

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Kvalita života pacienta s jaterní cirhózou

Bakalářská práce

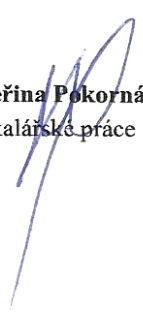
Autor práce: Lenka Langpaulová, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Pokorná

Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Lenka Langpaulová, Dis**
Studijní program: **Ošetrovatelství**
Obor: **Všeobecná sestra**
Název práce: **Kvalita života pacienta s jaterní cirhózou**
Cíl práce: **Cílem je zjistit kvalitu života pacienta s jaterní cirhózou, zda a jakým způsobem ovlivňuje toto onemocnění zvládání běžných životních aktivit.**


Mgr. Kateřina Pokorná
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života pacienta s jaterní cirhózou, cílem je zmapovat, jak toto onemocnění ovlivňuje jejich život a nakolik je omezuje. Současný stav problematiky popisuje anatomii jater, patofyziologii onemocnění, komplikace, léčbu i prognózu. Dále popisuje kvalitu života a její hodnocení. Ve výzkumné části jsou shrnuty výsledky výzkumu, získané rozhovory s pacienty s tímto onemocněním.

V diskuzi jsou výsledky porovnány s výzkumy týkajícími se daného tématu. Výstupem práce je návrh řešení a doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Hepatologie, jaterní cirhóza, játra, kvalita života, pacient

Abstract

The bachelor thesis is focused on the quality of life of a patient who is engaged in health and health care. Current condition of the problematics: liver anatomy, pathophysiology of the disease, complications, treatment and prognosis. Other aspects of quality of life and its evaluation. In the research parts the results of research are summarized, which are obtained by interviewing the patient with the disease.

In the discussion the results are compared with researches related to the given theme.

The output of the work is a proposal for solution and recommendation for practice.

Key words

Hepatology, cirrhosis of hepatic, liver, quality of life, patient

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně.

Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Kateřině Pokorné, za její trpělivost, vstřícnou pomoc, odborné rady a čas, který mi během psaní věnovala. Dále bych také poděkovala pacientům, kteří se mnou ochotně strávili čas a přispěli ke zpracování této bakalářské práce. Mé díky patří také vedení nemocnice, které mi umožnilo výzkum provést. V neposlední řadě bych ráda poděkovala mé rodině, která mě během studia a psaní bakalářské práce plně podporovala.

Obsah

Úvod	9
Motivace	10
Cíl práce	10
1 Současný stav problematiky	11
1.1 Játro	11
1.1.1 Anatomie jater	11
1.1.2 Jaterní buňka.....	11
1.1.3 Fyziologická charakteristika	11
1.2 Jaterní cirhóza.....	13
1.2.1 Historie.....	13
1.2.2 Cirhóza jako pojem.....	14
1.2.3 Epidemiologie.....	14
1.2.4 Etiologie	14
1.2.5 Patogeneze	14
1.2.6 Klasifikace	15
1.2.7 Příčiny cirhóz.....	15
1.2.8 Klinický obraz.....	17
1.2.9 Diagnostika.....	18
1.2.10 Komplikace.....	19
1.2.11 Léčba.....	20
1.2.12 Léčba komplikací	21
1.2.13 Prognóza	22
1.2.14 Prevence	23
1.2.15 Sledování pacientů s jaterní cirhózou.....	23

1.3	Kvalita života pacienta s cirhózou	23
1.3.1	Historie kvality života	23
1.3.2	Definice pojmu	24
1.3.3	Měření kvality života.....	25
1.3.4	Hodnocení	25
1.3.5	Nemoc a kvalita života.....	26
2	Výzkumná část.....	27
2.1	Výzkum	27
2.2	Cíl výzkumu a výzkumné otázky	27
2.3	Metodika výzkumu	27
2.4	Charakteristika respondentů	27
2.5	Průběh výzkumu	28
2.6	Zpracování dat	29
3	Diskuze.....	39
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	43
	Závěr	44
	Seznam použité literatury.....	45
	Seznam příloh.....	49

Seznam použitých zkratek

ALT	alaninaminotrasferáza
AST	aspartátaminotransferáza
ATB	antibiotikum
CT	počítačová tomografie
DIK	diseminovaní intravaskulární koagulace
FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc
g	gram
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
INR	international normalized ratio, mezinárodní normalizovaný poměr
MELD	Model For End-Stage Liver Disease, model pro konečnou fázi jaterního onemocnění
mm	milimetr
např.	například
OSN	organizace spojených národů
tzv.	tak zvaný

Úvod

Pro člověka znamená nemoc vždy zátěžovou situaci i narušení běhu života. Zvláště pokud se jedná o onemocnění chronické. Onemocnění jater patří mezi civilizační choroby. Cirhóza není vzácné onemocnění, ale tvoří skupinu onemocnění vážných. V České republice žije 40 000 až 60 000 pacientů s jaterní cirhózou. Ročně jich v jejím důsledku umírá asi 2000. Do konečného stádia dospěje asi 1 500 až 2 000 nemocných. Jde o nepřehlédnutelnou skupinu nemocných vyžadující komplexní léčbu (proLékaře.cz, 2019).

Výskyt tohoto onemocnění se neomezuje pouze na Českou republiku a střední Evropu, ale jeho rozměr je celosvětový, odhaduje se výskyt 100 nemocných na 100 000 obyvatel, přičemž přibližně 50 % jsou cirhózy alkoholového původu (Institut Galenus, 2019). Celosvětové statistiky úmrtnosti na cirhózu jater dokazují, že největší procento úmrtnosti má Francie. Onemocnění postihuje lidi na celém světě, bez odlišnosti pohlaví, rasy či geografických rozdílů (Cirhóza jater, 2019).

Onemocnění cirhózou má dlouhodobý vývoj. Zpočátku pacient nemusí mít žádné potíže. Bez podrobného vyšetření nelze onemocnění zjistit. Při pokračujícím chorobném procesu se ale mimo jiné zvyšuje krevní tlak kolem jater, tím vzniká tzv. portální hypertenze, s kterou souvisí mnoho komplikací, na které tito pacienti většinou také umírají. Závažnými jsou např. krvácení z jícnových varixů, vznik ascitu, vznik encefalopatie, nebo porucha krevní srážlivosti (Špičák, 2017).

Velice důležitá je spolupráce pacienta, změna jeho životního stylu a dostatek informací, které jsou potřeba k léčbě tohoto onemocnění.

Celý text je koncipován do dvou částí. V teoretické části se dozvídáme o anatomii jater a samotném onemocnění, etiologii, příčinách vzniku, příznacích, diagnostice, léčbě, prognóze, prevenci. V praktické části je popsána metodika výzkumu. Je zvolen kvalitativní výzkum. Informace jsou získávány formou polostrukturovaného rozhovoru s pacienty, hospitalizovanými na lůžkovém oddělení, nebo při jejich pravidelné kontrole v Hepatální poradně. Obě jednotky jsou součástí Infekčního oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod.

Motivace

Pracuji jako vrchní sestra na Infekčním oddělení v Nemocnici Havlíčkův Brod. S pacienty s jaterní cirhózou se setkávám při své praxi často. Vnímám toto onemocnění jako velmi vážné. Proto jsem si toto téma pro svou bakalářskou práci zvolila. Chci zjistit, jak tito pacienti své onemocnění vnímají, zda mu přikládají také vážnost, nebo ho podceňují, a také do jaké míry jsou jaterní cirhózou limitováni.

Cíl práce

Cílem je zjistit kvalitu života pacienta s jaterní cirhózou, zda a jakým způsobem ovlivňuje toto onemocnění zvládání běžných životních aktivit.

1 Současný stav problematiky

1.1 Játra

1.1.1 Anatomie jater

Játra jsou největším vnitřním orgánem, jejich hmotnost dosahuje 1200-1600 g. Jsou měkká a křehká a mají hnědočervenou barvu. Uložena jsou pod pravou brániční klenbou. Vzadu jsou fixována k bránici, horní brániční plocha je volná a je konvexní, dolní, viscerální strana je plochá. Kromě k bránici přirostlé části jsou játra kryta serózou, pod ní je fibrózní obal. Na viscerální ploše do jater vstupují arteria hepatica a vena portae a vystupují žlučovody. Jaterní žíly vstupují ze zadní strany jater do dolní duté žíly. Játra se dělí na pravý a levý lalok, ty se dále dělí na segmenty. Jaterní parenchym se skládá z 1-2 mm velkých lalůček tvořených jaterními buňkami, které se nazývají hepatocyty (Fiala, Valenta, Eberlová, 2015).

1.1.2 Jaterní buňka

Hepatocyt, nebo-li jaterní buňka, tvoří základ jaterní tkáně. Buňky jsou uloženy do řas, které tvoří trámce. Mezi těmito trámci jsou fenestrované sinusoidy, kudy přicházejí živiny z vena portae a okysličená krev z arteria hepatica propria. Tyto trámce spolu s cévami vytváří radiálně uspořádaný útvar, nazýván jaterní lalůček, s centrální žílou uprostřed. Ta probíhá osou lalůčku a sbírá krev ze sinusoid, kterou odvádí pryč z jater. Jaterní lalůček je od sousedních lalůček oddělen malým množstvím vaziva. Po zpracování z buňky jde část látek zpět do krve, část vchází jako žluč do žlučových kapilár (Naňka, 2009).

1.1.3 Fyziologická charakteristika

Játra patří k centrálním orgánům, ovlivňujících metabolismus člověka z mnoha hledisek. Funkce jater je mnohostranná a mnohočetná. Většina procesů v nich probíhajících sice souvisí s metabolismem, detoxikací a biotransformací, kromě toho jsou však játra též exokrinní i endokrinní žláza a zasahují i do dalších dějů (Steffen, 2010).

Mají také funkce zásobní, jsou depo lipidů (až 10 % jejich hmotnosti), glykogenu, železa (ve formě ferritinu) a vitamínů A, D, K a B₁₂. V hepatocytech probíhají vzájemné přeměny živin, jejich syntézy, degradace a resorbce z krve. Základní stavební kameny jednotlivých složek potravy, vstřebané ve střevu, po rozštěpení, přicházejí cestou vena portae do jater, kde jsou z nich syntetizovány látky tělu vlastní, jako glykogen, plasmatické a sérové bílkoviny krve. Vykonnávají řadu důležitých funkcí v metabolismu tuků. Intenzivní procesy, látkové přeměny v játrech spotřebovávají kolem 12 % kyslíku z krve a krev odcházející z jater je těmito procesy zahřátá na teplotu až přes 40 °C (Čihák, 2011).

Albumin je bílkovina, která je výhradně tvořena játry, jeho tvorba je výrazně ovlivňována stavem výživy. Za normálních podmínek je rovnováha mezi syntézou albuminu a jeho degradací. Většina látek je transportována vazbou na albumin. Játra zasahují výrazně do transportu plasmatických lipidů, které jsou v plazmě vázány ve formě lipoproteinů. Játra produkují některé lipoproteiny, vytvářejí apoproteiny. Mezi specifické přenašeče vytvářené v játrech patří transferin pro přenos železa, ceruloplazmin pro přenos mědi, a hormony vázající proteiny (globulin vázající kortikoidy). Fibrinogen je proteinem akutní fáze, jeho syntéza stoupá při traumatech, infekci a zánětech. Při onemocnění jater je jeho hladina dlouho normální, nízké hodnoty nacházíme v rozvoji DIK (diseminované intravaskulární koagulace). Játra zajišťují syntézu proteinů nezbytných pro hemokoagulaci a jsou také důležitým místem jejich vychytávání, proto změny v hemokoagulaci patří k nejčastějším známkám jaterní poruchy a objevují se velice záhy (Mourek, 2012).

Játra mají také funkci detoxikační. Hromadí se v nich značné množství amoniaku různého původu. Portální krví je přiváděn amoniak, který vzniká činností střevní mikroflóry a amoniak tvořený střevní sliznicí z glutaminu. Přímou v játrech je amoniak produkován deaminací aminokyselin. Játra jsou proto vybavena dvěma účinnými systémy na jeho odstranění. V prvním případě je syntetizována močovina. Takto je detoxikována většina amoniaku. Druhým systémem detoxikace je syntéza glutaminu. Amoniak z glutaminu je následně uvolněn v ledvinách a následně vyloučen močí. Neschopnost jater eliminovat účinně amoniak, přispívá k rozvoji jaterní encefalopatie. Detoxikace amoniaku je důležitá také pro udržení acidobazické rovnováhy (Kittnar, 2011).

Řada potencionálně toxických látek endogenního i exogenního původu je detoxikována v játrech. Často jsou pak z organismu vyloučeny jako součást žluči, jedná se většinou o látky lipofilní povahy, které pro svou špatnou rozpustnost ve vodním prostředí nemohou být vylučovány ledvinami.

Játra jsou svou stavbou exokrinní žlázou produkující žluč, ta je předávána vývodnými cestami do duodena, kde se spojuje s produkty trávení tuků z potravy a dává vznik ve vodě emulgovaným komplexům, z nichž mohou být lipidy snáze vstřebávány. Endokrinní funkce jater – játra a hormony. Játra jsou nejen cílovým orgánem hormonů, ale také místem, kde dochází k degradaci, případně, aktivaci a uskladnění některých hormonů. Řada peptidových hormonů je více než z poloviny vychytána a degradována játry při jednom průtoku. Příkladem je koncentrace inzulinu a glukagonu, která je mnohem vyšší v portální krvi ve srovnání s koncentrací ve venózní krvi, opouštějící játra. Játra likvidují steroidní hormony, dále glukokortikoidy, mineralokortikoidy a pohlavní hormony, které se po přeměnách vylučují do žluče. V játrech dochází k inaktivaci katecholaminů. Významnou roli hrají v metabolismu štítné žlázy, zde dochází k přeměně tyroxinu na biologicky aktivnější trijodtyronin, ten je pak po vazbě na plazmatické proteiny dopraven k cílovým tkáním. Tvoří se zde somatomediny, které podporují účinek růstového hormonu (Kittnar, 2011).

1.2 Jaterní cirhóza

1.2.1 Historie

Cirhotické změny jater znali již Řekové a Římané. Jako první jaterní cirhózu popsal francouzský lékař René Théophile Hyacinthe Laënnec (* 17. února 1781 v Quimper - Francie, † 13. srpna 1826 v Kerlouarnec – Francie). Ten odvodil název cirhóza od řeckého slova kirros hodícího se ke vzhledu jater při této chorobě, jater žlutavé barvy, tvrdých, sevrklých a pod nožem skřípajících (Kazimour, 2017).

1.2.2 Cirhóza jako pojem

Jaterní cirhóza je chronický, difúzní, obvykle progredující proces, jehož výsledkem je úplná dezorganizace lobulární a vaskulární architektury jater. Dochází k nekróze hepatocytů, k uzlovité regeneraci jejich zbytků a zmnožením vaziva. Cirhóza je konečnou a nevratnou fází různých chronických jaterních onemocnění nebo dlouhodobému vystavování různým noxám. Změny cévního řečiště s následnou portální hypertenzí mohou mít pro osud nemocného větší význam než změny parenchymatózní (Klener, 2012).

1.2.3 Epidemiologie

Tohoto onemocnění stále přibývá. Hrozivý je zejména nárůst u žen. Mortalita od roku 1945 stoupla až čtyřikrát, v posledních desetiletích lehce klesá. Do konečného stádia dospěje u nás kolem dvou tisíc nemocných ročně, onemocnění postihuje hlavně dospělé v produktivním věku, proto má nejen význam pro jedince, jeho rodinu, ale i pro celou společnost, neboť je velkou ekonomickou zátěží. Cirhotici umírají v průměru o 10 let dříve, než je celkový věkový průměr, ženy ještě mnohem dříve (Ehrmann, Hůlek, 2014).

1.2.4 Etiologie

Při jejím vzniku se uplatňují vlivy metabolické, genetické, toxické, různé infekce, způsob výživy, sociální prostředí, úroveň hygieny i narůstající zamořování zevního prostředí nejrozličnějšími škodlivinami. Jednotlivé příčiny se mohou různě kombinovat a být modifikovány dalšími. Ve střední Evropě, stejně jako v České republice, dominují dvě příčiny jaterní cirhózy: NASH a abúzus alkoholu, další příčinou může být obstrukce žlučových cest, která vede k cirhóze biliární. U nemocných s chronickým srdečním městnáním (insuficience trojcípé chlopně, konstriktivní perikarditida) může vzniknout cirhóza kardiální (Ehrmann, Hůlek, 2014).

1.2.5 Patogeneze

Podkladem vývoje jakékoli chronické jaterní choroby do stádia cirhózy je fibróza. Fibróza je obecná reakce jaterního parenchymu na chronické poškození způsobené různými etiologickými faktory.

Uplatňují se vlivy virů, alkoholu, metabolických poruch. Rozsáhlé jaterní nekrózy ničí stabilitu jaterního lalůčku, nekrotické části jsou nahrazovány bezcenným vazivem, sinusoidy se hroutí a deformují. Tím chybí v regenerační fázi možnost úpravy ad integrum, zbývající ostrůvky jaterní tkáně regenerují v podobě uzlů. Složitá struktura cévního zásobení se zcela chaoticky přestavuje, dochází ke komunikaci mezi portálním systémem a venózním odtokem, takže tyto vnitřní píštěle míjejí i dosud funkční jaterní buňky, které jsou tím vyřazeny ze své činnosti. Tvoří se vazivová septa a uzly stlačují cévy, které v nich probíhají. Tím trpí krevní zásobení, především nově tvořených regenerátů, což přispívá k dalšímu zániku hepatocytů. Roste překážka pro průtok krve játry, rozvíjí se portální hypertenze se všemi svými důsledky (Klener, 2012).

1.2.6 Klasifikace

Zásadní je klasifikace hodnotící pokročilost cirhózy podle klinických projevů a tíže portální hypertenze. Na základě těchto údajů můžeme odhadnout prognózu pacienta i zásadně měnit léčbu. Pro hodnocení pokročilosti onemocnění se standardně používá Childova-Pughova klasifikace, zahrnující posouzení jaterní insuficience i portální hypertenze. Pro indikaci k transplantaci jater se využívá MELD skóre, které kromě jaterních funkcí zahrnuje také hodnocení renálního postižení (Hůlek, Urbánek, 2018). Dle morfologických a anatomických změn rozlišujeme cirhózu mikronodulární, makronodulární a smíšený typ. Mikronodulární cirhóza je charakteristická silnými pravidelnými septy, malými regenerujícími uzly (maximálního průměru 3 mm) a postižením každého lalůčku. Makronodulární cirhóza je charakterizována septy a uzly obvykle většími než 3 mm a normálními lalůčky uvnitř větších uzlů. Představuje často pozdní typ cirhózy mikronodulární. u smíšeného typu cirhózy jsou přítomny změny jak mikronodulární, tak makronodulární (Povýšil, Šteiner, 2011).

1.2.7 Příčiny cirhóz

Steatóza jater je onemocnění podmíněné zvýšeným ukládáním tukových částic v jaterní tkáni při narušení normálních biologických pochodů v jaterních buňkách. Ztukovatění jater vzniká z nejrůznějších příčin, u nás je to nejčastěji kvůli nadměrnému požívání alkoholu, dále u obézních lidí s vysokým cholesterolem, s cukrovkou a podáváním

některých léků (např. kortikoidy, tetracykliny, salicyláty, valproat) a působením některých jedů, např. muchomůrka zelená (Beneš, 2009).

Játra a alkohol U alkoholiků je cirhóza asi 7x častější než u abstinentů. V průmyslových zemích je alkohol příčinou nejméně poloviny cirhóz, u nás asi jedné třetiny. Rozhodující je doba abúzu a množství požívaného alkoholu, ne druh alkoholu. Denní nebezpečná dávka alkoholu je pro muže 60 g, pro ženu pak jen 20 g za den. Žen s alkoholickou cirhózou přibývá, průběh je u nich nepříznivější a rychlejší (Hůlek, Urbánek, 2018).

Biliární cirhóza je důsledkem chronické cholestázy, což je porucha vylučování žluči do střeva na různých úrovních biliárního traktu (extrahepatální a intrahepatální). Primární biliární cirhóza je charakterizována postupným poškozením a zánikem drobných žlučových kanálků (intrahepatální). Podkladem je imunologická porucha, jejíž spouštěcí mechanismus není znám. v posledním stádiu mají játra sytě zelenou barvu a normální velikost, později se zmenšují. Sekundární biliární cirhóza je poškození jater, které vzniká při procesech zhoršujících průtok žluči žlučovody, což způsobují nejčastěji kameny, striktury nebo nádorový proces. K jejímu rozvoji je potřeba delšího časového průběhu, jsou častá u extrahepatálních forem. Játra jsou zvětšená, mají nerovný, někdy zrnitý povrch a sytě zelenou barvu (Klener, 2012).

Kardiální cirhóza je dnes vzácná, protože se zlepšily možnosti léčení srdečního selhávání. Můžeme se s ní setkat u nemocných s chronickým srdečním městnáním, zejména u insuficience trikuspidální chlopně a konstriktivní perikarditidy.

Wilsonova choroba jako důsledek metabolické poruchy. Jde o hereditární onemocnění, které se přenáší autosomálně, recesivně. Jedná se o vrozenou poruchu metabolismu mědi, způsobenou sníženou syntézou přenašeče mědi – ceruloplazminu, jehož hladina v séru klesá. Měď se hromadí v mozku, v játrech a rohovce. Změny v játrech odpovídají difúzní steatóze se zánikem hepatocytů. Později se objevuje fibróza a v konečném stádiu mikronodulární nebo makronodulární cirhóza. Při nálezů difúzní steatózy jater v dětském věku je vždy nutno vyloučit Wilsonovu chorobu, případně jiné vrozené metabolické onemocnění (Povýšil, Šteiner, 2011).

Hemochromatóza je onemocnění, které je výsledkem primární esenciální poruchy metabolismu železa. Jde o vrozený defekt metabolismu železa, kdy primární poruchou je

zvýšená resorpce železa z trávicího ústrojí, ta vede k rostoucímu obsahu železa v zásobárnách a k následnému poškození parenchymových buněk (Hůlek, Urbánek, 2018).

Jaterní porfyrie, onemocnění, které je způsobeno vrozeným či získaným enzymovým defektem biosyntézy hemu. Jaterní porfyrie mají defektní gen lokalizovaný v játrech na rozdíl od erytroporfií, kde se defektní gen nalézá v kostní dřeni. U nás je nejčastější symptomatická jaterní porfyrie. Projevuje se kožními změnami na osvětlených místech. Přes stadium chronického zánětu se rozvíjí jaterní cirhóza (Klener, 2012).

1.2.8 Klinický obraz

Jaterní cirhóza může probíhat dlouhodobě asymptomaticky. Výskyt takto němých případů se odhaduje asi na 20 %, stoupá s věkem nemocného. Kvůli obtížím přichází k lékaři jen asi 60 % cirhotiků a podle charakteru potíží lze rozlišit kompenzovanou a dekompenzovanou formu cirhózy. Kompenzovaná cirhóza (latentní, subklinická) velmi připomíná chronickou hepatitidu. Subjektivně si nemocní stěžují na nespecifické příznaky, jako jsou dyspepsie, zejména pocity plnosti po jídle, změna stolice. Ženy udávají poruchy menses, nejčastěji hypomenoreu až amenoreu. v objektivním nálezu je nejčastější hepatomegalie, slezina se zvětšuje postupně, s pomalu rostoucí portální hypertenzí. Objevují se kožní příznaky (pavoučkové névy, projevy krvácivosti). Nemocný si někdy stěžuje na lehké perimaleolární otoky, hlavně večer a nykturii. Onemocnění se může manifestovat i ikterem, pak je obvykle diagnostickým problémem proti akutní hepatidě. Prvním příznakem může být i náhlá hemateméze. Jindy se přidružuje a zvětšuje retence tekutin s rostoucí žízní. Onemocnění přechází zvolna (nebo po akutní zátěži rychleji) do období dekompenzace (Kachlík, 2013). Dekompenzovaná cirhóza se může projevit pestrými symptomatologií. Někdy převažují příznaky paranchymatózní poruchy jater (metabolické dekompenzace), jindy příznaky z rozvinuté portální hypertenze (vaskulární dekompenzace). V prvním případě bývá v popředí ikterus, projevy hemoragické diatézy, hypoalbuminémie s retencí tekutin s ascitem a otoky. Ve druhém případě dominuje ascites, jícnové varixy (s nebezpečím krvácení) nebo portosystémová encefalopatie. Znamky parenchymatózní léze jsou méně vyjádřeny. Někteří nemocní mají jak známky parenchymatózního poškození, tak portální hypertenze. Často jde o nemocné, kteří přežili i několik atak metabolické dekompenzace

a dalším rozvíjením cirhotických změn se pak přidružila portální hypertenze (Hůlek, Urbánek, 2018). Subjektivně si nemocní stěžují na nepřekonatelnou únavu, slabost, vyčerpanost, nechutenství, hubnutí (zejména vymizení svalové hmoty), zvětšování břicha, otoky. U žen jsou časté poruchy menses až amenorea, muži si stěžují na pokles libida a potence, obtěžující je i gynekomastie. Časté jsou také artralgie a bolesti páteře. Objektivně budí nemocný dojem unaveného, vyhublého a přepadlého člověka se zpomalenými reakcemi (encefalopatie). Objevují se subfebrilie, nebo naopak hypotermie či izotermie. Kůže je bledá, často ikterická, s četnými povoučkovými névy, příušní žlázy mohou být zvětšeny. Rty a jazyk jsou červené, na rukou je palmární erytém. Časté jsou změny na nehtech, prsty mohou být paličkovité. Objevují se projevy hemoragické diatézy, petechie, hematomy, krvácení z dásní, nosu, gynekologické a podobně. Mužům mizí ochlupení hrudníku, častá je gynekomastie. Na břiše se vytváří kolaterální oběh, spíše po stranách břicha než ve formě typického caput medusae kolem pupku. Břicho bývá vzedmuté meteorismem a ascitem. Břišní stěna je ochablá, břišní svaly se rozestupují, objevují se pupeční nebo inguinální kýly. Játra jsou zvětšena, více levý lalok, jsou tuhá a mají ostrý okraj. Jak roste portální hypertenze, zvětšuje se i slezina, která je také tuhá. U mužů dochází k atrofii varlat. Otoky dolních končetin jsou různého rozsahu. Krevní tlak je spíše nižší. Cirkulace je hyperkinetického typu (Klener, 2012).

1.2.9 Diagnostika

Základem je podrobná anamnéza, objektivní vyšetření a laboratorní testy. Diagnóza závisí na klinické manifestaci a pokročilosti cirhózy. Lze ji stanovit na základě klinického nálezu a pomocných vyšetření. Kompenzovaná cirhóza může být diagnostikována bez jaterní biopsie asi s 90% přesností na základě posouzení klinických a laboratorních nálezů. Laboratorně se v moči často prokáže větší množství urobilinogenu. Aktivita sérových aminotransferáz je vyšší, AST přesahuje hodnoty ALT. Postupně klesají koncentrace sérového albuminu, stoupají γ -globuliny. Prodlužuje se protrombinový čas. Koncentrace sérového bilirubinu stoupá lehce, obvykle až koncem tohoto období, které plynule přechází v pokročilé stadium. V mnoha případech, zejména u některých cirhóz z metabolických poruch, mohou být nálezy nápadně chudé, popřípadě zcela normální (Klener, 2012).

Podstatnou roli v neinvazivní diagnostice mají zobrazovací metody. Ultrasonografie objektivně posoudí hepatomegalii i splenomegalii. Odhalí difuzní nebo uzlovitou přestavbu jaterního parenchymu, nerovný okraj jater, známky portální hypertenze nebo přítomnost ascitu (Hůlek, Urbánek, 2018).

U dekompenzované cirhózy prokážeme v moči urobilinogen a urobilin, při ikteru ještě bilirubin. Klesá vylučování natria. Sedimentace bývá středně zvýšená, častá je makrocytární anémie. Později se objevují známky hypersplenismu, a to trombocytopenie a leukopenie. Z dalších vyšetření se indikuje ultrasonografie, CT, ezofagogastroskopie, popřípadě scintigrafie jater a sleziny. Standardem je stále biopsie jaterní tkáně. Provádí se tam, kde klinický obraz není dostačující pro jasnou diagnózu, může přispět ke zjištění etiologie, či změně léčby, je nutné posoudit aktivitu zánětlivého postižení. Dobré výsledky v diagnostice jaterní cirhózy má elastografie, metoda založená na posouzení tuhosti jaterní tkáně na základě hodnocení rychlosti šíření ultrazvukových vln (Povýšil, Šteiner, 2011).

1.2.10 Komplikace

K důležitým patří portální hypertenze, jejímž důsledkem je rozvoj kolaterálního oběhu (zásobení bočnými cévami) s otevřením spojek mezi portální a kavální oblastí. Nejdůležitější jsou spojky v oblasti jícnu, kde vznikají gastroezofageální varixy s rizikem jejich ruptury (Klener, 2012). Další komplikací je rozvoj jaterní encefalopatie, vznikající při poruše odstraňování zejména dusíkatých látek z krevního oběhu. Hladiny amoniaku v krvi jsou zvýšené, ale nekorelují s hloubkou kómatu nebo s prognózou. Zahrnuje všechny neurologické a psychiatrické změny, které provázejí jaterní nedostatečnost. Jde o souhrn příznaků, jejichž nejvyšším stádiem je kóma.

Dělí se do čtyř stupňů:

- První stupeň jaterní encefalopatie: euforie, úzkost, zúžené vědomí, nepozornost, zhoršené sčítání.
- Druhý stupeň jaterní encefalopatie: letargie, apatie, minimální dezorientace v čase a místě, mírné změny osobnosti, nevhodné chování, zhoršené odčítání.

- Třetí stupeň jaterní encefalopatie: somnolence, semistupor, odpovídá na verbální podněty, zmatení, hrubá dezorientace.
- Čtvrtý stupeň jaterní encefalopatie: kóma, neodpovídá na verbální ani bolestivé stimuly. (Nair, 2017).

Vznik ascitu je další komplikací. Jde o přítomnost a kumulaci tekutiny v dutině břišní ve formě ultrafiltrátu plazmy v důsledku zvýšené tvorby v játrech a snížené resorpce na straně druhé. Objem tekutiny může být 10 až 20 litrů. Pokud dojde k osídlení ascitické tekutiny bakteriemi (většinou z tlustého střeva), mluvíme o tzv. spontánní bakteriální peritonitidě (Kachlík, 2013).

Dle odborné literatury je až 80 % všech případů ascitu způsobeno jaterní cirhózou (Lukáš, 2009). Vždy musíme počítat s větší náchylností k infekcím, a to plicním, močovým, peritonitidám, případně k flegmoně tlustého střeva. Běžné jsou poruchy glukózové tolerance nebo diabetes mellitus. Mohou se objevit projevy hemoragické diatézy, kardiomyopatie, osteopenie, snadno se tvoří kýly (Klener, 2012).

Mezi další komplikace řadíme hypersplenismus, hepatorenální syndrom, zvýšení plazmatického objemu, nízký krevní tlak, hepatocelulární karcinom, peptické vředy, cholecystolitíazu, gastritidu, pankreatitidu (Kachlík, 2013).

Přidružuje se selhání ledvin a v posledním případě selhání jater (Hůlek, Urbánek, 2018).

1.2.11 Léčba

V období kompenzace spočívá léčba cirhózy v léčbě základního onemocnění, které k ní vedlo. Odstraněním příčiny lze zpomalit, zastavit, nebo zvrátit proces fibrotizace. Hlavním opatřením je životospráva, dieta, abstinence u alkoholiků (Klener, 2012).

Ve fázi dekompenzované cirhózy je léčba symptomatologická. Konzervativní léčba spočívá v dietě a infuzní terapii, v podávání ATB, kortikoidů, vysokých dávek hepatoprotektiv, diuretik. Neméně důležitá je prevence krvácení, podává se vitamin K, který zlepšuje koagulaci. Dále se podává vitamin D, jako prevence kostní choroby. I v této fázi může vést odstranění vyvolávajícího faktoru ke zlepšení funkčního stavu, plná regrese již však možná není. Zásadní je abstinence alkoholu, snížení příjmu soli

u pacientů s ascitem. Většina pacientů je v malnutrici, takže úlohu hraje i nutriční podpora (Hůlek, Urbánek, 2018).

Nutriční podpora: pacienti s tímto onemocněním potřebují vysoký energetický příjem a zvýšené dávky bílkovin. Příjem rostlinných tuků by měl převládat nad tuky živočišnými. Strava by měla být pestrá obzvláště na potraviny obsahující vlákninu. Pacienti trpící cirhózou jater by se měli vyvarovat všem smaženým pokrmům, tučným, krémovým moučnickům, pokrmům připravovaným z kynutého těsta, chemicky konzervovaným potravinám a samozřejmě se vyhýbat alkoholu (Kohout, 2016).

Transplantace jater: je metoda známá od poloviny šedesátých let minulého století. V České republice byla poprvé provedena v roce 1995 v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze. V současnosti je prováděna v IKEMu a v Centru kardiovaskulární a transplantační chirurgie v Brně (Janíková, 2013).

Dynamika čekacích listin je pro kandidáty příznivá, průměrná doba je šest měsíců. Pravděpodobnost přežití je závislá na indikaci a věku příjemce. Pacient bývá indikován na základě pokročilosti jaterního selhání nebo dalším rizikům jaterního onemocnění, které se selháním přímo nesouvisejí, například nádor, progredující metabolické onemocnění. Obecně lze doporučit odeslání nemocného s cirhózou do transplantačního centra, jakmile se objeví jedna ze zásadních komplikací – ascites, krvácení do trávicího traktu při portální hypertenzi, hepatorenální syndrom nebo jaterní encefalopatie, tedy kdy doposud kompenzovaná cirhóza se stává dekompenzovanou.

U pacientů s alkoholickou cirhózou je požadováno, aby abstinovali alespoň šest měsíců před zařazením na čekací listinu. Pacienti, kteří neabstinuji, jsou naopak kontraindikováni (Špičák, 2017). Kvalitou života se transplantovaní pacienti přibližují zdravým lidem. Mohou pracovat, studovat, mít děti, sportovat (Trunečka, Adamec, 2009).

1.2.12 Léčba komplikací

Léčba jednotlivých komplikací jaterní cirhózy je velmi náročná na odborné znalosti i zkušenosti, ale také náročná finančně. Bývá z pohledu ošetřujícího personálu stresující a neuspokojivá vzhledem k omezeným možnostem léčby základního onemocnění a tendenci recidivovat (Hůlek, Urbánek, 2018).

1.2.13 Prognóza

I když jaterní cirhóza podstatně zkracuje věk nemocného, záleží prognóza do značné míry na spolupráci nemocného, na etiologii onemocnění a na pokročilosti jaterního postižení. K posouzení pokročilosti jaterního onemocnění se v praxi nejčastěji používá Childovo-Pughovo skóre. Používá se celkem běžně pro svou jednoduchost, je součástí řady guidelines. Originální klasifikace byla popsána Childem v roce 1964, další modifikace se přidávaly postupně (Steffen, 2010). Současné skóre je postaveno na INR, i když je možné vycházet i z časů protrombinového testu.

Dalším prognostickým skórem je MELD, které je založeno na objektivních parametrech. MELD skóre je matematicky složitější, pracuje s hodnotami kreatininu, bilirubinu a INR (Klener, 2012). Prognostický význam má i výše portální hypertenze, vyjádřená hodnotou hepatovenózního tlakového gradientu. Jednoduché hodnocení posuzující prognózu pacienta s cirhózou na základě klinických údajů bylo navrženo v Bavenu.

Dělí se na stádia 1 až 5.

- První stadium: nejsou přítomny jícnové varixy ani ascites, mortalita kolem 1 %.
- Stadium dvě: varixy bez ascitu, bez krvácení, mortalita 3-4 % během jednoho roku.
- Stadium tři: je přítomen ascites bez ohledu na jícnové varixy, bez předchozího krvácení, mortalita je 20 % za jeden rok.
- Stadium čtyři: stav po krvácení z varixů, s ascitem či bez něj, s mortalitou 57 % za jeden rok.
- Stadium pět: je spojeno s infekcí a renálním selháním (Hůlek, Urbánek, 2018).

Příčinou úmrtí cirhotiků jsou častěji komplikace než vlastní jaterní insuficience, především jde o krvácení z jícnových varixů, hepatocelulární karcinom, zánětlivé komplikace, nejčastěji plicní, rozvoj renálního selhání. V období kompenzace je nemocný schopen lehčí práce v příznivém pracovním prostředí, důležité je dietní stravování a pravidelný režim. V dekompenzované fázi je práce neschopen, obvykle trvale (Klener, 2012).

1.2.14 Prevence

K podstatným bodům patří alkoholová abstinence. Důležitým opatřením je boj proti hepatotropním virům, vakcinací proti virové hepatitidě A a B. Do preventivních opatření patří i omezení užívání léků, jakýkoliv lék navíc by měl pacient konzultovat se svým lékařem. Předepsané léky by se měli užívat pravidelně, a to pouze v předepsaných denních dávkách (Kachlík, 2013).

1.2.15 Sledování pacientů s jaterní cirhózou

Všichni pacienti s jaterní cirhózou by měli být sledováni a pravidelně vyšetřováni, nejlépe ve specializovaných hepatálních poradnách. Smyslem těchto kontrol je odhadnout vhodný čas pro transplantaci jater, pokud je k ní pacient indikován, zachytit včas projevy selhávání jater, posoudit vhodný okamžik k zahájení preventivní léčby krvácení z jícnových varixů a odhalit včas přítomnost hepatocelulárního karcinomu (Hůlek, Urbánek, 2018).

1.3 Kvalita života pacienta s cirhózou

Jaterní cirhóza je často spojena se zhoršením kvality života. Postihuje fyzickou, ale i psychickou složku vnímání zdravotního stavu a má i socioekonomické důsledky. Pacient negativně vnímá zvýšenou únavnost, nevykonnost, pruritus, poruchy spánku, svalové křeče, dyspepsie, hubnutí, ascites a projevy jaterní encefalopatie. Vnímání kvality života je vždy částečně subjektivní. V souvislosti se zdravotním stavem se užívá termín „kvalita života závislá na zdraví“, který zahrnuje omezení, zdravotní rizika, funkční omezení, nutnost sociální pomoci, socioekonomické podmínky a samotné vnímání zdravotního stavu nemocným (Klener, 2012).

1.3.1 Historie kvality života

Kvalita života byla poprvé zmíněna v práci Pigoua (Arthur Cecil Pigou byl anglický ekonom, v letech 1908–1943 byl profesorem politické ekonomie na univerzitě v Cambridge, jeho hlavním přínosem je rozvoj ekonomie blahobytu) v roce 1920. Zabýval se v ní ekonomii a sociálním zabezpečením. V Evropě se pojem kvalita života

objevil v programu Římského klubu. Jednou z hlavních aktivit klubu bylo programové zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života.

První faktory, které ovlivňují kvalitu života, byly vymezeny W. Forresterem (Jay Wright Forrester byl americký vědec a výzkumník, zakladatel systémové dynamiky a průkopník v oblasti kybernetiky a počítačů.) a patřily k nim finance zabezpečující životní standard, stav znečištění životního prostředí, zabezpečení potravinami a hodnota růstu počtu obyvatel. Tyto faktory byly rozšířeny a doplněny v roce 1961 OSN. V současné době je kvalita života nedílnou součástí všech vědních oborů. V lékařství je kvalita života jedním z nejdůležitějších ukazatelů při volbě a hodnocení celkové úspěšnosti léčby (Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

V polovině minulého století se kvalitou života chronicky nemocných pacientů a stárnoucí populace začali zabývat sociologové. Zkoumalo se, zda je postačující pouze medicínský přístup k léčbě chronických nemocných. Ukázalo se, že je potřeba na tento problém nahlížet v širších souvislostech, a to z hlediska psychologického, sociálně-psychologického, sociálního (Křivohlavý, 2009).

1.3.2 Definice pojmu

Kvalita života-pojem zdánlivě mnohoznačný a těžko definovatelný, ale často zmiňovaný a pro každého aktuální. Pojem složitý a velmi široký. Těžko uchopitelný pro svou multidimenzionalitu a komplexnost. Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života i samotného bytí. Existuje řada definic kvality života. Ani jedna z nich však nebyla v průběhu třiceti let všeobecně akceptována. Nejlépe pojem kvalita života vysvětluje definice, která popisuje kvalitu života chápanou jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Patří k nim sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým způsobem interagují a ovlivňují tím lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností (Payne, 2005).

V medicíně a zdravotnictví má rozhodující význam definice, opírající se o pojetí zdraví Světové zdravotnické organizace. Dle organizace je kvalita života to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu. Kvalitu života můžeme rozdělit na objektivní a subjektivní. K subjektivní kvalitě života patří lidská

emocionalita a všeobecná spokojenost se životem, výsledná spokojenost je závislá na osobních cílech, očekáváních a zájmech. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků, týkající se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního postavení a fyzického zdraví. Vnímání kvality života je bytostně subjektivní a individuální (Payne, 2005).

Zkoumání kvality života ve zdravotnictví má velký význam pro další péči o nemocné. Prakticky jde o sledování dopadu nemoci a jejího léčení na jednotlivé oblasti života, které tak určují další hodnotu žití. V případě vážně nemocných pacientů to nemusí vždy znamenat strádání ve všech oblastech života. Tedy přítomnost nemoci, její překonání či akceptace neznamená, že nemocný vnímá svůj život jako nekvalitní (Hudáková, Majerníková, 2013).

1.3.3 Měření kvality života

V lékařství a v psychologii se kvalita života považuje za vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který je vhodnějším indikátorem zdraví. Při měření kvality života se jako důležité jeví zohlednit: komplexnost měření (hodnocení fyzického zdraví není samo o sobě dostačující pro hodnocení kvality života), subjektivita (existence vnitřních osobních norem, které se v průběhu nemoci modifikují), relativita důležitosti jednotlivých součástí života (každý člověk preferuje jako důležité různé aspekty bytí), kulturní relevance, pro použitelnost v různých kulturních prostředích (Linková, Kimáková, 2010).

1.3.4 Hodnocení

Při hodnocení kvality života je objektem hodnocení život, který vymezuje jevy a činnosti živého organismu, které jsou sledovány v kontextu paradigma ošetřovatelství. Předmětem hodnocení je jednotlivec nebo skupina. Největší význam hodnocení kvality života je u chronicky nemocných pacientů, zde je přínos výsledků nejvýznamnější (Heřmanová, 2013).

Kvalita života se nejčastěji hodnotí u onkologických pacientů, diabetiků, kardiovaskulárních, neurologických onemocnění a u seniorů, tedy především u onemocnění, kde často dochází k invalidizaci, která omezuje jedince v běžných denních

aktivitách a v dodržování režimových zásad. Zmíněná onemocnění mají dopad na kvalitu života, kterou ovlivňují faktory, jako jsou například charakter léčby (často je léčba substituční, zaměřená na léčbu příznaků nemoci, než na léčbu kurativní, která má často nežádoucí účinky), prognózy onemocnění (prognóza je většinou nejasná a zasahuje do života pacienta), selfmanagement onemocnění (nemoc se stává součástí života pacienta), komplikace chronických onemocnění (při nedodržování farmakologického režimu), ale také domácí péče, včasnost kontrol, sledování a dodržování režimu.

Kvalita života u chronicky nemocných pacientů je podmíněna fyzickými aspekty (intenzitou, trváním, rozsahem symptomů, jejich lokalizací a komplikacemi nemoci), psychickými a sociálními faktory, z čehož vyplývá, že kvalita života u těchto pacientů je multifaktoriálně podmíněná. Výsledky zkoumání v této oblasti jsou zapojovány do praxe, v níž se zaměřujeme na oblasti vnímání dopadu nemoci (tedy zaměřena na léčbu nemoci), na determinanty kvality života (ovlivňující faktory), efekt terapeutické intervence. V rámci ošetrovatelské péče se stává kvalita života dlouhodobým cílem v oblasti zvyšování kvality života u chronicky nemocných pacientů. Cílem je znovunavrácení pacientů do běžného života, zabezpečení zvládání běžných aktivit denního života, využívání sociálních služeb (Gurková, 2011).

Abychom mohli kvalitu života pacientů zlepšit, musíme ji nejdříve přesně definovat a následně měřit, diagnostika kvality života je základním předpokladem úspěšnosti ošetrovatelských intervencí zaměřených na její zlepšení. Právě tato pozice hodnotícího kritéria pro výběr konkrétních intervencí je důvodem, proč je důležité přesně vymezit její význam v kontextu ošetrovatelství. Ten nabývá na intenzitě v současnosti tak zmiňované praxe založené na důkazech (Gurková, 2011).

1.3.5 Nemoc a kvalita života

Nemoc je ne-možnost realizovat životní pohyb na cestě, který je vlastní životu každého jedince. Medicína by měla být zaměřena na všechny součásti této cesty, tedy lidi, Zemi, svět a bohy. Žijeme ale ve výkonové společnosti zaměřené na účinnost a efektivitu. Hlavní je vůle k moci. Lékaři často odstraňují nemoc jen jako to, co se musí odstranit, jako technickou věc a ostatní je většinou nezajímá (Hogenová, 2009).

2 Výzkumná část

2.1 Výzkum

Výzkum je soubor činností, přinášejících nové poznatky. Vědecký výzkum se snaží porozumět, vysvětlit, předpovědět a přezkoumat jednotlivé fenomény, kterými jsou v ošetrovatelství pozorovatelné příznaky nemoci. Výzkum v ošetrovatelství přispívá k rozvoji teorie a vědecké základny informací o ošetrovatelství, pomáhá aplikovat teoretické poznatky na potřeby praxe (Kutnohorská, 2009).

2.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl výzkumu: Zjistit do jaké míry je ovlivněna kvalita života pacienta s jaterní cirhózou a detekovat rizikové oblasti.

Výzkumná otázka 1: Co omezuje pacientovu fyzickou aktivitu?

Výzkumná otázka 2: Jak pacient vnímá své onemocnění?

Výzkumná otázka 3: Narušuje jaterní cirhóza sociální interakci?

2.3 Metodika výzkumu

K výzkumné části bakalářské práce byl použit kvalitativní výzkum, metodou dotazování. Technikou byl sběr dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pacienty s jaterní cirhózou. Rozhovor obsahoval dvanáct otázek, rozdělených do tří oblastí, které bylo možno doplnit podotázkou, vyplývající z průběhu rozhovoru (příloha č. 1).

2.4 Charakteristika respondentů

Výzkumný soubor tvořilo šest pacientů s jaterní cirhózou. Tito pacienti byli v době rozhovoru hospitalizováni na Infekčním oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod, nebo se dostavili na pravidelnou kontrolu do Hepatální poradny Nemocnice Havlíčkův Brod. Rozhovory probíhaly na různých místech oddělení. Pacientovo soukromí bylo vždy zachováno.

Pacient 1: žena, 66 let, jaterní cirhóza, jícnové varixy druhého stupně, nyní bez ascitu, nově diagnostikována mammy. Přichází do hepatální poradny na pravidelnou kontrolu.

Chronický abusus alkoholu v anamnéze, nyní údajně nepije. Důchodkyně, byla kadeřnice, pracovala ještě tři roky po odchodu do důchodu. Žije s manželem, má dvě děti.

Pacient 2: žena, 53 let, jaterní cirhóza, splenomegalie, portální hypertenze, ascites, caput medusae, na kontroly do hepatální poradny nechodí. Nyní hospitalizovaná na infekčním oddělení pro icterus, bolesti kloubů, únavu, z laboratoře hlášena pozitivita hepatitis E. Výraznější abusus alkoholu neguje. Při přijetí 1 promile alkoholu v krvi. Pracuje jako dělnice v pálenici, žije s manželem a synem.

Pacient 3: žena, 51 let, dekompenzovaná jaterní cirhóza, portální hypertenze, počínající jícnové varixy, ascites, gastropatie, subakutní jaterní selhání, přijata na infekční oddělení pro progresi ikteru, anemii, únavový syndrom. Abusus alkoholu v anamnéze, nyní prý zcela abstinguje. Pracuje jako vrchní účetní ve firmě, žije s manželem, synem a tchyní.

Pacient 4: muž, 59 let, jaterní cirhóza, trombocytopenie, přichází do hepatální poradny na pravidelnou kontrolu. Žije sám, chronický ethylik, nyní konzumaci alkoholu popírá. Pracoval jako zámečník, nyní dva roky v invalidním důchodu.

Pacient 5: muž, 75 let, jaterní cirhóza, mohutné jícnové varixy, ascites, splenomegalie, trombocytopenie. Důchodce, dříve obkladač, ženatý. Abusus alkoholu v minulosti výrazný, nyní abstinguje.

Pacient 6: muž, 67 let, jaterní cirhóza nově diagnostikována náhodně při hospitalizaci pro erysipel bérce LDK, nicméně pokročilá, etyl. etiologie, trombocytopenie, koagulopatie, jícnové varixy. Důchodce, dříve rozvoz uhlí, žije s manželkou.

Alkohol nyní už nepije, dříve tvrdý alkohol i pivo.

2.5 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal od prosince 2018 do února 2019 na Infekčním oddělení a v Hepatální poradně tohoto oddělení, v Nemocnici Havlíčkův Brod, se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (příloha 2). Všechny rozhovory byly realizovány se souhlasem dotazovaných, byly zaznamenávány na papír a poté přepsány. Každému rozhovoru předcházelo krátké seznámení s tématem bakalářské práce a s důvodem výzkumného šetření.

2.6 Zpracování dat

Rozhovory jsou přepsány přesně tak jak byly zaznamenány, bez jazykových úprav.

„Dobrý den, jmenuji se Lenka Langpaulová a pracuji tady na oddělení jako vrchní sestra. Studuji dálkově Vysokou školu polytechnickou v Jihlavě. Jsem v posledním ročníku a píši bakalářskou práci na téma Kvalita života pacienta s jaterní cirhózou. Ráda bych Vám položila pár otázek týkajících se vašeho onemocnění. Vaše odpovědi zůstanou anonymní, nikde neuvedu žádné Vaše osobní údaje.”

ROZHOVOR 1

S pacientkou se setkáváme při pravidelné kontrole v hepatální poradně. Je ve fázi pokročilé dekompenzované jaterní cirhózy. Na otázky odpovídá ochotně. Rozhovor vedeme v soukromí v pracovně.

„Můžeme se pustit do rozhovoru?“

„Ano, jistě.“

„Máte dost energie na zvládání běžných každodenních činností?“

„Zvládám zatím všechno sama. Ted' jsem v důchodu, ale zpočátku jsem ještě chodila do práce, jsem kadeřnice a bavilo mě to, skončila jsem s tím kvůli operaci prsa. Taký pracuju na zahrádce. Doma si také zvládnou udělat všechno sama.“

„Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohla normálně fungovat?“

„Občas ano. Chodím po půl roce do hepatální poradny, taky na gynekologii a k zubaři. Beru léky na játra. Ted' mě čeká operace druhého prsa.“

„Musela jste po diagnostikování Vašeho onemocnění jater nějak změnit svůj životní styl?“

„Snažila jsem se omezit pití, ale pořád se u nás v rodině něco slaví, my jsme velká rodina, tak je to často, nebo se zapíjí špatné věci. Do Sokola nechodím už dávno, ale mám ráda plavání a procházky.“

„V čem pocítujete omezení?“

„Já mám problémy s trávením a dělala mi dobře Plzeň, ale tu ted' nemůžu.“

„Ani v době, kdy máte kvůli ascitu větší břicho, tak necítíte omezení?“

„Tak to jo, špatně se ohýbám a hůře se mi dýchá.“

„Míváte ho často?“

„Zatím dvakrát během posledního půl roku.“

„Co myslíte, že způsobilo Vaše onemocnění?“

„To ani nevím co přesně, asi to pití. Jinak mě nic nenapadá.“

„Změnil se Váš vztah k alkoholickým nápojům, po diagnostikování nemoci?“

„Nejdřív jsem to jen omezila, ale posledního půl roku nepiju vůbec, ani Pito.“

„Zjišťujete si sama nějaké informace o této nemoci a jejích komplikacích?“

„Sama nic nehledám, s internetem to neumím, přečtu si jen co je třeba v časopisech. Stačí mně, co říká paní doktorka v poradně.“

„Jak často prožíváte negativní pocity, jako například strach, stres, deprese?“

„Než mi přišli na nádor v prsu, tak ne. Ted' mám strach z operace, která mě čeká a z toho jak to bude dál.“

„Rodina je Vám oporou, jak přijali Vaše onemocnění?“

„Přijali to myslím rozumně, největší oporou mi je manžel. Syn ani dcera tady nebydlí, ale jsme dost ve styku. Všichni se snaží.“

„Omezila jste styky s Vašimi přáteli?“

„Ne, to ani ne. Mám tři dobré kámošky a s těma se pořád scházíme.“

„Jak často chodíte do společnosti?“

„Málo, já na to nikdy moc nebyla, spíš chodí všichni k nám.“

„Ovlivnila cirhóza ještě nějak Váš život?“

„Žádný velký změny zatím nepociťuju. Žijeme stejně.“

„Mnohokrát děkuji za Váš čas a ochotu a přeji pevné zdraví.“

ROZHOVOR 2

S pacientkou se setkáváme druhý den hospitalizace na Infekčním oddělení. Dle laboratorních výsledků neabstinuje. Přijata překladem z Interního oddělení pro vzniklý

ikterus, podezření na hepatitis E. Na kontrole v hepatální poradně byla naposledy před třemi lety, s rozhovorem souhlasí ochotně. Cítí se už lépe, ale stále je unavenější. Pacientka leží na pokoji sama, rozhovor vedeme zde.

Můžeme tedy začít?“

„Ano, můžeme.“

„Máte dost energie na zvládání běžných každodenních činností?“

„Ted' je to se mnou horší, jsem dost unavená, ale než jsem se dostala do nemocnice, dělala jsem si všechno sama. Chodím do práce, jsem tam celý den. Doma si uklízím v sobotu a nákupy obstará manžel autem.“

„Tady v nemocnici se obsloužíte sama, nebo potřebujete pomoc?“

„Ne, všechno zvládnou, osprchuju se sama, najím se taky sama.“

„Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohla normálně fungovat?“

„Než jsem se dostala do nemocnice, tak jsem doktora nepotřebovala, no a ted' ho potřebuju každý den.“

„Nechodila jste na kontroly do hepatální poradny?“

„Ne, tam jsem byla, ale už je to dýl.“

„Musela jste po diagnostikování Vašeho onemocnění jater nějak změnit svůj životní styl?“

„Nic moc jsem neměnila, až poslední dobou, jak mi začalo být hůř, tak jsem přestala pít a držím dietu.“

„V čem pocít'ujete omezení?“

„Chodila jsem hodně na procházky a už to nejde jako dřív.“

„Co myslíte, že způsobilo Vaše onemocnění?“

„Možná nedopečené maso a taky mi haprujou játra, čekám na výsledky.“

„Já měla na mysli tu cirhózu?“

„Tak to nevím, v rodině to nemáme.“

„Změnil se Váš vztah k alkoholickým nápojům, po diagnostikování nemoci?“

„Nepila jsem, ani nepiju, takže ne.“

„Zjišťujete si sama nějaké informace o této nemoci a jejích komplikacích?“

„Sama ne, důvěřuju panu primáři.“

„Jak často prožíváte negativní pocity, jako například strach, stres, deprese?“

„Ve stresu jsem z mojí mamky, ona mi vyčítá, že jsem nemocná, chtěla by veškerou pozornost, myslí si, že nemocná je jenom ona.“

„Rodina je Vám oporou, jak přijali Vaše onemocnění?“

„Velkou oporou je manžel, tady i doma, denně za mnou chodí na návštěvy, i doma pomáhá. Děti mám v Plzni a Praze, smířili se s tím všichni, co jim taky zbylo jinýho, jediná ta mamka nebere vůbec ohledy, že jsem nemocná a můžu být občas unavená.“

„Omezila jste styky s Vašimi přáteli?“

„Mám jednu dobrou kamarádku, ale ta neví, že jsem nemocná, nechci jí přidělovat starosti, jinak se s nikým nestýkám.“

„Jak často chodíte do společnosti?“

„Než jsem se zhoršila, chodili jsme s manželem hodně, ale už nechodíme, scházíme se s tou mojí kámoškou u nás na zahradě, nebo u nás doma.“

„Ovlivnila cirhóza ještě nějak Váš život?“

„Řekla bych, že ne, krom občasné únavy.“

„Mnohokrát děkuji za Váš čas a ochotu a přeji pevné zdraví.“

ROZHOVOR 3

S pacientkou vedeme rozhovor pátý den hospitalizace na Infekčním oddělení. Dle laboratorních výsledků neabstinuje. Přijata pro zhoršení stavu. Nyní se cítí lépe. Rozhovor vedeme na pokoji, spolupacientka je na vycházce s rodinou. Na otázky odpovídá srozumitelně i souvisle.

„Můžeme tedy začít?“

„Můžeme.“

„Máte dost energie na zvládání běžných každodenních činností?“

„Myslím, že mám. Normálně chodím do práce, když přijdu domů, zvládnou si vše udělat. K večeru pak někdy cítím únavu.“

„Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohla normálně fungovat?“

„Ležela jsem tady v roce 2016, potom vloni na podzim a teď, jinak chodím na kontroly do poradny po třech měsících, beru pravidelně léky. Jinýho doktora nenavštěvuju.“

„Musela jste po diagnostikování Vašeho onemocnění jater nějak změnit svůj životní styl?“

„Snažím se držet dietu, nejím smažená jídla, nic jinýho se pro mě nezměnilo.“

„V čem pocítujete omezení?“

„Před nemocí jsem chtěla začít cvičit, ale už k tomu nedošlo. Občas jsem jezdila na kole, to už taky nedělám. Moc se nehoním, vše dělám v mírném tempu. Dělala jsem turistiku, teď chodím jen na procházky.“

„Co myslíte, že způsobilo Vaše onemocnění?“

„Vidím to tak, před devíti lety umřel tchán a potom do čtyř měsíců moje maminka. Tchyni jsme nastěhovali k nám, a ta mě začala psychicky trápit, poroučet si doma a plést se do výchovy syna, i když je skoro dospělej. Rozhádala celou rodinu, tak si myslím, že to mám od nervů.“

„Takže si myslíte, že za Vaši nemoc může stres?“

„Asi ano.“

„Změnil se Váš vztah k alkoholickým nápojům, po diagnostikování nemoci?“

„Tvrdej jsem nikdy nepila. Občas malý pivo, nebo víno. Po zjištění nemoci jsem to výrazně omezila.“

„Zjišťujete si sama nějaké informace o této nemoci a jejích komplikacích?“

„Jasně, na internetu, a taky co mi řeknou tady v poradně.“

„Jak často prožíváte negativní pocity, jako například strach, stres, deprese?“

„Ani ne, snažím se soustředit na práci, to mi pomáhá. Jsem v práci hodně, alespoň mám klid od tchyně.“

„Rodina je Vám oporou, jak přijali Vaše onemocnění?“

„Podporu mám v manželovi i synovi, sem za mnou chodí denně. Prožívají to těžce, ale snaží se.“

„Omezila jste styky s Vašimi přáteli?“

„V podstatě se stýkáme stejně. Mám pár nejbližších kamarádek a ty chodí za mnou.“

„Jak často chodíte do společnosti?“

„Skoro vůbec ne, ani před onemocněním jsem moc nechodila. Nemám ráda, jak tam každý nutí alkohol, na všech zábavách je to stejné.“

„Ovlivnila cirhóza ještě nějak Váš život?“

„Chtěla bych to hlavně přežít. Nemám problém se podřídít léčbě, chtěla bych to dotáhnout do dobrého konce.“

„Mnohokrát děkuji za Váš čas a ochotu a přeji Vám, ať se vše, co si přejete, vyplní.“

ROZHOVOR 4

S pacientem se setkáváme při jeho pravidelné kontrole v Hepatální poradně. Je viditelně unavený, omezený bolestí kyčle, chodí špatně, o francouzských holích. Abstinuje. Rozhovor vedeme v soukromí v pracovně. Pacient odpovídá ochotně.

„Můžeme tedy začít?“

„Jistě, můžeme.“

„Máte dost energie na zvládání běžných každodenních činností?“

„Ani ne, mám s tím obtíže, jsem dost unavenej, mám taky problémy s kyčlema, takže mám velký potíže.“

„Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl normálně fungovat?“

„Moc často ne, chodím jen k obvodnímu a sem do poradny, a ještě na ortopedii, ale až dva měsíce nazpátky.“

„Musel jste po diagnostikování Vašeho onemocnění jater nějak změnit svůj životní styl?“

„Dost, po roční neschopence jsem přestal do práce chodit úplně, jsem v invalidním důchodu. Úplně jsem přestal sportovat a musím držet dietu.“

„V čem pocítujete omezení?“

„Dokud jsem měl v pořádku kyčle, tak to šlo, ale nejvíc jsem omezenej v pohybu. Taky jsem musel přestat pít, ale zvyknul jsem si.“

„Co myslíte, že způsobilo Vaše onemocnění?“

„Přetížení organismu, ale i pití, pil jsem deset piv denně.“

„Změnil se Váš vztah k alkoholickým nápojům, po diagnostikování nemoci?“

„No jo, úplně jsem přestal, nedám si vůbec

„Zjišťujete si sám nějaké informace o této nemoci a jejích komplikacích?“

„Ne sám nic nehledám.“

„Takže Vám stačí informace od paní doktorky v hepatální poradně?“

„Jo a taky mi něco říká obvodní paní doktorka.“

„Jak často prožíváte negativní pocity, jako například strach, stres, deprese?“

„Nemívám, po týhle stránce se cejtím dobře, ale chtěl bych se vyléčit, hlavně ty kyčle mě teď hodně zlobí.“

„Rodina je Vám oporou, jak přijali Vaše onemocnění?“

„Já rodinu nemám, mám jen sestru. Jak to vzala nevím, ale pomáhá mi, nakupuje a tak.“

„Omezil jste styky s Vašimi přáteli?“

„Já se s nikým nestýkám, takže ne.“

„V tom případě asi do společnosti také moc nechodíte, ale v minulosti jste chodil?“

„Ne nechodím, jsem pořád doma. Dřív jsem chodil s klukama z práce do hospody, často, ale denně ne.“

„Ovlivnila cirhóza ještě nějak Váš život?“

„Nejvíc mi vadí, že jsem tak vyřízenej, že nemůžu skoro nic, všechno mě snadno unaví.

„Jen si doma uvařím a sedím celý dny u televize.“

„Mnohokrát děkuji za Váš čas a ochotu a přeji, ať je vám lépe.“

ROZHOVOR 5

S pacientem vedeme rozhovor po pravidelné kontrole v Hepatální poradně. Abstinuje. Je v dekompenzované fázi jaterní cirhózy. Udává zhoršení dechu, jinak bez větších potíží. Je v dobré náladě, spolupracuje velmi dobře.

„Můžeme tedy začít?“

„Můžeme.“

„Máte dost energie na zvládání běžných každodenních činností?“

„Zvládám to dobře, jen s usínáním mám potíže a se vstáváním taky. Třeba o víkendu jsem hrabal zahradu a v pohodě.“

„Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl normálně fungovat?“

„No, potřebuju. Do sedmdesáti jsem nepotřeboval nic, pak jsem si ty játra zkazil a teď potřebuju. Chodím sem do poradny každý tři měsíce.“

„Musel jste po diagnostikování Vašeho onemocnění jater nějak změnit svůj životní styl?“

„Přestal jsem pít, no.“

„Pocitujete ještě v něčem omezení?“

„Myslím, že mě omezuje, jen když mi přibude ta voda v břiše, tak ten pohyb je horší.“

„Jak často se Vám ascites dělá?“

„Zatím dvakrát.“

„Co myslíte, že způsobilo Vaše onemocnění?“

„Alkohol.“

„Změnil se Váš vztah k alkoholickým nápojům, po diagnostikování nemoci?“

„Razantně, úplně jsem přestal pít. Paní doktorka mě docela postrašila, že musím přestat, tak jsem přestal.“

„Zjišťujete si sám nějaké informace o této nemoci a jejích komplikacích?“

„Ne to nedělám.“

„Spoléháte se na to, co Vám řeknou tady v poradně?“

„Jo jo.“

„Jak často prožíváte negativní pocity, jako například strach, stres, deprese?“

„To ne, nic takovýho.“

„Rodina je Vám oporou, jak přijali Vaše onemocnění?“

„Dcera i vnučka jsou zdravotnice, tak ty hodně radí, asi se s tím vyrovnaly dobře. Podporují mě.“

„Omezil jste styky s Vašimi přáteli?“

„Ne, neomezil.“

„Jak často chodíte do společnosti?“

„Moc ne, to dřív jsem chodil hodně.“

„Myslíte před onemocněním?“

„No to taky, ale hlavně když jsem byl mladší.“

„Ovlivnila cirhóza ještě nějak Váš život?“

„Myslím, že ani ne, mimo to, co jsme si říkali.“

„Mnohokrát děkuji za Váš čas a ochotu, přeji Vám vše dobré.“

ROZHOVOR 6

S pacientem se setkáváme při první kontrole v Hepatální poradně od propuštění z Infekčního oddělení. Celkový stav zlepšen. Bez dechových potíží, dolní končetiny jsou bez otoků, celkově se cítí lépe. Abstinuje. Rozhovor vedeme v soukromí v pracovně.

„Můžeme tedy začít?“

„Můžeme.“

„Máte dost energie na zvládání běžných každodenních činností?“

„Ale jo, bez omezení, dokonce teď o víkendu, jsem si udělal i dřevo na zátok.“

„Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl normálně fungovat?“

„Žádný doktory nenavštěvuju, jen tady paní doktorku, sem chodím po třech týdnech, ale asi mi to už prodlouží.“

„Musel jste po diagnostikování Vašeho onemocnění jater nějak změnit svůj životní styl?“

„Ne nezměnil jsem skoro nic, přestal jsem pít. Dávám si jedno pito denně.“

„Pocitujete ještě v něčem omezení?“

„Omezení nepocituju, občas jsem unavenější než jindy.“

„Co myslíte, že způsobilo Vaše onemocnění?“

„Pití piva, tvrdej jsem pil taky, tak to za to může.“

„Změnil se Váš vztah k alkoholickým nápojům, po diagnostikování nemoci?“

„To jo, přestal jsem, bez problémů.“

„Zjišťujete si sám nějaké informace o této nemoci a jejích komplikacích?“

„Nezjišťuju, lepší nic nevědět, stačí, co mi řekla paní doktorka tady v poradně.“

„Jak často prožíváte negativní pocity, jako například strach, stres, deprese?“

„Nemám žádný takový pocity.“

„Rodina je Vám oporou, jak přijali Vaše onemocnění?“

„Jo, manželka na mě dohlíží, abych bral správně léky, držel dietu a tak.“

„Omezil jste styky s Vašimi přáteli?“

„Ne, neřekl bych.“

„Jak často chodíte do společnosti?“

„Tak jednou za dva týdny si zajedu autem do restaurace, dám si pito a kávičku. Chlapi se mi smějou, ale mně to nevadí.“

„Ovlivnila cirhóza ještě nějak Váš život?“

„Neovlivnila, možná zatím, ale ne.“

„Mnohokrát děkuji za Váš čas a ochotu a přeji Vám vše dobré.“

3 Diskuze

V bakalářské práci jsme se zaměřili na kvalitu života pacientů s jaterní cirhózou. Výzkumným šetřením bylo zjišťováno subjektivní hodnocení kvality života a míra ovlivnění pacientova života tímto onemocněním. Kritériem pro výběr pacientů, byla pouze diagnostikovaná jaterní cirhóza. Bez ohledu na její etiologii, nebo délku trvání onemocnění. Dále bez ohledu na věk, či pohlaví pacientů.

U všech pacientů byla zjištěna toxonutritivní příčina vzniku onemocnění. Tento výsledek odpovídá i spotřebě alkoholu v České republice, jak lze vyčíst z údajů statistického úřadu. v roce 2017 se vypilo 170,6 litrů čistého lihu na osobu (Český statistický úřad, 2018). Také dle odborné literatury je abusus alkoholu nejčastější příčinou vzniku cirhózy (Hůlek, Urbánek, 2018). Toto potvrzují i výsledky výzkumu Velenové (2009). Ta ve své práci zkoumala 28 pacientů. U 23 z nich byla potvrzena alkoholická cirhóza (Velenová, 2009). Pro porovnání zde také uvádí studii Interní kliniky Fakultní nemocnice Ostrava a II Interní kliniky Fakultní nemocnice Olomouc. Z celkových 151 případů jaterní cirhózy, bylo 110 způsobeno alkoholem (Velenová, 2009).

První oblast výzkumu obsahovala čtyři otázky, zaměřující se na pacientovu fyzickou aktivitu. Na otázku jestli mají dost energie na zvládání každodenních běžných činností, odpověděli tři pacienti, že únavu nepocítují vůbec, jedna pacientka pocítuje únavu jen k večeru, zbylí dva jsou unavení i přes den. Nutno podotknout, že stav jednoho z nich byl komplikován těžkou artrózou kyčlí, ve druhém případě šlo o pacientku, toho času hospitalizovanou. Její stav byl komplikován přidruženým onemocněním a také ascitem, otoky dolních končetin a sníženou chutí k jídlu. Naopak dle odborné literatury je únava pro jaterní onemocnění zcela typická (Steffen, 2010). V bakalářské práci Informovanost pacientů s jaterní cirhózou, uvedla únavu polovina z šesti dotazovaných (Mlezivová, 2014). V diplomové práci Kvalita života pacientů s jaterní cirhózou sledovaných ve FNOL je uvedeno, že únavu pocítuje 71 % z 76 dotazovaných (Drexlerová, 2014).

Druhá otázka se týkala potřeby lékařské péče pro normální fungování. Čtyři z dotazovaných uvedli, že mimo návštěvy Hepatální poradny, jiné lékaře nenavštěvují. Pacient s artrózou navštěvuje pravidelně ortopedickou ambulanci. Jedna pacientka nechodí na kontroly vůbec, což je pro její stav ohrožující, jelikož pacienti s jaterní

cirózou by měli být pravidelně kontrolováni kvůli možnému rozvoji rakoviny jater (Ehrmann, Hůlek, 2014). V naší poradně jsou kontroly plánované v horizontu čtyř týdnů až tří měsíců, při stabilizaci stavu lze kontroly plánovat po půl roce. Mlezivová (2014) ve své práci uvedla, že na pravidelné návštěvy chodí většina z pacientů.

Dále jsme se pacientů dotazovali, zda po diagnostikování onemocnění změnili svůj životní styl. Pět pacientů uvedlo, že přestali pít alkohol a změnili stravování, jeden neuváděl žádné změny. Mimo omezení konzumace alkoholu a diety, uvedl jeden z pacientů nástup do invalidního důchodu a výrazné omezení sportovních aktivit. V práci Mlezivové (2014) většina pacientů udává jako podstatnou změnu nutnost užívat trvale medikaci. Většinou autorů je doporučován relativní klidový režim (Lukáš, 2009). Bohužel z našich zkušeností vyplývá, že většina pacientů, kteří dochází na pravidelné kontroly do naší poradny, životní styl nezmění. Někteří dokonce ani při zhoršujícím se zdravotním stavu. Ve výzkumu Drexlerové (2014) se uvádí, že po zjištění diagnózy změnilo životní návyky 57 % pacientů. Změny se týkaly abstinence alkoholu, dietního stravování, jeden pacient uvedl užívání bylinek a jeden začal chodit na dlouhé procházky.

První oblast uzavírala otázka, v čem pocítují pacienti omezení. Jedna pacientka nepocítuje omezení žádné. Dva pacienti omezili cvičení a procházky. Dva pocítují omezení v období, kdy se jim zvětší ascites. Všichni pacienti jsou v dekompenzované fázi jaterní cirhózy. Předpokládali jsme tedy, že ascites uvedou jako jistou formu omezení, všichni. V odborné literatuře se uvádí, že 80 % případů ascitu je způsobeno jaterní cirhózou. Četnost ascitu u těchto pacientů je tedy ve shodě s literaturou. Mlezivová (2014) uvádí ve své práci výskyt ascitu u poloviny, tedy tří ze šesti, analyzovaných pacientů.

Z odpovědí na první skupinu otázek tedy vyplývá, že fyzickou aktivitu nejvíce ovlivňuje přítomnost ascitu a únava. Výsledky výzkumu v práci Drexlerové (2009) poukazují na to, že pacienti s diagnostikovanou jaterní cirhózou, mají kvalitu života v oblasti Fyzické zdraví sniženu.

Druhá oblast otázek byla cílená na Psychickou oblast. Jak pacient své onemocnění vnímá. Na otázku, co způsobilo jejich onemocnění, odpověděla jedna pacientka, že neví. Jedna pacientka připisuje vinnu stresu. Čtyři pacienti připustili, že alkohol. Užívání alkoholu je příčinou jaterní cirhózy, které lze po celém světě předcházet. Celosvětová

spotřeba alkoholu na osobu úzce souvisí s mírou úmrtí způsobených cirhózou (Healio, 2018).

Na otázku, zda se změnil jejich vztah k alkoholu po zjištění onemocnění, odpověděli čtyři pacienti, že s pitím alkoholu přestali úplně, jedna konzumaci omezila, poslední nepřiznala, že pila a stále pije alkohol. Lze říci, že z naší výzkumné skupiny, byli spíše muži otevřenější v komunikaci o alkoholu a jeho konzumaci. Při komunikaci o požívání alkoholu s pacienty v Hepatální poradně, jsme dále došli ke zjištění, že většina pacientů nepovažuje pivo za alkohol. Zde se shodujeme s Mlezivovou (2014), která ve své práci také uvádí pacienta, který nepovažuje pivo za alkohol. Z její výzkumné skupiny také čtyři pacienti začali abstinovat, což je v souladu s odbornými doporučeními (Hůlek, Urbánek, 2018).

V odpovědích na otázku, týkající se informovanosti o daném onemocnění a možných komplikacích, se pět pacientů shodlo, sami žádné informace nevyhledávají. Jsou spokojeni s informacemi poskytnutými v Hepatální poradně. Pouze nejmladší ze skupiny vyhledává informace také na internetu. Právo na poskytnutí informací je jedno ze základních práv pacientů. Správně poskytnutými informacemi má lékař i sestra možnost motivovat pacienta a navést ho ke správné spolupráci (Šoukalová, 2016). Výsledky mezinárodního systematického přehledu ukázaly, že pacienti, ale i jejich rodiny potřebují informace o onemocnění, a také o psychologické podpoře. Přehled dále ukázal, že praktičtí lékaři a hepatologové často došli ke zjištění, jak je obtížné diskutovat o závažnosti onemocnění a možnostech budoucí péče (Healio, 2018). Dle odpovědí můžeme říci, že informace poskytované v Hepatální poradně jsou nejspíše dostačující.

Na otázku jak často prožíváte negativní pocity, odpověděli čtyři pacienti, že žádné takové pocity nemají. Jedna pacientka je ve stresu, kvůli své tchyni. Druhá má obavy o své zdraví, ale ne kvůli cirhóze, ale protože jí čeká operace prsu. Očekávali bychom spíše, že vzhledem k závažnosti svého onemocnění můžou například strach pociťovat. Potvrzuje to opět naší domněnku, že toto onemocnění podceňují. Jak už je v naší práci uvedeno, jaterní cirhóza je velmi vážné onemocnění s obtížnou léčbou.

Jedinou možností na úplné vyléčení je transplantace jater (Velenová, 2009). Je těžké říci, jak hodně si toto pacienti uvědomují.

Poslední zkoumanou oblastí byla sociální sféra. Zda je nějakým způsobem narušena sociální interakce. V odpovědích na otázku o podpoře rodiny se pět z šesti dotazovaných pacientů shodlo, že podporu mají. Většinou v partnerovi, ale také v dětech, jeden pacient i ve své vnučce. Jeden pacient žádnou rodinu nemá, pouze sestru. Pro něj je zvládání situace náročnější. Podpora rodiny je velice důležitá. Rodina vytváří nejužší zázemí. Kvalita rodinných vztahů má vliv na subjektivní prožívání člověka (Plechatá, 2015). Hodnocení chování blízkých nelze ale zobecňovat, protože při léčbě závislosti, v našem případě na alkoholu, má odmítnutí opory své opodstatnění. Přemíra péče by mohla naopak pacienta v jeho závislosti držet.

Zda se omezily styky s přáteli, byla další otázka. Jeden z pacientů žádné přátele nemá, ostatní styky nijak neomezovali. Většina z nich má pár nejbližších přátel, se kterými se i nadále stýkají. Pomoc přátel, může být stejně důležitá jako pomoc rodiny. Někdy se, nemocný, ve snaze nezatěžovat své blízké, svěří příteli daleko otevřeněji.

Předposlední otázka se týkala chození do společnosti. Dva pacienti do společnosti nechodí, ani nechodili před začátkem onemocnění. Další dva si do společnosti zajdou občas. Zbylí dva chodili hodně před začátkem onemocnění, nyní chodí velmi málo. Mají obavy, aby je známí nepřemlouvali ke konzumaci alkoholu.

Otázka, zda ještě něčím ovlivnila jaterní cirhóza pacientův život, zakončovala celý rozhovor. Čtyři z dotazovaných pacientů uvedli, že zatím žádné omezení nepocítují. Jeden cítí omezení vždy v období vzniku ascitu. Jeden z mužů se cítí omezen hodně, především v pohybu a velkou unavitelností. Tyto výsledky nás překvapily. Očekávali jsme, že toto onemocnění je limitující. Po vzniku onemocnění dochází ke spoustě změn. Pacient musí např. užívat trvale medikamenty, upravit si jídelníček, přestat pít alkohol, upravit si pohybový režim a pravidelně docházet na kontroly do Hepatální poradny. Pokud pacient nedodrží základní doporučení, může si výrazně zkrátit život. Dle odpovědí lze usoudit, že tito pacienti své onemocnění podceňují.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Jaterní cirhóza, je onemocnění, které nebolí. Možná právě proto ho řada pacientů nevnímá jako závažné. Z našeho výzkumu i praxe je patrné, že do chvíle, než mají některé z komplikací, nepovažují za nutné, měnit cokoli ve svém zaběhnutém životním stylu. Změna životního stylu je ale velice důležitá pro další průběh onemocnění. Pacienti by si měli uvědomovat, že poškození jater je nevratné a nese sebou řadu komplikací. Neměli by své onemocnění podceňovat. Důležitá je edukace pacientů, ale i jejich rodin. Dále spatřujeme důležitost v edukaci veřejnosti. Doporučujeme šíření informací formou edukačních materiálů, přednášek, nebo různých sezení. Měl by se změnit, veřejností obecně přijímaný, názor o pozitivním vlivu alkoholu na náš organismus. Také reklamy na alkohol nejsou příliš vhodné.

Jak je ale uvedeno v teoretické části této práce, existují i jiné příčiny vzniku cirhózy. I když alkohol způsobuje většinu případů, a jeho abstinence je velký krok k prevenci vzniku tohoto onemocnění, je třeba si uvědomit, že také očkování proti hepatitidě A a B má své opodstatnění. V naší poradně jsou k dispozici letáky o tomto očkování i možnost se na toto očkování objednat.

Neméně důležitý je i zdravý životní styl. Na základě získaných informací, jsme vytvořili edukační materiál, který je k dispozici jak v Hepatální poradně, tak na Infekčním oddělení.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala kvalitou života pacientů s jaterní cirhózou dispenzarizovaných v Hepatální poradně Nemocnice Havlíčkův Brod, nebo na Infekčním oddělení téže Nemocnice. Při jaterní cirhóze dochází k přestavbě jaterní tkáně, které je nevratné. Komplikace tohoto onemocnění mohou skončit i smrtí. Existuje několik příčin vzniku tohoto onemocnění. U všech pacientů naší výzkumné skupiny byla toxonutritivní etiologie. Výzkumnou skupinu tvořilo 6 pacientů, z toho byli 3 muži a 3 ženy.

Teoretická část se zabývá problematikou jaterní cirhózy a charakterizuje pojem kvalita života. Poznatky z této části práce byly využity v části empirické. Výzkumnou technikou pro sběr dat byl kvalitativní výzkum. Výzkumný nástroj tvořil polostrukturovaný rozhovor, obsahující 12 otázek.

Cílem našeho výzkumu, bylo zjistit, do jaké míry je ovlivněna kvalita života pacienta s jaterní cirhózou a detekovat rizikové oblasti. Pro splnění našeho cíle, jsme si stanovili tři výzkumné otázky. V první výzkumné otázce jsme se zaměřili na omezení pacientovi fyzické aktivity. Z výsledku výzkumu vyplývá, že omezení je velice subjektivní. Většina pacientů se shodla, že omezení nepocítují, což je v rozporu s naší domněnkou, že jaterní cirhóza je onemocnění, přinášející mnohá omezení a změnu životního stylu. Druhá výzkumná otázka se zabývala vnímáním vlastního onemocnění. Podle odpovědí dotázaných, mají informace pro ně dostačující, ale většina nevnímá cirhózu jako velice vážné onemocnění. Zde jsme si naopak potvrdili, že onemocnění podceňují. Třetí výzkumnou otázkou bylo narušení sociální interakce. Námi dotazovaná skupina neuvedla narušení sociálních styků ani vazeb.

Tato bakalářská práce poskytuje subjektivní pohled pacientů na kvalitu života i na vnímání svého onemocnění. Tento pohled není ovlivněn ani věkem ani pohlavím. Některé odpovědi se shodovaly napříč celou výzkumnou skupinou.

Seznam použité literatury

BENEŠ, Jiří. *Infekční lékařství*. Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-644-1.

CIRHÓZA JATER. *Cirhóza jater* [online]. [cit. 2019-3-15].

Dostupné z: <https://www.cirhozajater.cz>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Statistiky* [online]. [cit. 2019-4-24]. Dostupné z:

<https://www.czso.cz/csu/czso/statistiky>

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3817-8.

DREXLEROVÁ, Blanka, 2014. *Kvalita života pacientů s jaterní cirhózou sledovaných v FNOL* [online]. [cit. 2019-4-18]. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

Pedagogická fakulta [online]. [cit. 2019-4-18].

Dostupné z: https://theses.cz/id/am94wv/DP-_DREXLEROV_17_4_pdf

EHRMANN, Jiří, HŮLEK, Petr. *Hepatologie, 2. vydání*. Praha: Grada, 2014.

ISBN 978-80-247-8021-4.

FIALA, Pavel, VALENTA, Jiří, EBERLOVÁ, Lada. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova, 2015. ISBN 978-80-246-9693-2.

GALENUS, 2019. *Cirhóza jater* [online]. [cit. 2019-3-23].

Dostupné z: <http://www.galenus.cz/>

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života, 1. vydání*. Grada, 2011.

ISBN 987-80-247-3625-9.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Slon, 2013.

ISBN 978-80-7419-106-0.

HEALIO, 2018. *Hepatology* [online]. [cit. 2019-3-18]. Dostupné z:
<http://www.healio.com/hepatology/cirrhosis-liver-failure/news/online>

HOGENOVÁ, Anna. *Starost o duši*. Praha: UK-Pedagogická fakulta, 2009.
ISBN 978-80-7290-393-1.

HUDÁKOVÁ, Anna, MAJERNÍKOVÁ, Ludmila. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.

HŮLEK, Petr, URBÁNEK, Petr. *Hepatologie*, 3. vydání. Praha: Grada, 2018.
ISBN 978-80-271-0394-2.

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

KACHLÍK, David. *Úvod do preklinické medicíny*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, 2013. ISBN 978-80-87878-01-9.

KAZIMOUR, Ivan. *Historie zdravotnictví*. E-knihy jedou, 2017.
ISBN 978-80-7512-760-0.

KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, 2011.
ISBN 978-80-247-3068-4.

KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. Praha: Univerzita Karlova, 2012.
ISBN 978-80-7262-857-5.

KOHOUT, Pavel. *Vybrané kapitoly z klinické výživy II*. Forsapi, 2016.
ISBN 978-80-87250-32-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009.

ISBN 978-80-247-2713-4.

LINKOVÁ, Marcela. *Bedeker zdravia: Kvalita života chronicky nemocného človeka*.

Bratislava: RE-PUBLIC s.r.o., 2010. ISSN 13372734.

LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Aleš a kol. *Chorobné znaky a príznaky. 1. vydání*. Praha: Grada,

2009. ISBN 978-80-247-2764-6.

MLEZIVOVÁ, Petra, 2014. *Informovanost pacientů s jaterní cirhózou* [online]. [cit.

2019-4-15]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ww6y48?lang=cs>

MOUREK, Jindřich. *Fyziologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3918-2

NAIR, Muralitharan, PEATE, Ian. *Patofyziologie-pro zdravotnické obory*. Praha:

Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0229-7.

NAŇKA, Ondřej. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-802-4617-176.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví, 1. vydání*. Praha: Triton, 2005.

ISBN 80-725-4657-0.

PLECHATÁ, Veronika, 2015. *Psychologická problematika dlouhodobě nemocných*.

[online]. [cit. 2019-4-18]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita Brno. Lékařská fakulta. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/mx4xa/>

POVÝŠIL, Ctibor, ŠTEINER, Ivo. *Obecná patologie*. Galén, 2011.

ISBN 978-80-7262-773-8.

PRO LÉKAŘE [online]. [cit. 2019-3-21].

Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/tema/jaterni-cirhoza>

STEFFEN, Hans. *Diferenciální diagnostika ve vnitřním lékařství, 1. vydání*. Praha:

Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2780-6.

ŠOUKALOVÁ, Petra, 2016. *Informovanost pacientů o anestezii před plánovaným operačním výkonem*. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.

ŠPIČÁK, Julius a kol. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0318-8.

TRUNEČKA, Pavel, ADAMEC, Miloš. *Transplantace jater*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1671-1.

VAĎUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska, 1. vydání*. Brno, Masarykova univerzita v Brně, 2005, ISBN 80-210-3754-7.

Bc. VELENOVÁ, Ivana, 2009. *Ošetrovatelská péče o pacienta s dekompenzovanou jaterní cirhózou*. [online]. [cit. 2019-4-18]. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

Dostupné z: https://theses.cz/id/70wnwi/VELENOVAI_JATERNI_CIRHOZA_DK_2009pdf.

Seznam příloh

- Příloha č. 1 Otázky rozhovoru
- Příloha č. 2 Žádost o povolení k výzkumu v Nemocnici Havlíčkův Brod
- Příloha č. 3 Základní doporučení pro pacienty s jaterní cirhózou