- Mléko – ne více jak 300 ml/den
- Vše smažené
- Tučné a krémové pokrmy

***Absolutní zákaz požívání alkoholických nápojů
včetně piva a vína***

Použitá literatura:

EHRMANN, Jiří a Petr HŮLEK. *Hepatologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3118-6.

LUKÁŠ, Karel. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. a kol. *Chorobné znaky a příznaky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2764-6.

SVAČINA, Štěpán. a kol. *Klinická dietologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.

VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. 1. vydání. Olomouc: Anag, 2013. ISBN 978-80-7263-788-1.

ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2844-5.

Vypracovala: Petra Mlezivová, studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity jako výsledek bakalářské práce

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová
České Budějovice 2014

Zdroj: vlastní