

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Thanh Tam Bui

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Thanh Tam Bui

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA
S JATERNÍ CIRHÓZOU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Scholz, Ph.D.

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Thi Thanh Tam BUI**
Osobní číslo: **Z18B0008K**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s jaterní cirhózou**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
Stanovit cíl kvalifikační práce
Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
Popsat metodiku praktické části
Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
Dodržet citační normu
Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **elektronická**

Seznam doporučené literatury:

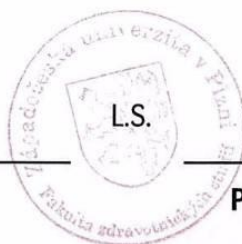
HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 267 s. Sestra. ISBN 978-80-204-2806-6.
HORÁK, Jiří a EHRMANN, Jiří. *Hepatologie do kapsy*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2014. 228 s. Aesku-lap. ISBN 978-80-204-3299-5.
HŮLEK, Petr a kol. *Hepatologie*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. 738 s. ISBN 978-80-271-0394-2.
Postgraduální gastroenterologie & hepatologie: odborný časopis pro lékaře. Hepatocelulární karcinom. Praha: Mladá fronta a. s., 2015. ISSN 2336-4998.
HRUŠOVSKÝ, Štefan. *Praktická hepatológia*. 3. vydanie. Herba, 2015. 304 s. ISBN 978-80-89631-33-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Pavel Scholz, Ph.D.**

Datum zadání bakalářské práce: **31. srpna 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2023**



PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28. 3. 2023

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Bui Thanh Tam

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s jaterní cirhózou

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Scholz, Ph.D.

Počet stran – číslované: 51

Počet stran – nečíslované: 25

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 33

Klíčová slova: játra, jaterní cirhóza, komplikace, ošetrovatelská péče, dotazníkové šetření

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na to, jaké jsou znalosti všeobecných sester o ošetrovatelské péči u pacientů s jaterní cirhózou. Dělí se na teoretickou část, kde je charakteristika jaterní cirhózy, jater. Praktická část obsahuje podrobnou analýzu dat a diskusi.

Abstract

Surname and name: Bui Thanh Tam

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Specifics of nursing care for patient with liver cirrhosis

Consultant: Mgr. Pavel Scholz, Ph.D.

Number of pages – numbered: 51

Number of pages – unnumbered: 25

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 33

Keywords: liver, liver cirrhosis, complications, nursing care, survey

Summary:

The aim of this thesis is to analyse the knowledge of general nurses regarding nursing methods used during treatment of patients suffering with liver cirrhosis. The paper is divided into a theoretical part describing the liver as an organ as well as the characteristics of a liver cirrhosis and a practical part discussing the collected data from an analysis based on conducted surveys.

Předmluva

Bakalářskou práci na téma: Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s jaterní cirhózou, jsem vybrala z důvodu mé časté péče o klienty trpící tímto onemocněním. Na interním oddělení jsem se pokaždé s pacienty postiženými jaterní cirhózou setkávala. Měla jsem možnost o ně pečovat po celou dobu jejich hospitalizace.

Cílem práce bylo zhodnotit znalost všeobecných sester o ošetrovatelské péči u pacientů s jaterní cirhózou.

Poděkování

Děkuji Mgr. Pavlu Scholzovi, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad, ochotu, vstřícnost a trpělivost. Děkuji všem respondentům za vyplnění dotazníku.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	14
1 JATERNÍ CIRHÓZA	15
1.1 Charakteristika onemocnění	15
1.1.1 Popis a vnitřní struktura jater	15
1.1.2 Krevní oběh jater	16
1.1.3 Funkce jater	17
1.2 Epidemiologie	17
1.3 Rizikové faktory ovlivňující vznik onemocnění.....	18
1.4 Klinický obraz a příznaky	19
1.5 Diagnostika	20
1.6 Prevence a léčba.....	22
1.6.1 Transplantace jater.....	22
1.7 Komplikace jaterní cirhózy	23
1.7.1 Ascites	23
1.7.2 Portální hypertenze	24
1.7.3 Krvácení z jícnových varixů.....	25
1.7.4 Hepatorenální syndrom (HRS).....	26
1.7.5 Jaterní encefalopatie	26
1.7.6 Hepatocelulární karcinom	27
1.8 Specifika ošetrovatelské péče	28
1.8.1 Ošetrovatelská péče u punkce břišního ascitu	30
1.8.2 Ošetrovatelská péče u jaterní biopsie	31
2 PRAKTICKÁ ČÁST	32
2.1 Cíl práce.....	32
2.1.1 Hlavní cíl	32
2.1.2 Dílčí cíle	32
2.2 Metodika výzkumu	32
2.2.1 Charakteristika sledovaného souboru.....	32
2.2.2 Metodika práce	33
2.2.3 Organizace výzkumu	33
2.3 Analýza dat a vyhodnocení výsledků dotazníku.....	34
2.3.1 Výzkumné otázky	58
3 DISKUSE	59

ZÁVĚR.....	63
SEZNAM LITERATURY.....	63
SEZNAM GRAFŮ	68
SEZNAM TABULEK	69
SEZNAM PŘÍLOH	70
PŘÍLOHY	71
Příloha A – Stavba jaterního lalůčku.....	71
Příloha B – Porovnání zdravých a cirhotických jater	71
Příloha C – Dotazník	72

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Stavba jaterního lalůčku

Obrázek 2: Porovnání zdravých jater a jater postižených cirhózou

SEZNAM ZKRATEK

ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alanin transamináza
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AST	aspartáttransamináza
ATB	antibiotika
BMI	body mass index
B	blood
Ca	calcium, vápník
CB	celková bílkovina
Cl	chloridy
CT	výpočetní tomografie
CRP	C-reaktivní protein
EKG	elektrokardiogram
ERD	erythrocyty resuspendované de leukotizované
FR	fyzilogický roztok
GCS	Glasgow coma scale
GGT	gama-glutamyl transferáza
HBV	virus hepatitidy B
HCC	hepatocelulární karcinom
HDL	high density lipoproteins
i.v.	intravenózně
K	draslík

KKN..... Karlovarská krajská nemocnice

MCH mean corpuscular hemoglobin

MCHC..... mean corpuscular hemoglobin concentration

MCV mean corpuscular volume

MPV..... mean platelet volume

Na..... natrium, sodík

P plazma

PDW..... platelet distribution width

pH..... potential of hydrogen

PT..... protrombinový čas

RWD red cell distribution width

S sérum

s.c. subkutánně

SpO2 saturace krve kyslíkem

st.p..... status post, stav po

TEN..... tromboembolická nemoc

TIPS transjugulární intrahepatický portosystémový shunt

TK krevní tlak

TT..... teplota těla

U..... urina

USG ultrasonografie

VAS vizuální analogová škála

VLDL..... very low density lipoproteins

ÚVOD

Bakalářskou práci na téma: Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s jaterní cirhózou, jsem si vybrala z důvodu mé časté péče o klienty trpící tímto onemocněním. Na interním oddělení jsem měla možnost o tyto pacienty pečovat po celou dobu jejich hospitalizace.

V bakalářské práci se zabývám problematikou specifík ošetrovatelské péče o pacienty s jaterní cirhózou. Někteří pacienti jsou s dekompenzovanou formou jaterní cirhózy hospitalizováni v nemocnici. Jediný jejich častý blízký kontakt je se zdravotními sestrami, které nemocným poskytují plnou ošetrovatelskou péči vzhledem k jejich onemocnění.

Mým cílem bylo zjistit, jaké jsou znalosti všeobecných sester o ošetrovatelské péči u pacientů s jaterní cirhózou.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První z nich, část teoretická, obsahuje informace týkající se charakteristiky jaterní cirhózy jako onemocnění, anatomii jater, epidemiologii onemocnění, rizikové faktory, symptomy, diagnostiku, prevenci a léčbu, komplikace a specifika ošetrovatelské péče o pacienty postiženými jaterní cirhózou.

Druhá část je praktická, v níž je zmíněn cíl výzkumu, charakteristika sledovaného souboru, metodika práce, organizace výzkumu, analýza dat včetně grafů, diskuse a nakonec závěr.

1 JATERNÍ CIRHÓZA

1.1 Charakteristika onemocnění

Literatura definuje jaterní cirhózu jako difuzní, obvykle progredující onemocnění vedoucí k poruše základní lalúčkové struktury. Je odvozena od řeckého slova *kirrhos*, které znamená nažloutlý. Jedná se o chronický zánět jaterního parenchymu. Dochází zde k nekróze hepatocytů zánětlivou reakcí, proliferací vaziva, nodulární regenerací, transformací a ztrátou lobulární struktury a poruchou intrahepatální mikrocirkulace. Výsledkem je přestavba architektury jater v uzle, ohraničené vazivem.

Cirhózu můžeme označit jako stav nezvratný, jako konečné stadium. Jde většinou o nepříznivý důsledek dlouhodobého užívání alkoholu, ale také o nevratnou fázi chronických jaterních onemocnění. (Horák a Ehrmann, 2014, s. 127-128; Hůlek, Urbánek a kolektiv, 2018, s. 463)

1.1.1 Popis a vnitřní struktura jater

Játra (latinsky – *hepar*) jsou označeny jako největší orgán (parenchymový) v lidském těle. U dospělé ženy obvykle váží 1200-1500 g, což představuje zhruba 3 % tělesné hmotnosti. U dospělého muže váží orgán o něco více, a to přibližně 1500-1800 g. Játra jsou uložena intraperitoneálně v úzké vazbě na pravou bránicí. Dýchacími pohyby bránice orgán mění svou polohu v rozsahu asi 3-4 cm.

Játra mají tvar trojbokého jehlanu, který je položený na bok. Horní přední plocha je plynule zakřivená a naléhá na horní a přední část bránice. S výjimkou úzkého pruhu *ligamentum falciforme* je volná a krytá peritoneem. Tento pruh rozděluje povrch jater na asymetrický pravý a levý jaterní lalok. Zadní plocha jater naléhá na zadní část bránice. Vpravo je krytá peritoneem a volně naléhá na pravou břišní stěnu. Plocha dolní naléhá na břišní orgány a její rámeček je jimi viditelně tvarován.

Širší vazivový pruh *ligamentum hepatoduodenale* zajišťuje spojení s trávicím traktem. Obsahuje cévy, nervy a žlučovod. Jeho jaterní konec se jako místo vstupu a výstupu nazývá jaterní brána (*porta hepatis*) a tvoří rozhraní mezi dalšími menšími jaterními laloky: *lobus caudatus* (ze stran ohraničen dolní dutou žílou) a *lobus quadratus* (ze stran ohraničen žlučníkem). (Hůlek, Urbánek a kolektiv, 2018, s. 17-18)

Za normálních okolností protéká játry asi 1500 ml krve za minutu. Z nich 60 % protéká cestou vrátnicové žíly a zbytek pak jaterní tepnou. Při pozvolném uzávěru jedné z těchto cév dojde ke kompenzatornímu zvýšení průtoku krve otevřenou cévou, takže přítok krve k játrům zůstane zachován. Při náhlém uzávěru jedné cévy však může dojít k ischemickému poškození jater.

Krev z jater odtéká jaterními žilami, které ústí do dolní duté žíly. Žlučovody uvnitř jater začínají žlučovými kanálky, dále se postupně spojují, mohutní a následně vytvářejí pravý a levý vývod jaterní. (Horák a Ehrmann, 2014, s. 13)

Základní stavební jednotkou jater je jaterní lalůček (*lobulus hepatis*). V jeho středu je terminální (centrální) žíla a na periferii jsou portální prostory. V tomto prostoru probíhá větévka portální žíly, jaterní tepny a žlučovod. Jaterní tepna a jaterní žíla se zde spojují a jejich krev se mísí a dále teče k žíle centrální. (Horák a Ehrmann, 2014, s. 14)

Jaterní lalůčky (*lobulus hepatis*) jsou vytvářeny paprscitě uspořádanými trámci, které jsou tvořeny dvěma řadami jaterních buněk (*hepatocytů*). Hepatocyty tvoří asi 60 % buněk v játrech a jsou hlavními buňkami jaterního parenchymu. V nich probíhají všechny metabolické procesy, ukládání glykogenu, tuků. Jejich životnost je zhruba 300-500 dní. Zanikají apoptózou a nekrózou. (Hrušovský, 2015, s. 17)

Povrch jater tvoří Glissonovo pouzdro (*capsula Glissoni*), neboli *tunica fibrosa*. Jedná se o vazivovou vrstvu, která navazuje na vazivo kolem cév, k níž je připojený list peritonea. Vnitřní struktura, která obsahuje především cévní zásobení jater, se začala podrobně studovat až v polovině 20. století. Na základě této studie vzniklo dělení jater na funkční laloky. Toto členění vychází z Glissonovy (jaterní, portální) triády, skládající se z portální žíly, jaterní tepny a žlučových kanálků. Tyto tři systémy na sebe navazují a jejich pletěň obaluje vrstva vaziva, která navazuje až na Glissonovo pouzdro. Větvení jaterních žil tvoří samostatný nezávislý cévní strom. (Hůlek, Urbánek a kolektiv, 2018, s. 18)

1.1.2 Krevní oběh jater

Krevní oběh jater neboli portální systém zajišťuje funkčnost jater. Žíla, která shromažďuje krev z celého trávicího traktu, sleziny, pankreatu a žlučníku se nazývá portální/vrátnicová žíla (*vena portae*). Portální žíla se pak postupně větví na sítě

širokých kapilár a ty se v jaterních lalůčcích dostávají do kontaktu s jaterními buňkami tvořícími jaterní trámce. Krev je po průtoku obohacena živinami vstřebanými střevní sliznicí, které putují do jaterních buněk. Tyto látky dále metabolizují na produkty, které jsou v organismu schopny stavby, obnovy a zajištění funkce všech orgánů a tkání. (Hůlek, Urbánek a kolektiv, 2018, s. 18; Dylevský, 2013, s. 122)

1.1.3 Funkce jater

Játra jsou orgánem nezbytným pro život. Plní mnoho funkcí v organismu, které je možno rozdělit na několik typů: funkci detoxikační, syntetickou, exkreační, regulační, zásobní a metabolickou.

Funkce detoxikační spočívá v odstraňování toxických látek z organismu. Jaterní buňky (*hepatocyty*) vychytávají z krve bilirubin pocházející z hemoglobinu rozpadajících se erytrocytů a po určitých úpravách jej vylučují do žluči. V játrech probíhají i syntetické funkce. Mají schopnost glukoneogeneze, což je novotvorba glukózy z necukerných zbytků (aminokyselin a kyseliny mléčné). Přeměňují sacharidy na tuky – lipogeneze. Zpracovávají tuky tak, že syntetizují cholesterol a lipoproteiny (produkují lipoproteiny VLDL – lipoproteiny o velmi nízké hustotě a HDL – lipoproteiny o vysoké hustotě). Jsou jediným orgánem v těle, který vytváří močovinu – konečný produkt metabolismu bílkovin. Vytvářejí bílkoviny podílející se na srážení krve (fibrinogen, protrombin, proakcelerin), a také bílkoviny plazmatické (až 50 g/den). Funkcí regulační označujeme produkci velkého množství tepla v játrech, což souvisí s jejich vysokou metabolickou aktivitou. Podílí se také na metabolismu sacharidů – skladují, syntetizují a uvolňují glykogen dle potřeby organismu – metabolická funkce. Játra mají význam pro tvorbu červených krvinek – hospodaří se železem, skladují vitaminy skupiny B, zejména B12 – funkce zásobní. (Petřek, 2019, s. 79-80)

1.2 Epidemiologie

Jaterní cirhózu zařazujeme mezi velmi časté onemocnění, které mění jaterní tkáň a ta ztrácí svojí normální funkci. Roční incidence je udávána okolo 70 nových případů na 100 000 obyvatel, a to ve vyspělých zemích. Nemoc postihuje o něco častěji muže, kteří tvoří až 60 % pacientů. V etiologii jaterní cirhózy jsou významné rozdíly v různých částech světa. Ve střední Evropě je nejčastější příčinou cirhózy jater konzumace alkoholu, zatímco

v USA je hlavní příčinou chronická virová hepatitida C. Výrazný rozdíl je ve střední, východní a jihovýchodní Asii a Africe, kde jednoznačně nejčastější příčinou cirhózy je virová hepatitida B. (Drábek a spol., 2012, s. 45)

Vznik jaterní cirhózy způsobené alkoholem závisí na množství a délce jeho konzumace alkoholu, nikoliv na formě. Tvzení, že pivo nebo víno jsou z hlediska jaterní cirhózy bezpečnější než destiláty, není správné. Důležité je množství čistého alkoholu. (Horák a Ehrmann, 2014, str. 130-131) Relativní riziko vzniku jaterní cirhózy rychle stoupá v závislosti na množství a celkové době konzumace alkoholu. Ve srovnání s 20 g denní konzumací po dobu 10-12 let je 16krát vyšší při požívání 40-60 g alkoholu denně, a dokonce 14krát vyšší při 60-80 g denně. Podle Leibacha vznikne jaterní cirhóza u 50 % denních konzumentů 210 g alkoholu za 22 roků a u 80 % těch, kteří konzumují stejné množství 33 let. Obecně se udává, že onemocnění vznikne při denním pití 180-220 g za 25 roků. U žen jsou tyto hodnoty o polovinu nižší. Podle studie GDB (Global Burden Disease) bylo v roce 2020 registrováno více než milion úmrtí na jaterní cirhózu. (Aiglová, Ehrmann a spol., 2020)

V České republice umírá ročně na jaterní cirhózu 20,3 ze 100 000 obyvatel a do konečného stádia dospěje ročně zhruba 2000 nemocných osob. (Horák a Ehrmann, 2014, s. 130-131)

1.3 Rizikové faktory ovlivňující vznik onemocnění

Vznik cirhózy jater je v naší republice přisuzován dlouhodobé konzumaci alkoholu. Pokud se konzumace čistého alkoholu pohybuje kolem 30 gramů/den, tak je člověk vystavován riziku vzniku onemocnění. Jestliže příjem alkoholu stoupne na 80 gramů/den, tak je vznik jaterního poškození jistý.

Mezi další rizikové faktory jaterní cirhózy patří: virové hepatitidy B a C, autoimunitní hepatitida, metabolické choroby (Wilsonova choroba, hemochromatóza), onemocnění žlučových cest (primární biliární cirhóza, primární sklerotizující cholangitida, obstrukce žlučvodů), obstrukce jaterních žil (Buddův-Chiariho syndrom, venookluzivní choroba), léky a toxické látky (metotrexát, amiodaron) a střevní bypass. (Hůlek, Urbánek a kolektiv, 2018, s. 463-464)

1.4 Klinický obraz a příznaky

Při jaterní cirhóze jsou procesy v játrech narušeny a tím se rozvíjí soubory klinických projevů. Snížená detoxikační schopnost jater se projeví především vznikem jaterní encefalopatie. Dále jsou při jaterní insuficienci nedostatečně odbourávány některé hormony, konkrétně estrogeny. Jejich nadbytek se u mužů projevuje vznikem ženského typu ochlupení a gynekomastie. Nedostatečná syntéza jater se projeví anémií, koagulopatií a hypalbuminemií. Nedostatečná exkrece odpadních a dalších látek do žlučí vyústí v rozvoj ikteru a nedostatečného trávení a vstřebávání tuků. Tím vzniká nedostatek vitamínů rozpustných v tucích. Tento nedostatek vede k rozvoji kostní choroby podobné osteoporóze (vitamin D) a prohloubení koagulopatie (vitamin K). Při další progresi jaterní cirhózy je klinický obraz doplněn o příznaky vzniklé z portální hypertenze. Jedná se o otoky dolních končetin, přítomnost ascitu, rozšíření žil v okolí pupku a na bocích. Dochází také ke kožním projevům, které jsou v podobě palmárního erytému (zarudnutí kůže v dlaních) a pavoučkovitých név (drobné teleangiektázie na přední straně hrudníku). Řadu pacientů v pokročilém stádiu nemoci postihuje malnutrice, výrazně jim ubývá svalová hmota a tím dochází ke svalové slabosti. (Drábek, Pročke, Šťovíček, 2012, s. 46)

U jaterní cirhózy rozlišujeme dvě fáze – fázi kompenzovanou a dekompenzovanou. Ve fázi kompenzované, kdy je nemoc teprve na počátku, se objevují nejčastěji: únava, nechutenství, hubnutí, tlak v pravém podžebří, hepatomegalie (zvětšení jater), nauzea a zvracení.

Ascites, krvácení do zažívacího traktu, ikterus, jaterní encefalopatie, malnutrice, svalová slabost a renální selhání v důsledku hepatorenálního syndromu, jsou příznaky u cirhózy dekompenzované. V této fázi dochází i k již zmiňovaným kožním projevům. (Hůlek, Urbánek a kolektiv, 2018, s. 469-470)

Ikterus neboli žloutenka je žluté zbarvení tkání. Nejlépe viditelné na kůži, sliznicích a sklérách. To způsobuje zvýšená hladina bilirubinu v séru. Normální hladina bilirubinu je do 17 $\mu\text{mol/l}$. Při zvýšení do 35 $\mu\text{mol/l}$ není žluté zbarvení na těle patrné. Až při hodnotách od 35-50 $\mu\text{mol/l}$ pozorujeme patrné nažloutnutí. Nepřehlédnutelné žloutnutí vidíme při hodnotách nad 50 $\mu\text{mol/l}$. (Horák, Ehrmann, 2014, s. 54-60)

1.5 Diagnostika

Diagnostiku vždy provádí lékař. Důležitou součástí diagnostického procesu je vždy odběr anamnézy a provedení fyzikálního vyšetření. V anamnéze jde o pohovor s pacientem. Rozdělujeme ji na: nynější onemocnění, osobní, rodinnou, farmakologickou, pracovní a sociální anamnézu, výskyt alergických reakcí a u žen gynekologickou anamnézu. V kategorii nynější onemocnění, zjišťujeme aktuální zdravotní stav pacienta. U osobní anamnézy se ptáme na dlouhodobá onemocnění, která pacient prodělal, včetně operací. Anamnéza rodinná by měla obsahovat onemocnění, která se vyskytují v rodině nemocného. Důraz je kladen na dědičná a maligní onemocnění. Dále pátráme po aktuálně užívaných lécích – farmakologická anamnéza. Důležité jsou i alergie na farmaka či potravinové alergie.

Při fyzikálním vyšetření používáme pravidlo 5P: pohled, poklep, pohmat, poslech a per rektum vyšetření. Pohledem hodnotíme dýchací pohyby, otoky, přítomnost kýl, jizvy a jejich stav, stomie a píštěle. Poklepem se posuzuje odpor břišní stěny, její bolestivost, obsah a orientačně velikost orgánů. U zdravého člověka je poklep bezbolestný. Hmatem (palpací) pátráme po hepatomegalii, přítomnosti ascitu a dalších známkách jaterní cirhózy. Játra postižená jaterní cirhózou jsou při palpaci tuhá a zvětšená. Vyšetření pohmatem řadíme mezi nejdůležitější metodu vyšetření břicha. Peristaltiku a popř. paralytický ileus dutiny břišní hodnotíme poslechem. U zdravého člověka jsou střevní fenomény slyšitelné 15krát za minutu. Vyšetření provádíme pomocí fonendoskopu. K posouzení okolí anu, análního kanálu a rektální ampuly se využívá per rektum vyšetření. Zkoumáme stav kůže a sliznic, napětí, bolestivost, obsah, barvu a zápach stolice. (Holubová a kol., 2013, s. 64-66)

Při pátrání po etiologii jaterní cirhózy je třeba provést laboratorní vyšetření. Tato vyšetření zahrnují: hematologické a biochemické vyšetření (krevní obraz, koagulační vyšetření – Quickův test; APTT, mineralogram – Na, K, Cl; jaterní testy, bilirubin, ureu, kreatinin, glykemii, cholesterol).

Základními vyšetřovanými enzymy, které poukazují na poškození jaterních buněk, jsou AST (aspartátaminotransferáza) a ALT (alaninaminotransferáza). ALT se nachází pouze v játrech narozdíl od AST, která je i v srdci, ledvinách nebo mozku, a proto je její zvýšená hladina více ohrožující. Pro zjištění poškození jaterních buněk vlivem dlouhodobého požívání alkoholu slouží hladina GMT (gamaglutamyltransferáza). (Ehrmann, Hůlek a kol., 2014, s. 45-47).

Funkčnost jater uvádí hladina albuminu, prealbuminu a srážecích faktorů. Při cirhóze jater klesá hladina albuminu v séru, a to především v dekompenzované fázi za přítomnosti ascitu. Prodlužuje se protombinový čas, který udává dobu přeměny srážecích faktorů. (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 46-47). Při zániku erytrocytů se v játrech tvoří bilirubin. Bilirubin se dělí na konjugovaný a nekonjugovaný. Nekonjugovaný bilirubin prochází přes trávicí trakt a přeměňuje se na urobilinogen. Přítomnost konjugovaného bilirubinu v moči se projeví její tmavou barvou. Zvýšená hladina bilirubinu v séru se vyskytuje u nemocných s chronickým onemocněním jater. (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 47-48).

Mezi další základní vyšetření patří břišní sonografie neboli ultrazvuk. Játra nemocných jaterní cirhózou mají typicky zvýšenou echogenitu a zhrubělou echotexturu. Sonografií zjistíme i komplikace jaterní cirhózy, jako je hepatocelulární karcinom, ascites a známky portální hypertenze.

CT je spíše doplňujícím vyšetřením. Můžeme vidět povrch jater a detekovat trombózu v portální nebo lienální žíle. Lze provést také magnetickou rezonanci – MR k objasnění podoby jaterních ložisek. MRCP – cholangiopankreatografie magnetickou rezonancí můžeme neinvazivně prokázat překážku odtoku žluči ve velkých žlučovodech.

V nejasných případech je nejjistější diagnostika histologická (jaterní biopsie). Ve stadiu dekompenzace je však nejtypičtější právě laboratorní vyšetření a nálezy z vyšetřovacích zobrazovacích metod. V laboratorních nálezech se většinou projeví trombocytopenie, anemie, leukopenie, hypalbuminemie, hypergamaglobulinemie nebo hyperbilirubinemie.

ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie je indikována při podezření na biliární obstrukci. (Drábek, Pročke, Šťovíček, 2012, s. 46-48)

Diagnóza závisí tedy na pokročilosti cirhózy. U latentní cirhózy pacient nemá žádné subjektivní potíže ani klinické symptomy. Ve fázi dekompenzace (přítomnosti ascitu, ikterus, krvácení z varixů či encefalopatie) u pacientů s virologickými, sérologickými a biochemickými známkami jaterní choroby je diagnóza jasná i bez jaterní biopsie. (Hůlek, Urbánek a kolektiv, 2018, s. 471)

1.6 Prevence a léčba

Prevence jaterní cirhózy spočívá v omezení nadměrné konzumaci alkoholu. Tolerance alkoholu je u každého člověka jiná. Za nebezpečné se považuje požívání 60 gramů alkoholu za den, což odpovídá 4 půllitrům piva nebo lahvi vína. Uvedené množství platí pro muže. Tolerance žen k působení alkoholu je nižší. Jejich játra poškozuje už trojnásobně nižší množství zkonsumovaného etanolu. Nejnebezpečnější bývá pravidelná a dlouhodobá konzumace alkoholu.

Mezi prevencí řadíme i dodržování osobní hygieny, zejména hygieny rukou. Další součástí prevence je nechat se očkovat proti hepatitidám. V současné době jsou nejdostupnější očkovací látky na hepatitidu A – Havrix, Avaxim, na hepatitidu B – např. Engerix.

Léčba jaterní cirhózy se liší podle fáze onemocnění, přítomnosti komplikací a spolupráce pacienta. Do symptomatických postupů a metod zařazujeme režimová opatření. Všichni pacienti s jaterní cirhózou by měli dodržovat relativní klidový režim. Strava by měla být s omezením tuku, rozdělená denně na menší porce. Mezi vhodné způsoby přípravy pokrmů patří vaření a dušení. U pacientů s ascitem je nutné snížit příjem soli kvůli otokům. Krom toho sem patří hlavně abstinence alkoholu. U nemocných při abstinenci dochází k poklesu portální hypertenze, a tak ke zlepšení funkčního stavu nemocného. Stav může být dlouhodobě stabilizovaný. (Hůlek, Urbánek a kolektiv, 2018, s. 472)

Do farmakologické terapie jaterní cirhózy zařazujeme diuretika, jako je Furosemid nebo Spironolacton (Verospiron). Podáváním vitaminů D a kalcia se snažíme zabránit vzniku kostních chorob. Metipranolol a Carvedilol se podává u osob s rizikem krvácení z jícnových varixů. (Brůha, 2021, s. 2-3)

1.6.1 Transplantace jater

Jako jedinou metodou léčby dekompenzované jaterní cirhózy je transplantace jater. Jedná se o chirurgickou metodu sloužící k náhradě jater jaterní tkání přenesenou od žijícího nebo zemřelého dárce. Tato metoda je již známá od poloviny 60. let minulého století a její klinické využití v západním světě se datuje od 80. let. V České republice jsou transplantační centra dvě, a to v Praze (IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny) a v Brně (CKTCH – Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie). V posledních letech u nás

došlo ke značnému zvýšení počtu transplantací jater. Česká republika se tak dostala mezi přední země Evropy s počtem 19 transplantací na 1 milion obyvatel za rok v roce 2015. Průměrné čekání nedosahuje ani 6 měsíců.

Transplantace se provádí u pacientů, u kterých předpokládáme, že je jejich organismus natolik silný, aby překonal pooperační uzdravení. Transplantovaný štěp může být tvořen játry celými nebo jen částí jater. Faktory důležitými pro dosažení příznivých výsledků jsou perioperační a pooperační intenzivní péče, adekvátní imunosupresivní léčba a schopnost poskytnout dlouhodobé sledování, které svým způsobem reaguje na vzniklé komplikace nebo jim předchází. Pacienti, u kterých jsou členové transplantačního týmu na základě šetření psychologů, psychiatrů a sociálních pracovníků, přesvědčení o jejich dlouhodobé abstinenci, jsou zařazeni na listinu čekajících na transplantaci. (Špičák, 2017, s. 177-178; Trunečka, 2019, s. 588-592)

Po transplantaci je nutné užívat imunosupresiva po celý život, důležité je také dlouhodobé sledování na specializovaném pracovišti. V ČR jeden rok po transplantaci přežívá 90 %, pět let 82 % a deset let 74 % pacientů. (Drábek, Pročke a Šťovíček, 2012, s. 53)

1.7 Komplikace jaterní cirhózy

Pokračujícím procesem fibrotizace a uzlovité přestavby jater je postupná ztráta jaterních funkcí. Progresi cirhózy provázejí klinické projevy, které jsou označovány jako komplikace. V některých případech je, ale toto označení nesprávné, protože spíše než o komplikace se jedná o následky přirozeného chronického průběhu jaterní cirhózy. Většina „komplikací“ souvisí s portální hypertenzí. (Drábek, Pročke a Šťovíček, 2012, s. 55)

1.7.1 Ascites

Ascitem označujeme nahromadění tekutiny v dutině břišní. U pacientů s pokročilou jaterní cirhózou patří vznik ascitu do tzv. dekompenzace. Je to nejčastější komplikace nemoci a jeho vznik znamená velice špatnou prognózu.

Léčba spočívá ve velikosti ascitu. Konzervativní léčba spočívá v dietě s mírným omezením soli a v podávání diuretik. Malé výpotky se neléčí, výpotky střední velikosti léčíme diuretiky a výpotky velké evakuačními břišními punkcemi. (Horák, Ehrmann, 2014, s. 71-72)

Tekutina je většinou serózní (čirá, světloužlutá), ale může být i zkalená. Může mít charakter transsudátu nebo exsudátu. Transsudátem označujeme tekutinu nezáznětlivou, která vzniká při změně tlakových poměrů na úrovni kapilár. Naopak exsudát je záznětlivá tekutina zkalená, má až hnisavý charakter. Punkce se provádí z diagnostických i terapeutických důvodů. Odčerpáním tekutiny se uvolní tlak na břišní orgány a tím se pacientovi uleví. Vzorek se poté posílá na mikrobiologické, biochemické nebo cytologické vyšetření. V punktátu je nutné zjistit celkovou bílkovinu, albumin, amylázu, triglyceridy, laktát, počet erytrocytů a leukocytů.

Břišní punkce se provádí za sterilních podmínek, kdy sestra připravuje sterilně prostřený instrumentační stůl a následně asistuje lékaři při samotném výkonu. Tekutina se odpuští punkční jehlou, sleduje se její množství a vzhled či zápach. Do 5 litrů vypuštěného ascitu lze punkci provést bez farmakologického opatření. Při vypuštění většího množství je potřeba podat intravenózně albumin (6-8 g na litr ascitu). Důvodem je prevence hypovolemie a následného renálního selhání. (Holubová a kol., 2013, s. 143-145)

1.7.2 Portální hypertenze

Při progresi jaterní cirhózy dochází postupně ke zvýšení krevního tlaku v portálním řečišti. Na jejím rozvoji se podílí: zvýšený krevní průtok portálním řečištěm a zvýšený odpor krevnímu průtoku v játrech postižených jaterní cirhózou. Zvýšený průtok krve nastává kvůli zvýšenému srdečnímu výdeji a periferní cévní vazodilataci pacientů s jaterní cirhózou. Za tyto hemodynamické změny zodpovídá zvýšené uvolňování oxidu dusnatého, který má silný vazodilatační účinek. V důsledku zvýšeného tlaku dochází ke stagnaci krve před játry.

Portální hypertenzi diagnostikujeme z anamnézy a klinického obrazu. Dále se provádí gastrokopie (ke zjištění jícnových a žaludečních varixů), sonografie, kontrastní CT břicha a MRI. (Drábek, Pročka a Šťoviček, 2012, s. 56-57)

1.7.2.1 TIPS – Transjugulární intrahepatický portosystémový shunt

Transjugulární intrahepatická portosystémová spojka (TIPS) je radiologická invazivní metoda vedoucí ke snížení portálního tlaku u pacientů se symptomatickou portální hypertenzí. Vytvoří se spojka mezi žílou jaterní a intrahepatální větví portální žíly. V České republice byla TIPS poprvé zavedena v roce 1992 v Hradci Králové.

Před vlastním výkonem je indikováno CT vyšetření či MR. Je vždy nutno vyloučit chronický uzávěr portální žíly. Celý výkon se provádí v lokální anestezii a nemocný je tlumen léky, jako je midazolam. Poté jsou dle potřeby podávány opioidní analgetika, např. fentanyl. Během výkonu probíhá běžná monitorace vitálních funkcí pacienta. Prvním krokem při zavádění TIPS je kanylace pravé vnitřní jugulární žíly Seldingerovou technikou. Následuje katetrizace žil jaterních, která se provádí pomocí vodiče a katétru. Katétr a vodič jsou následně umístěny hluboko v pravé jaterní žíle. Následuje měření tlaku ve volné a zaklíněné žíle, k čemuž se využívá balónkový katétr. V dalším kroku se vytvoří vlastní intrahepatální kanál mezi hlavní větví portální žíly a jaterní žílou pomocí balónkového katétru. Nakonec se zavede stent do predilatovaného kanálu a balónkem je dodilatován na požadovaný průměr (většinou 8, 10 či 12 mm). Celý výkon trvá zhruba 1-2 hodiny.

Vzhledem k nízké zátěži pro nemocného může být TIPS proveden v urgentních situacích při krvácení, u starších pacientů, a i u klientů s pokročilejší jaterní cirhózou či s ascitem. Hlavními problémy po zavedení jsou: vznik stenóz ve zkratu a rozvoj jaterní encefalopatie. Z tohoto důvodu je nutné pravidelné sledování pacientů. (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 613-616)

1.7.3 Krvácení z jícnových varixů

Jícnové varixy nalézáme při endoskopii v distální třetině jícnu. Jejich krvácení je jedním z nejzávažnějších stavů pacientů s portální hypertenzí a jaterní cirhózou. V běžné populaci nemocných s jaterní cirhózou je roční riziko krvácení kolem 4 %, u nemocných s již diagnostikovanými varixy však číslo přesahuje 15 %. (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 188)

Léčba má probíhat na oddělení intenzivní péče s přítomností endoskopického týmu, intenzivisty a radiologa. Jedná se o akutní stav, při přijmutí tedy ihned stabilizujeme pacienta a zabraňujeme aspiraci zvracené krve. Zajistíme žilní vstup a podáme erymasu k náhradě ztracené krve. V současné době jsou v klinické praxi používané vazoaktivní látky – terlipresin, somatostatin a octreotid. (Fejfar, 2017, s. 106-108)

Za nejběžnější endoskopickou léčebnou metodu akutního krvácení se považuje ligace jícnových varixů. Spočívá v tom, že se varix nasaje do nástavce endoskopu a zaškrtí se ligačním kroužkem. V porovnání se sklerotizační léčbou má vyšší účinnost a také nižší

riziko vzniku komplikací. Skleroterapie lze použít v případě, že ligace není technicky možná. Jejím cílem je destrukce cévy aplikací sklerotizačního roztoku.

Dalším postupem při pokračujícím krvácení (selhání léčby) je balonková sonda neboli balonková tamponáda pomocí Sengstaken-Blakemorovy sondy, jícnový stent nebo urgentní transjugulární intrahepatální portosystémová spojka. (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 192-195)

1.7.4 Hepatorenální syndrom (HRS)

Při jaterním onemocnění s portální hypertenzí se může objevit hepatorenální syndrom, což je funkční selhání ledvin při jaterním onemocnění. Představuje vrchol systémových cirkulačních změn při portální hypertenzi. Je nalézán téměř výhradně u nemocných s ascitem. Hlavním mechanismem vzniku HRS je extrémní konstrikce renálních tepen, která vzniká jako reakce na systémovou vazodilataci a hypotenzi.

Existují dva typy hepatorenálního syndromu: typ 1 a typ 2. Typ 1 rychle progreduje a má velmi špatnou prognózu. Nedojde-li k transplantaci, je přežití bez léčby kolem 2 týdnů s léčbou 6-12 týdnů. Typ 2 naopak patří k pomalu progredujícímu. Tito pacienti bez jaterní transplantace přežívají 6-9 měsíců.

Nejvhodnější terapeutickou metodou je transplantace jater. Jelikož transplantace lze provést pouze u malého počtu nemocných, je v tuto chvíli nejvhodnější terapií terlipresin v dávce 0,5-3 mg každé 4 hodiny či kontinuálně v intravenózní infuzi. (Lata, 2013, s. 253; Drábek, Pročke, Šťovíček, 2012, s. 63-64)

1.7.5 Jaterní encefalopatie

Onemocnění jaterní encefalopatie vzniká v důsledku akutního jaterního selhání. Jedná se o neuropsychický syndrom, přičemž zde hlavní roli hraje amoniak. Při jaterní insuficienci není dostatečně metabolizován na močovinu a jeho koncentrace v krevní plazmě i centrální nervové soustavě stoupá. Pacienti pociťují změny nálady, poruchy spánku, v těžších stádiích se nemoc projevuje i trvalou dezorientací až kómatem. (Horák, Ehrmann, 2014, s. 61-62)

Dle tíže postižení rozdělujeme jaterní encefalopatii do pěti stupňů. Stupeň 0 označuje minimální tíži nemoci. Při běžném kontaktu s pacientem nerozpoznáme žádné známky poruchy chování. Změny zjistíme pouze s použitím standardizovaných testů intelektuálních schopností, např. test spojování čísel.

U stupně 1 bývá mírná porucha pozornosti a soustředění, inverze rytmu spánku a bdění, případně poruchy spánku. Jsou zde přítomny změny nálad, deprese a zhoršení náročnějších myšlenkových pochodů.

Stupeň 2 zahrnuje lehkou dezorientaci v čase a výrazné omezení mentálních schopností.

Předposlední stupeň 3 poznáme podle toho, že je pacient somnolentní. Nemocný je dezorientován místem i časem, je zmatený a mluví nesrozumitelně.

Nejtěžší stupeň je stupeň číslo 4. U pacientů je diagnostikován sopor až koma. Dalšími důležitými příznaky jsou hrubý třes akrálních částí končetin a zápach dechu připomínající rozkrojená čerstvá játra.

Léčba jaterní encefalopatie sestává z odstranění symptomů, režimových a dietních opatření a farmakologické léčby. Při jaterní encefalopatii je nutné zabránit zácpě. Stolicе přítomná v trávicím traktu se stává potravou pro bakterie střevní mikroflóry, vytváří dusíkaté zplodiny. Proto je základem farmakologické léčby laktulóza. Díky ní se zkrátí doba, po kterou se mohou neurotoxiny ze střeva vstřebávat. Jediným definitivním řešením léčby nemoci je však transplantace jater. (Drábek, Pročke, Šťovíček, 2012, s. 65-66)

1.7.6 Hepatocelulární karcinom

Hepatocelulární karcinom (HCC) je maligní onemocnění, které vzniká většinou při chronickém jaterním onemocnění – jaterní cirhóze. Jedná se o primární tumor jater. Přibližně 10 % HCC vzniká bez souvislosti s chronickou hepatitidou či abúzem alkoholu, označuje se jako kryptogenní. V celosvětovém měřítku je hepatocelulární karcinom šestým nejčastějším nádorovým onemocněním. Nejvyšší incidenci zaznamenávají v jihovýchodní Asii v souvislosti s vysokým výskytem hepatitidy B a C. Tento typ karcinomu je většinou objeven při screeningovém vyšetření nesouvisejícím s jaterním postižením. Počáteční stádia jsou klinicky němá/nеспецифická. Pokročilejší se projevují bolestmi břicha na pravé straně

pod žebry, úbytkem hmotnosti, nechutenstvím, zvětšením břicha, ikterem, névy (prokreslenými cévy na kůži) anebo svěděním kůže.

HCC se diagnostikuje ultrasonografií (i kontrastní), výpočetní tomografií, magnetickou rezonancí, pozitronovou emisní tomografií a biopsií. Na jaterní cirhózu by se mělo pohlížet jako na prekancerózu. Výjimkou jsou pacienti s chronickou hepatitidou B (HBV) a nemocní s nealkoholovou steatohepatitidou, kde se HCC může rozvinout i v játrech nepostížených jaterní cirhózou.

Chirurgická léčba je jediná kurabilní léčebná metoda, možná pouze u počátečních stádií. Zahrnuje chirurgické odstranění nádoru a resekci jater. V případě, že nádor nelze odstranit, lékaři vpíchnou injekci s ethanolem, který je pro nádorovou tkáň velmi toxický. Aplikace alkoholu způsobí vysušení a odumření nádorových buněk. Řešením pro pacienty, kteří splní přísná kritéria je transplantace jater. U pokročilých stádií se provádí onkologická léčba, a to léčba cílená, kdy se využívají nízkomolekulární multikinázové inhibitory. (Klvaňa a spol., 2016; Lukáš a kol., 2019, s. 170,189, 202)

1.8 Specifika ošetrovatelské péče

Posouzení stavu potřeb člověka je považováno za jednu z nejkvalifikovanějších dovedností sester. (Holubová a kol., 2013, s. 17) Ošetrovatelská péče a její poskytování je velmi složitá, citlivá a riziková oblast zdravotní péče. Sestry i ostatní nelékařští zdravotní pracovníci jsou vystavováni mnoha požadavkům a odpovědnosti za poskytovanou ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelská praxe je řízená právním rámcem a profesními standardy, které prostřednictvím legislativy umožňují sestřám a nelékařským zdravotním pracovníkům vykonávat svou činnost. Péče je poskytována pomocí ošetrovatelského procesu. (Jarošová a spol., 2016, s. 26-28; Mastiliaková, 2014, s. 32)

Proces představuje sérii plánovaných činností sestry, které jsou rozděleny do pěti fází. Fáze zhodnocení, diagnostická, plánování, realizace a fáze vyhodnocení. Sestry tuto sérii vzájemně propojených činností provádí ve prospěch nemocného samy, nebo je-li to možné i za aktivní spolupráce pacienta. Ošetrovatelský proces umožňuje sestřám, aby mohly samostatně rozhodovat o nejvhodnějším způsobu péče o klienta, a aby dosažením stanovených cílů mohly měřit pokroky, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl. (Tóthová a kol., 2014, s. 16)

Při příjmu na oddělení uložíme pacienta nejprve na lůžko. Sestra zhodnotí stupeň soběstačnosti pacienta dle hodnotících škál (Barthelův test, hodnocení rizika vzniku dekubitů – Nortonové stupnice, vizuální analogová škála bolesti apod.). Zjišťujeme, zda je pacient orientovaný, jestli se mu dobře dýchá, zda je soběstačný, jak se pohybuje a jestli je psychicky v pořádku. Všímáme si jeho pokožky, konkrétně stavu pokožky (hematomy, otoky, proleženiny, fisury). Pacienti postižení jaterní cirhózou budou trpět žlutým zabarvením kůže a očního bělma, otoky končetin, zvětšenou dutinou břišní a často i dušností. Podle výsledku volíme vhodnou dopomoc při sebeobslužných činnostech. Pacienti mají volný pohybový režim, ale často pobývají na lůžku z důvodu únavy a oteklých končetin.

Dále zjišťujeme, zda má pacient nějaká dietní omezení. Nemocní s jaterní cirhózou by měli mít vždy dietu s omezením tuků a soli. Sůl u nich způsobuje zadržování vody v těle – otoky. Dle ordinace lékaře provádíme odběry, podáváme pacientovi medikaci, měříme pacientovi krevní tlak, obvod břicha (z důvodu ascitu) a lýtek (otoky).

Další fází činnosti všeobecné sestry je diagnostika. Diagnózu stanovujeme na základě analýzy získaných informací od pacienta. U pacientů s jaterní cirhózou může být diagnózou zhoršená pohyblivost, riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin, anebo riziko pádů. Dle ošetřovatelské diagnózy sestra plánuje další péči. Plánování zahrnuje ošetřovatelské intervence, kdy všeobecná sestra zapojuje i rodinu nemocného a společně se snaží problém vyřešit. Rodina může nemocnému pomoci tak, že bude podporovat jeho zdraví z hlediska psychického. Sestra pacienta vždy edukuje a vhodným způsobu životního stylu a o dodržování režimu (pravidelné užívání medikace, lékařské prohlídky, strava). (Jarošová a spol., 2016, s. 26-28)

Základní ošetřovatelská péče o hospitalizovaného pacienta zahrnuje hygienu dutiny ústní, péči o vlasy a nehty, celkovou koupel, hygienu při vyprazdňování, polohování a prevence proleženin. Důležitou součástí je také péče o osobní a ložní prádlo nemocného. Sestra si při hygieně pacienta všímá zejména stavu a vzhledu pokožky, která je u pacientů s jaterní cirhózou většinou ikterická, obsahující pavoučkové névy. Na dolních končetinách si všímá výskytu otoků. Veškeré změny zaznamená do zdravotnické dokumentace a hlásí ihned lékaři. Denně nebo dle ordinace lékaře zaznamenává váhu pacienta a měří obvod břicha a lýtek. V oblasti péče o vyprazdňování sleduje sestra u nemocného barvu moči (bývá tmavší z důvodu přítomnosti urobilinogenu). U pacientů s otoky či ascitem je veden denní příjem a výdej tekutin. Pacient buď močí do sběrné nádoby nebo má permanentní močový katetr (u

částečně soběstačných nebo nesoběstačných pacientů) se sběrným sáčkem. Sestra má povinnost pečovat o permanentní močový katetr z důvodu možnosti rizika infekce močových cest. Sleduje průchodnost a umístění sběrného sáčku pod úroveň močového měchýře. Dle ordinace lékaře měří krevní tlak, puls a zaznamenává hodnoty do zdravotnické dokumentace. (Vytejková, 2013, s. 173).

U pacienta si sestra všímá barvy, konzistence stolice a četnosti vyprazdňování. Stolica bývá světlejší a konzistence průjmovitá. Meléna je černá, průjmovitá, zapáchající stolice, která je důsledkem krvácením z jícnových či žaludečních varixů. V tomto případě je nutné neprodleně informovat lékaře. U pacientů, které postihuje zácpa, se podávají přípravky ke změkčení stolice. (Nejedlá, 2015, s. 98).

Pokud má pacient zavedený periferní žilní katétr, sestra ho denně ošetřuje a hodnotí místo vpichu. Cílem je zajištění funkčnosti, bezpečnosti katétru a prevence vzniku infekčních komplikací. U pacienta se zavedenou nasogastrickou či nasojejunální sondou je častou komplikací neprůchodnost, zalomení, zavedení do dýchacích cest, aspirace žaludečního obsahu, posunutí sondy, vznik píštělí a dekubitu jícnu (Holubová, 2013 s. 120).

1.8.1 Ošetřovatelská péče u punkce břišního ascitu

Komplikací u pacientů postižených jaterní cirhózou je břišní ascites, který omezuje dechové funkce organismu. Břišní punkce se provádí za účelem odlehčení. Poloha nemocného při punkci je v polosedě na lůžku. Lékař pod ultrazvukem vyhledá místo vpichu, které bývá většinou vlevo na spojnici pupku a horního předního trnu kyčelního. Výkon je proveden v lokální anestezii a trvá zhruba 30 minut. Před punkcí sestra změří obvod břicha nemocného, krevní tlak a puls. Během výkonu asistuje lékaři, udržuje komunikaci s pacientem. Punktát vytéká do sběrného sáčku a při potřebě se vypouští. Sestra následně zaznamená množství vypunktované tekutiny do zdravotnické dokumentace. Po vytažení punkční jehly provádí kompresi místa vpichu. Nemocného edukuje o klidovém režimu po výkonu. (Holubová, 2013, s. 180).

1.8.2 Ošetřovatelská péče u jaterní biopsie

V nejistých případech se u pacientů provádí jaterní biopsie. Před výkonem se u nemocného musí vysadit léky, které zvyšují krvácivost. S sebou má aktuální výsledky krevních odběrů (koagulace, krevní obraz). Po podepsání souhlasu s jaterní biopsií a ověření, že pacient lační minimálně 4 hodiny, ho sestra uloží na záda, změří fyziologické funkce a zajistí žilní vstup. Délka vyšetření je 20-30 minut. Vpich se provádí v lokální anestezii nebo analgosedaci mezi dvěma dolními žebry na pravé straně hrudníku. Po výkonu sestra provede kompresi místa vpichu. Pacient musí po biopsii ležet na pravém boku 2 hodiny, 4 hodiny na zádech. Je nutné dodržovat 24 hodin klidový režim. (Holubová, 2013, s. 182; Nejedlá, 2015, s. 100).

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíl práce

2.1.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem práce je zjistit znalosti všeobecných sester o ošetrovatelské péči u pacientů s jaterní cirhózou.

2.1.2 Dílčí cíle

1. Zjistit oblasti, ve kterých nemají všeobecné sestry věnující se ošetrovatelské péči o pacienty s jaterní cirhózou informace.

Výzkumná otázka: V jakých oblastech ošetrovatelské péče o pacienty s jaterní cirhózou nemají všeobecné sestry informace?

2. Zjistit oblasti, ve kterých všeobecné sestry poskytující ošetrovatelskou péči o pacienty s jaterní cirhózou mají informace.

Výzkumná otázka: V jakých oblastech jsou všeobecné sestry pečující o pacienty s jaterní cirhózou orientovány?

3. Zjistit, zda a jak se všeobecné sestry vzdělávají v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s jaterní cirhózou.

Výzkumná otázka: Jakým způsobem se všeobecné sestry vzdělávají v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s jaterní cirhózou?

2.2 Metodika výzkumu

2.2.1 Charakteristika sledovaného souboru

Výzkumu se účastní všeobecné sestry pracující v ambulantním i lůžkovém provozu na interním a gastroenterologickém oddělení. Respondenty dotazníku zastupují převážně ženy ve věku 26-39 let.

2.2.2 Metodika práce

Pro výzkumnou část bakalářské práce je zvolena kvantitativní metoda dotazování a technika dotazníku. Dotazník je vytvořen autorkou na základě studia příslušné literatury a je přiložen v příloze C. Skládá se ze sociodemografických charakteristik, které jsou zaměřeny na věk, pohlaví, stupeň vzdělání, rodinný stav. Pracovní historie, která je zaměřena na roky praxe, absolvované kurzy a otázky se zaměřením na znalosti sester. Znalosti všeobecných sester ověřujeme dotazy na: definici, příčiny, projevy a komplikace jaterní cirhózy včetně ošetrovatelské péče o pacienty s jaterní cirhózou.

Dotazník obsahuje celkem 22 otázek. Otázky jsou otevřené i uzavřené. Výsledky jsou interpretovány prostřednictvím tabulek a grafů v programu Microsoft Excel.

Vytvořený dotazník je určen všeobecným sestřám a je distribuován v elektronické podobě.

2.2.3 Organizace výzkumu

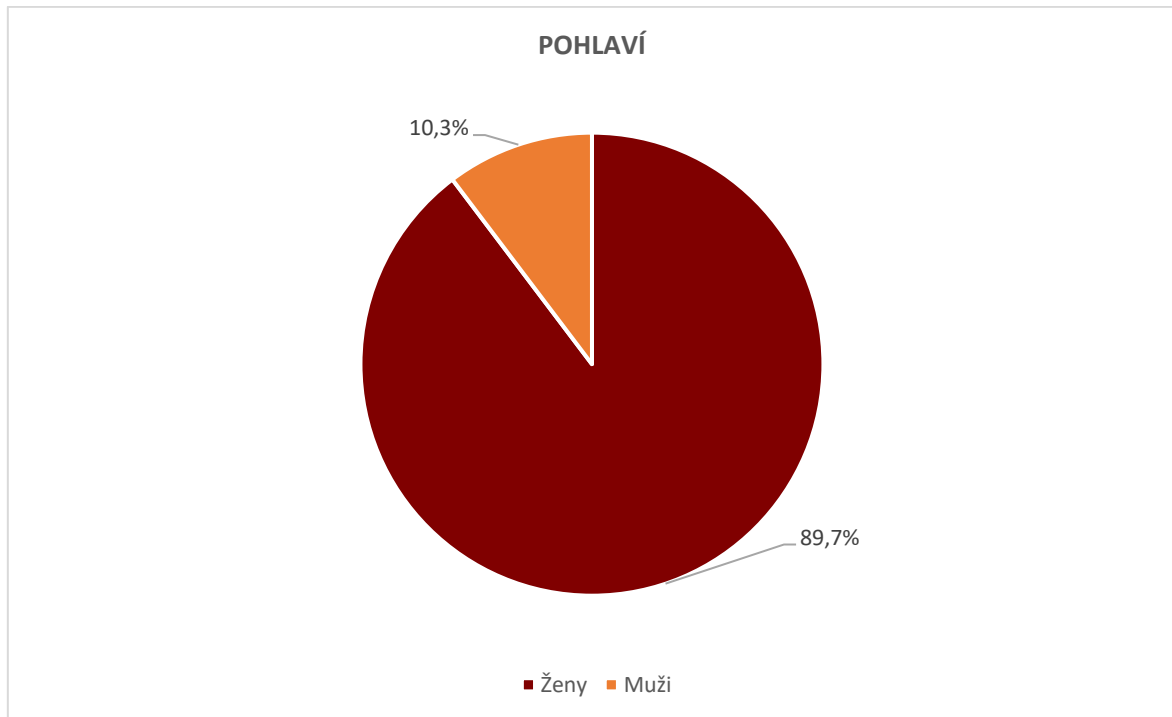
Dotazník je vytvořen v aplikaci Survio a je distribuován v elektronické podobě.

Dne 2. ledna 2023 je dotazník poprvé zveřejněn. V úvodním textu dotazníku jsou respondenti ujištěni, že jsou odpovědi zcela anonymní. Dne 20. února 2023 je dotazník uzavřen s celkovým počtem 87 respondentů.

2.3 Analýza dat a vyhodnocení výsledků dotazníku

K vyhodnocení výsledků dotazníku vytváříme výsečové grafy a tabulky.

Graf č. 1: Pohlaví



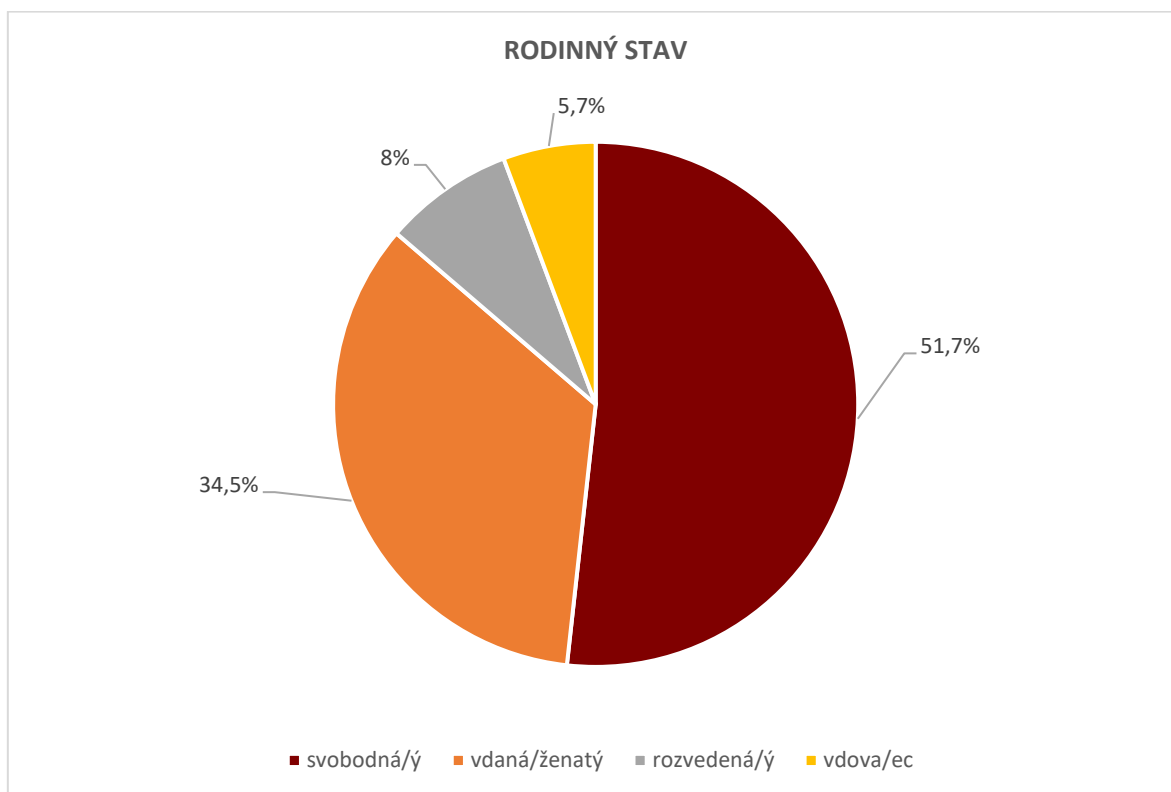
Graf č. 1 poukazuje na pohlaví respondentů. Ženy zastupují 89,7 % a muži 10,3 %.

Tabulka č. 1: Četnost odpovědí na otázku č. 1

Pohlaví	Počet respondentů
Žena	78
Muž	9

Tabulka č. 1 nám ukazuje četnost odpovědí na pohlaví respondentů. Žen je 78 a mužů je 9.

Graf č. 2: Rodinný stav



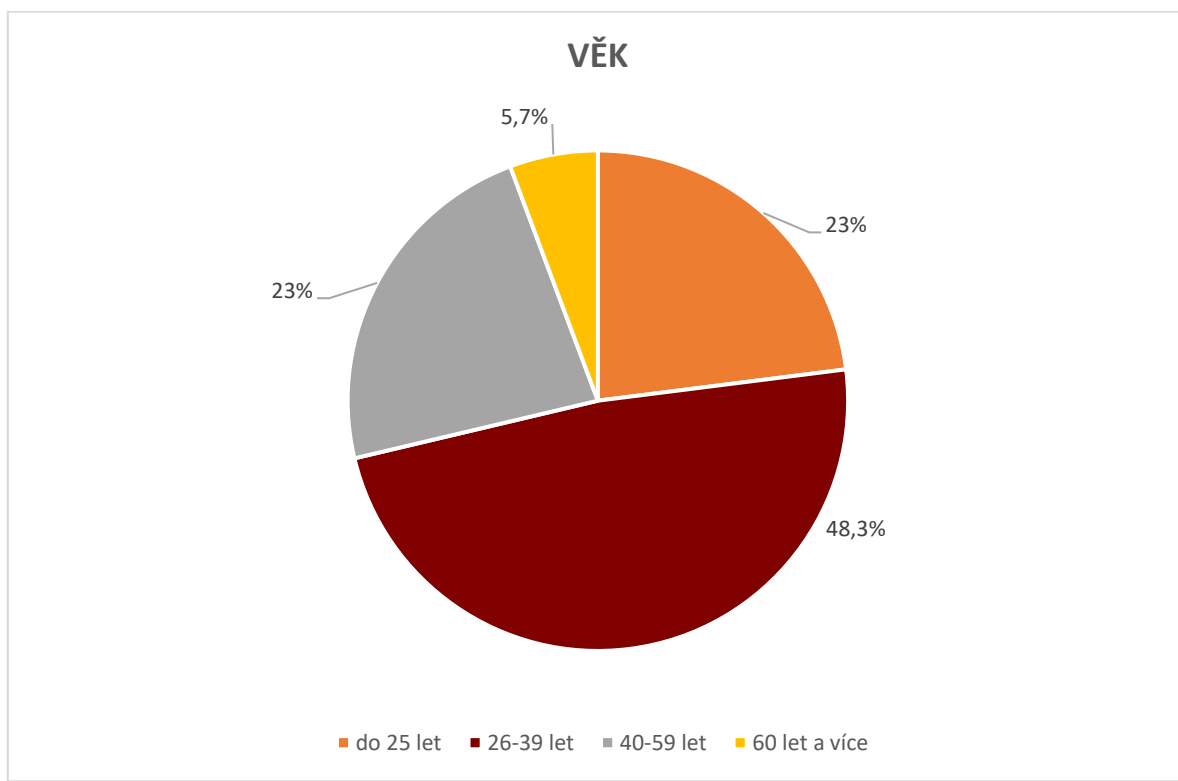
Graf č. 2 poukazuje na rodinný stav respondentů, z nichž 51,7 % je svobodných, 34,5 % vdaných/ženatých, 8 % rozvedených a 5,7 % je vdova nebo vdovec.

Tabulka č. 2: Četnost odpovědí na otázku č. 2

Rodinný stav	Počet respondentů
Svobodná/ý	45
Vdaná/ženatý	30
Rozvedený/á	7
Vdova/ec	5

Tabulka č. 2 nám ukazuje četnost odpovědí na rodinný stav. 45 respondentů uvádí svobodný stav, 30 vdaný/ženatý, 7 rozvedený a 5 respondentů je vdova nebo vdovec.

Graf č. 3: Věk



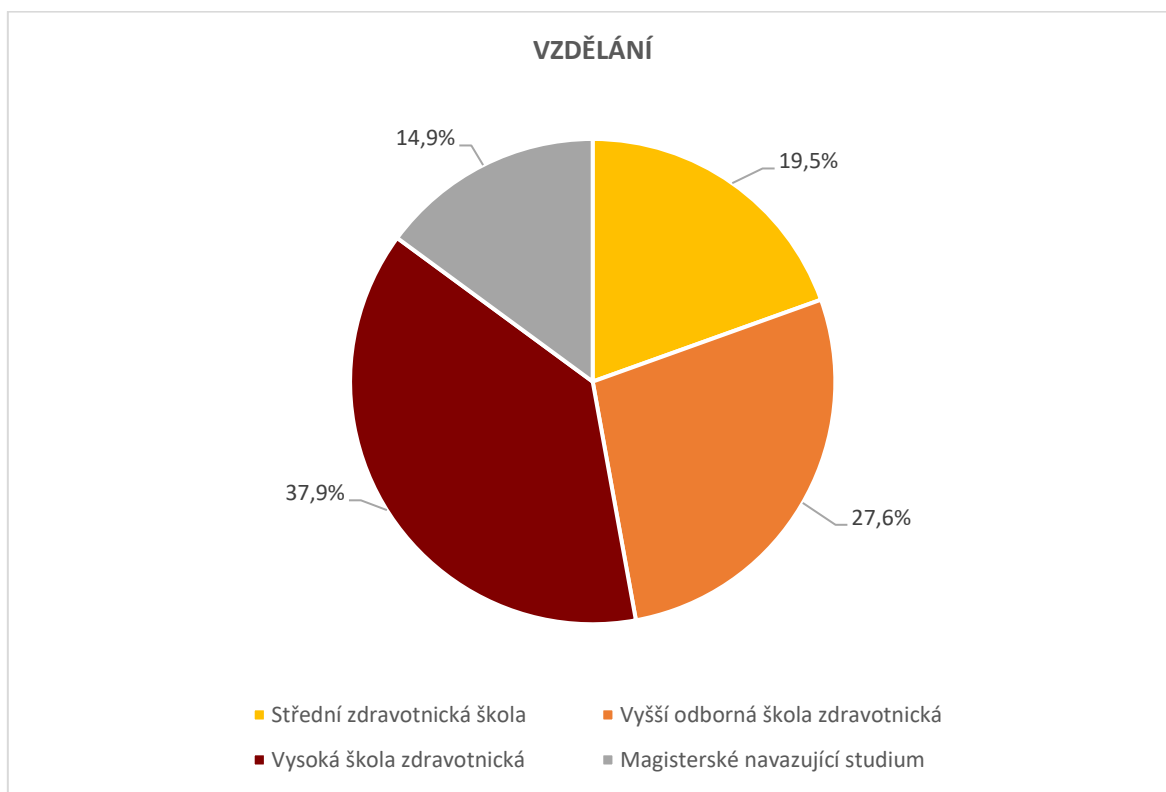
Graf č. 3 poukazuje na věk respondentů. 48,3 % je ve věku 26-39 let, 23% je do 25 let, stejně tak 23% je 40-59 let a 5,7 % je 60 let a více.

Tabulka č. 3: Četnost odpovědí na otázku č. 3

Věk	Počet respondentů
Do 25 let	20
26-39 let	42
40-59 let	20
60 let a více	5

Tabulka č. 3 nám ukazuje četnost odpovědí na otázku spojenou s věkem. 20 respondentům je do 25 let, 42 je 26-39 let, dalším 20 respondentům je 40-59 let a 5 je 60 let a více.

Graf č. 4: Vzdělání



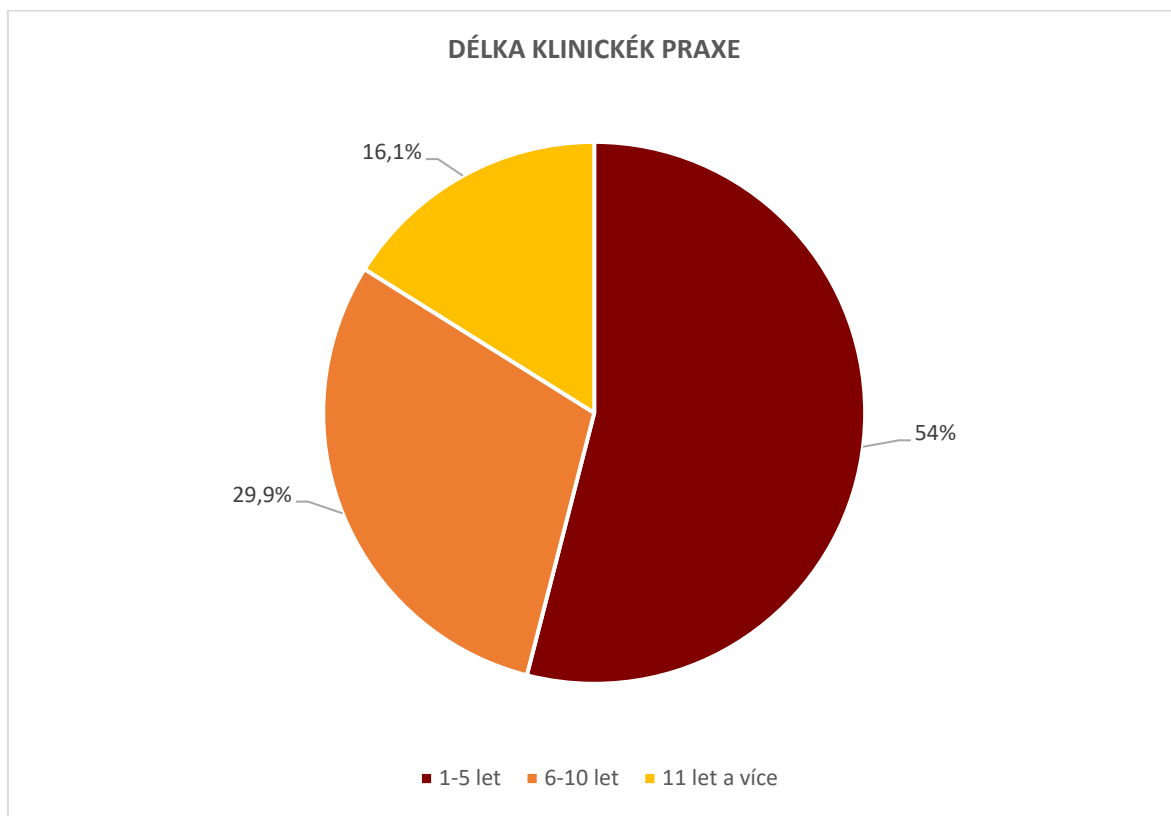
Graf č. 4 nám poukazuje na vzdělání všeobecných sester, které se zúčastňují našeho výzkumu. 37,9 % sester má vysokoškolské vzdělání, 27,6 % vystudovalo vyšší odbornou školu, 19,5 % má střední zdravotnickou školu a 14,9 % má magisterské navazující studium.

Tabulka č. 4: Četnost odpovědí na otázku č. 4

Vzdělání	Počet respondentů
Střední zdravotnická škola	17
Vyšší odborná škola zdravotnická	24
Vysoká škola zdravotnická	33
Magisterské navazující studium	13

Tabulka č. 4 ukazuje četnost odpovědí na otázku spojenou se vzděláním. 33 odpovědí má vysoká škola zdravotnická, 24 odpovědí vyšší odborná škola zdravotnická, 17 respondentů vystudovalo střední zdravotnickou školu a magisterské navazující studium má 13 respondentů.

Graf č. 5: Délka klinické praxe



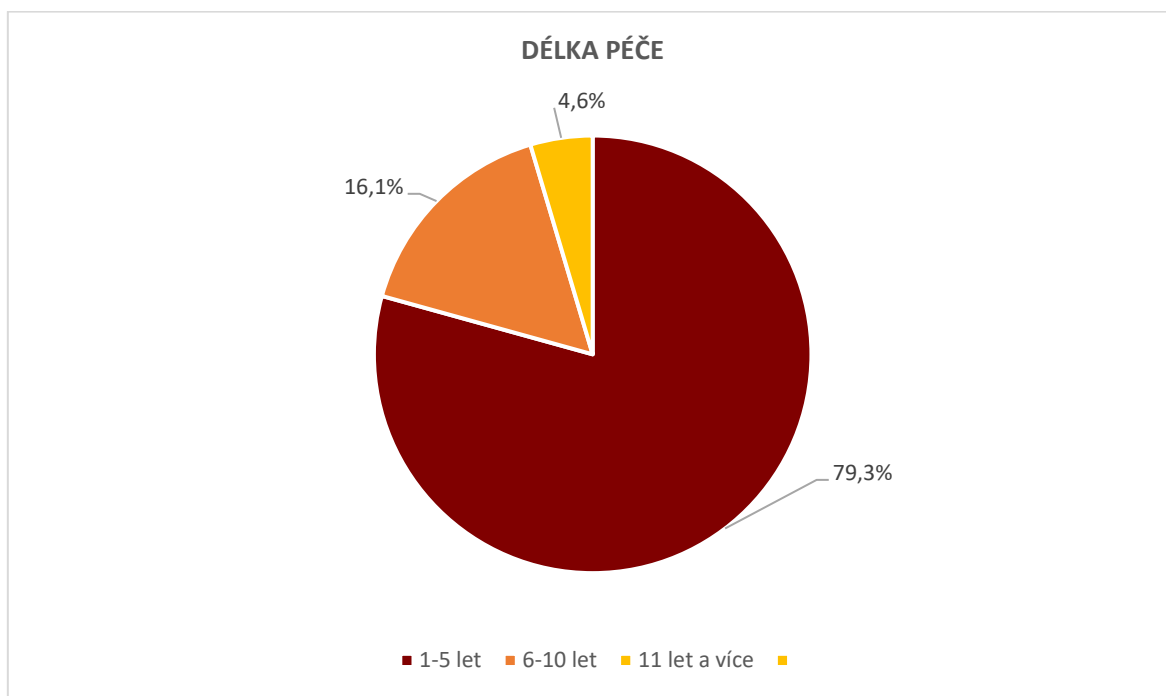
Graf č. 5 poukazuje na délku klinické praxe respondentů. 54 % z nich je v klinické praxi 1-5 let. 29,9 % respondentů je v klinické praxi 6-10 let. 11 let a více je délka praxe u 16,1 % respondentů.

Tabulka č. 5: Četnost odpovědí na otázku č. 5

Délka klinické praxe	Počet respondentů
1-5 let	47
6-10 let	26
11 let a více	14

Tabulka č. 5 nám ukazuje četnost odpovědí na otázku týkající se délky klinické praxe. U odpovědi 1-5 let je četnost respondentů 47, 6-10 let má četnost 26 a odpověď 11 let a více má 14 respondentů.

Graf č. 6: Délka péče.



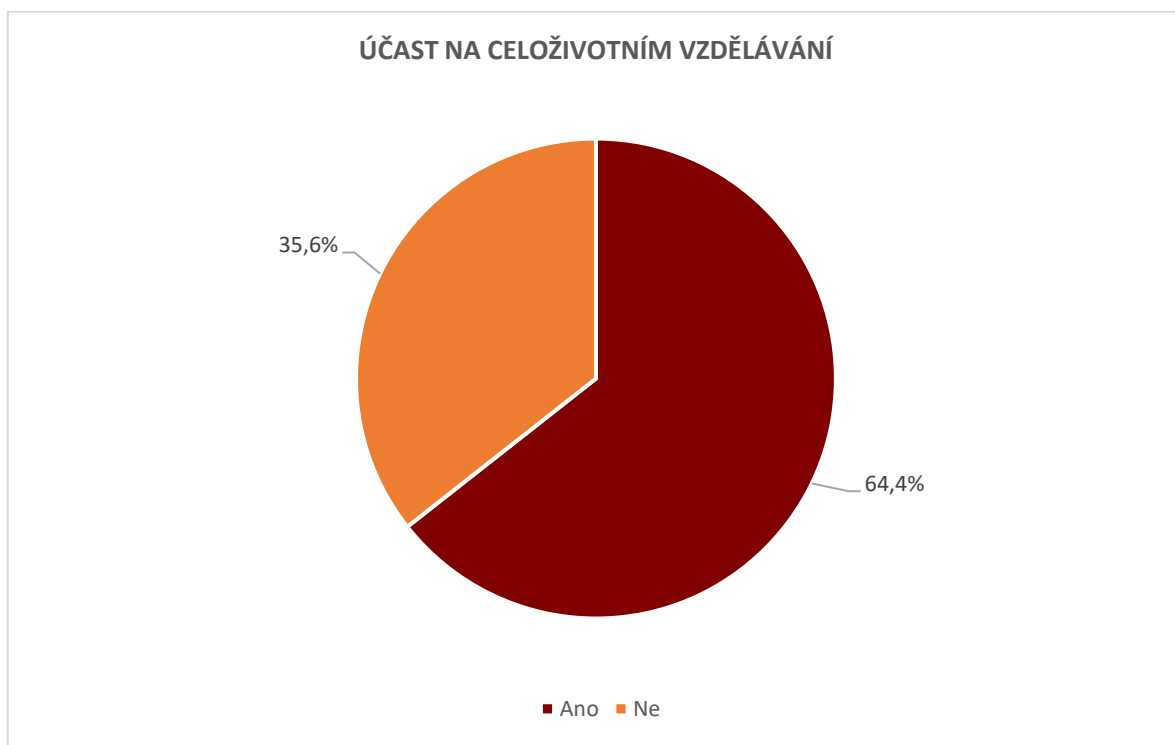
Graf č. 6 nám poukazuje na délku péče všeobecných sester o pacienty s jaterní cirhózou. 79,3 % respondentů pečuje o pacienty s jaterní cirhózou 1-5 let, 16,1 % pečuje 6-10 let a 4,6 % sester pečuje o tyto pacienty 11 let a více.

Tabulka č. 6: Četnost odpovědí na otázku č. 6

Délka péče	Počet respondentů
1-5 let	69
6-10 let	14
11 let a více	4

Tabulka č. 6 nám ukazuje četnost odpovědí na otázku týkající se délky péče o pacienty s jaterní cirhózou. Délka péče od 1-5 let má četnost 69, 6-10 let má četnost 14 respondentů a 11 let a více má 4 respondenty.

Graf č. 7: Účast na celoživotním vzdělávání



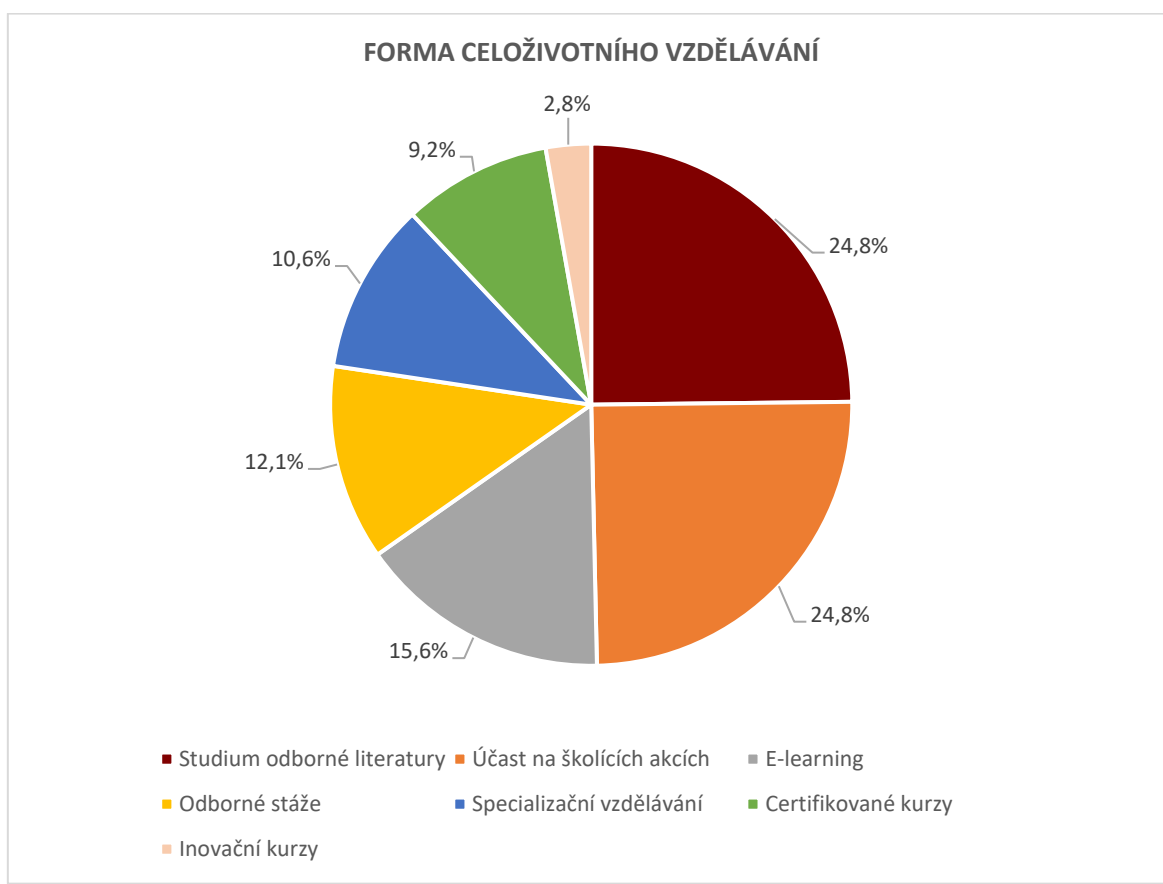
Graf č. 7 poukazuje na účast všeobecných sester na celoživotním vzdělávání. 64,4 % z nich se celoživotního vzdělávání zúčastňuje a 35,6 % nikoliv.

Tabulka č. 7: Četnost odpovědí na otázku č. 7

Účast na celoživotním vzdělávání	Počet respondentů
Ano	56
Ne	31

Tabulka č. 7 ukazuje četnost účasti všeobecných sester na celoživotním vzdělávání. Celoživotního vzdělávání se účastní 56 respondentů a 31 nikoliv.

Graf č. 8: Forma celoživotního vzdělávání



Graf č. 8 poukazuje na formu celoživotního vzdělávání, kterou sestry aplikují. 24,8 % všeobecných sester se celoživotně vzdělává účastí na školících akcích a studiem odborné literatury. 15,6 % jich využívá e-learningu, 12,1 % využívá odborné stáže, 10,6 % specializační vzdělávání, 9,2 % se zúčastňuje certifikovaných kurzů a 2,8 % inovačních kurzů.

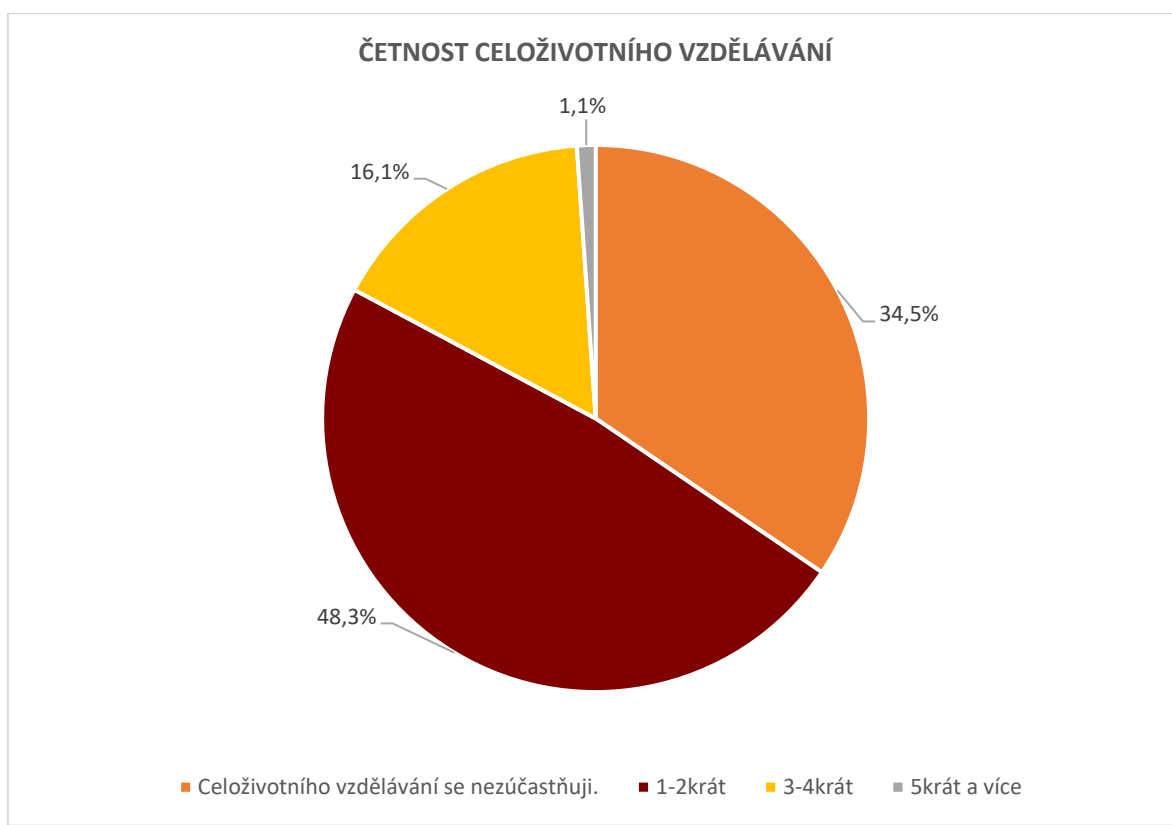
Tabulka č. 8: Četnost odpovědí na otázku č. 8

Forma celoživotního vzdělávání	Počet odpovědí
Studium odborné literatury	35
Účast na školících akcích	35
E-learning	22
Odborné stáže	17
Specializační vzdělávání	15

Certifikované kurzy	13
Inovační kurzy	4

Tabulka č. 8 poukazuje na četnost odpovědí na formy celoživotního vzdělávání u všeobecných sester. Studium odborné literatury a účasti na školicích akcích se zúčastňuje 35 a 35 respondentů. Četnost e-learningu je 22, odborných stáží 17, specializačních vzdělávání 15, certifikovaných kurzů 13 a inovačních kurzů 4.

Graf č. 9: Četnost celoživotního vzdělávání



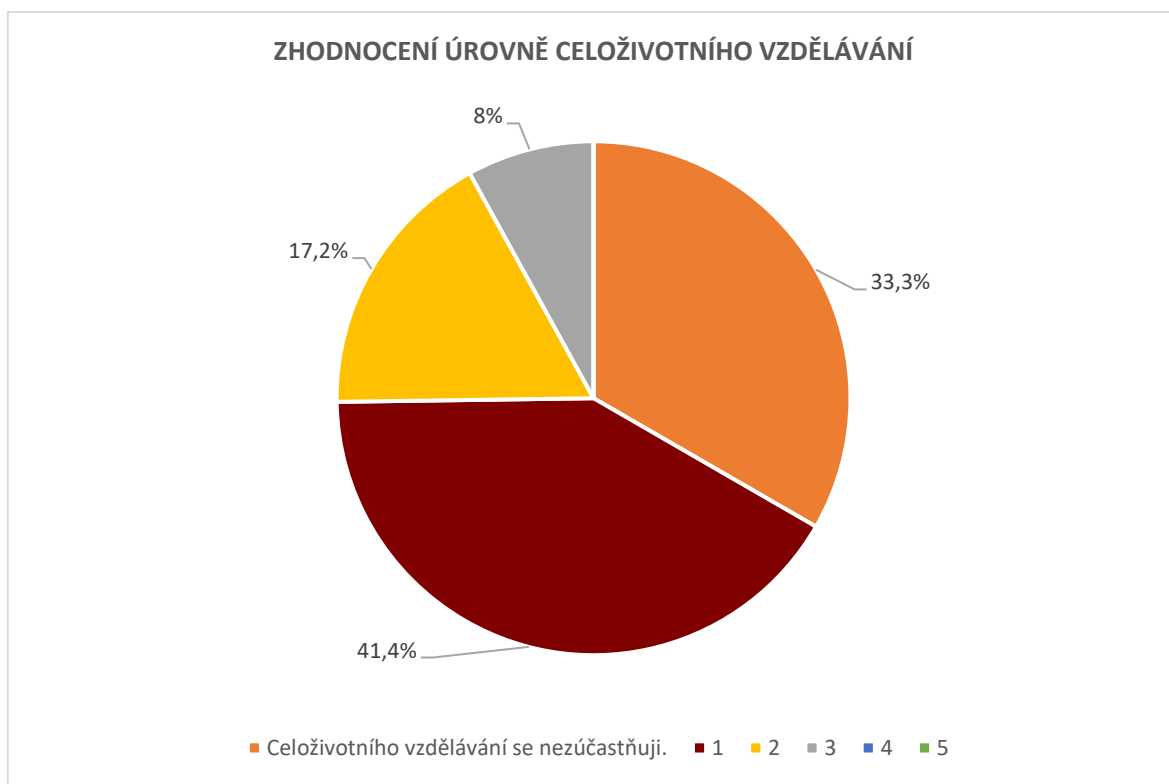
Graf č. 9 poukazuje na to, kolikrát za rok se všeobecné sestry zúčastňují celoživotního vzdělávání. 48,3 % se zúčastňuje 1-2krát, 34,5 % se celoživotního vzdělávání nezúčastňuje, 16,1 % se zúčastňuje 3-4krát a 1,1 % 5 krát a více.

Tabulka č. 9: Četnost odpovědí na otázku č. 9

Četnost celoživotního vzdělávání	Počet respondentů
Celoživotního vzdělávání se nezúčastňuji.	30
1 – 2krát	42
3 – 4krát	14
5krát a více	1

Tabulka č. 9 poukazuje na četnost odpovědí v otázce týkající se četnosti účasti celoživotního vzdělávání za rok. 42 respondentů se zúčastňuje vzdělávání 1-2krát za rok, 30 se celoživotního vzdělávání nezúčastňuje, 14 respondentů se vzdělává 3-4krát, 5krát a více se zúčastňuje 1 respondent.

Graf č. 10: Zhodnocení úrovně celoživotního vzdělávání



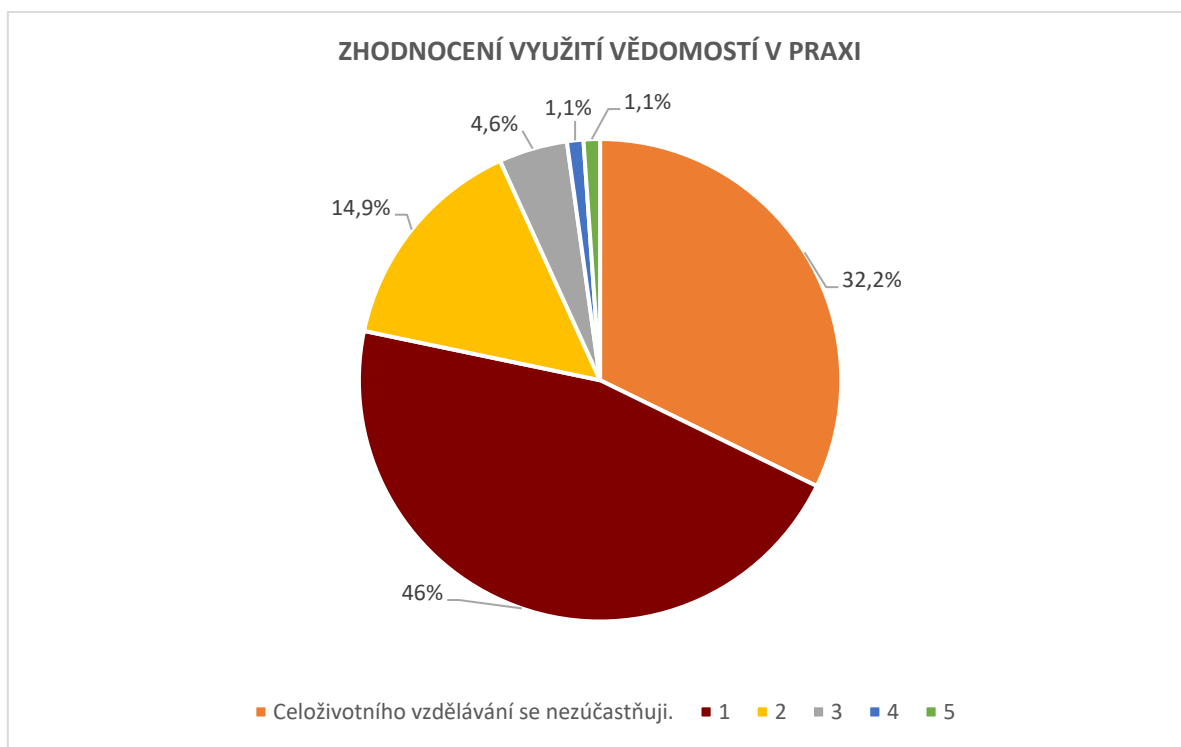
Graf č. 10 poukazuje na zhodnocení úrovně celoživotního vzdělávání. 41,4 % respondentů zhodnocuje úroveň číslem 1 (dle pětibodové stupnice je hodnocení 1 výborné jako ve škole). 33,3 % respondentů se vzdělávání nezúčastňují, 17,2 % zhodnocuje úroveň číslem 2, 8 % hodnotí úroveň za 3. Ohodnocení 4 a 5 není vybráno žádným respondentem.

Tabulka č. 10: Četnost odpovědí na otázku č. 10

Zhodnocení úrovně celoživotního vzdělávání	Počet respondentů
Celoživotního vzdělávání se nezúčastňuji.	29
1	36
2	15
3	7
4	0
5	0

Tabulka č. 10 poukazuje na četnost respondentů v ohodnocení úrovně celoživotního vzdělávání. 29 respondentů se celoživotního vzdělávání nezúčastňují. Ohodnocení 1 má četnost 36, hodnocení 2 má četnost 15, 3 má četnost 7 a zbylé hodnocení 4 a 5 neudává žádnou četnost.

Graf č. 11: Zhodnocení využití vědomostí v praxi



Graf č. 11 poukazuje na zhodnocení využití vědomostí v praxi. 46 % hodnotí využití svých vědomostí v praxi za 1. 32,2 % se celoživotního vzdělávání nezúčastňuje, 14,9 %

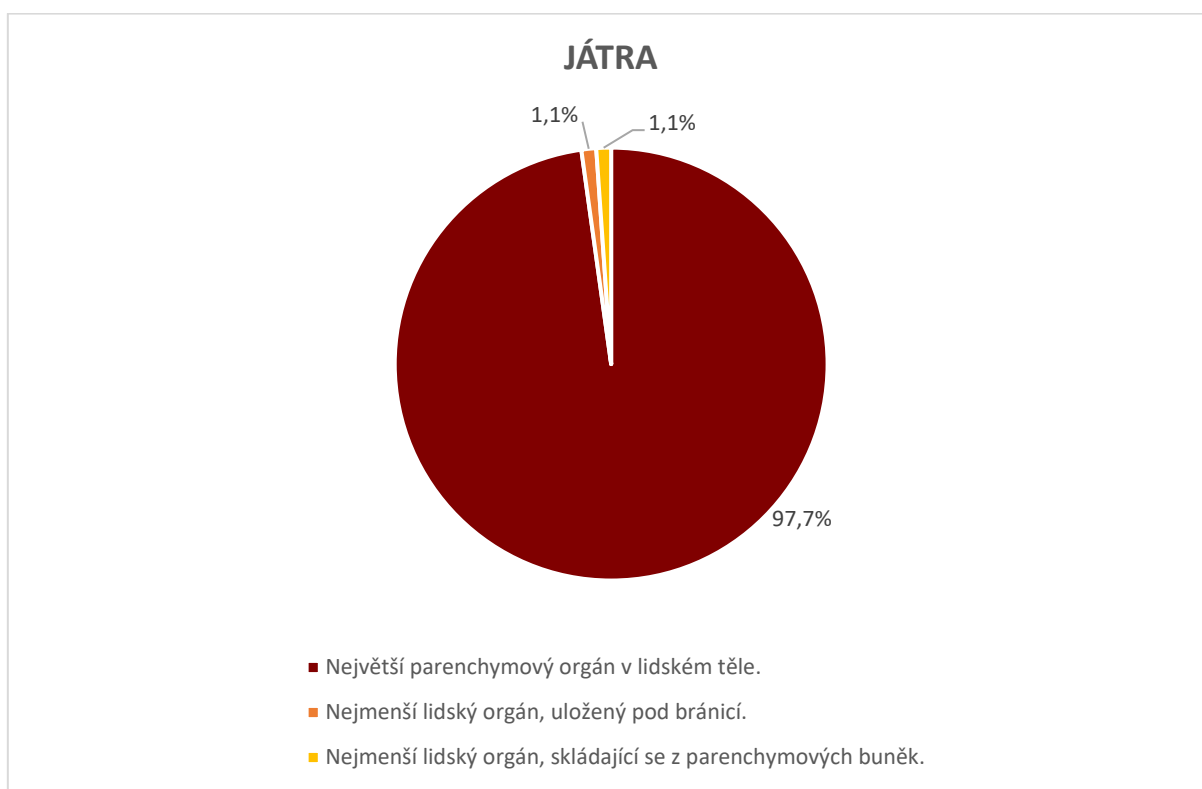
respondentů hodnotí využití vědomostí za 2, za 3 se považuje 4,6 %, za 4 1,1 % a za 5 stejně 1,1 %.

Tabulka č. 11: Četnost odpovědí na otázku č. 11

Zhodnocení využití vědomostí v praxi	Počet respondentů
Celoživotního vzdělávání se nezúčastňuji.	28
1	40
2	13
3	4
4	1
5	1

Tabulka č. 11 poukazuje na četnost respondentů v otázce zhodnocení využití vědomostí v praxi. Největší zástup má hodnocení 1, kdy je respondentů 40. Celoživotního vzdělávání se nezúčastňuje 28 respondentů. Hodnocení 2 má četnost 13, hodnocení 3 má četnost 4 a hodnocení 4 a 5 má každý 1 respondenta.

Graf č. 12: Játra



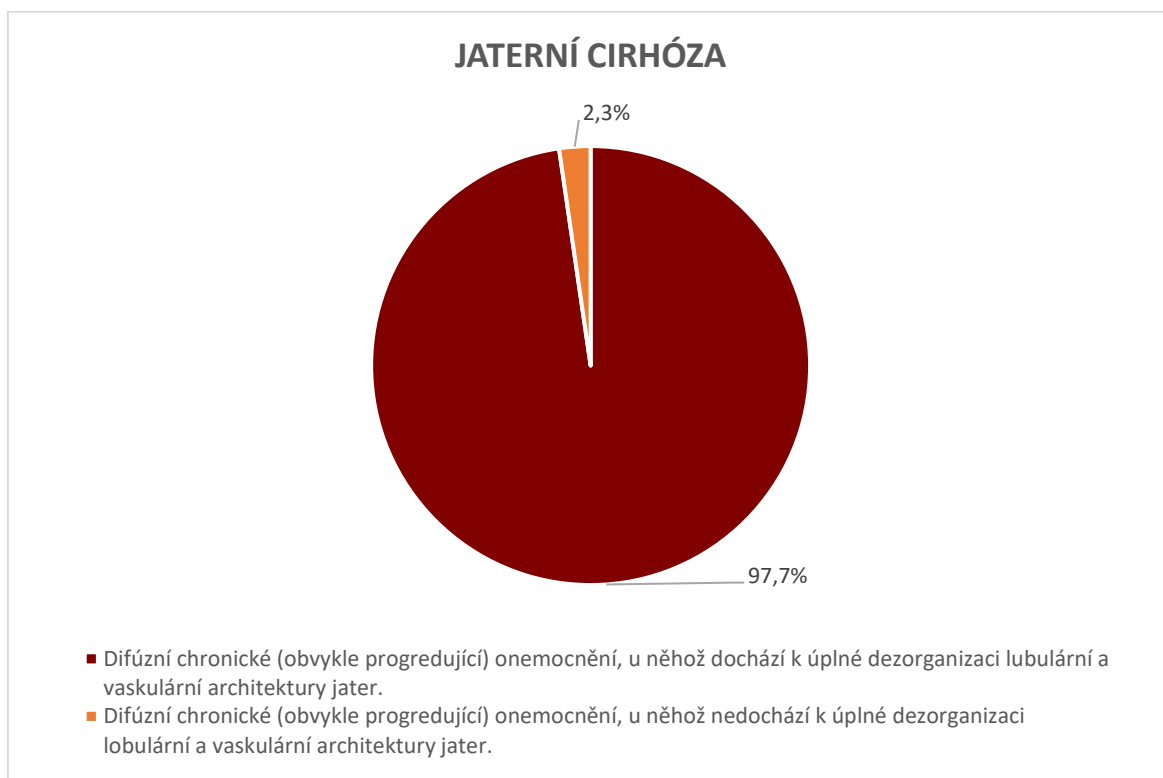
Graf č. 12 poukazuje na charakteristiku jater. 97,7 % respondentů odpovídá, že játra jsou největší parenchymový orgán v lidském těle. Odpovědí, že jsou játra nejmenší lidský orgán uložený pod bránicí, odpovědělo 1,1 %. Dále dalších 1,1 % respondentů vybralo odpověď, že se jedná o nejmenší lidský orgán, skládající se z parenchymových buněk.

Tabulka č. 12: Četnost odpovědí na otázku č. 12

Játra jsou	Počet respondentů
Největší parenchymový orgán v lidském těle.	85
Nejmenší lidský orgán, uložený pod bránicí.	1
Nejmenší lidský orgán, skládající se z parenchymových buněk.	1

Tabulka č. 12 poukazuje na četnost odpovědí týkající se charakteristiky jater. 85 respondentů odpovědělo správně, že játra jsou největším parenchymovým orgánem v lidském těle. 1 respondent odpověděl, že se jedná o nejmenší lidský orgán uložený pod bránicí a zbylý 1 odpověděl, že se jedná o nejmenší orgán, skládající se z parenchymových buněk.

Graf č. 13: Jaterní cirhóza



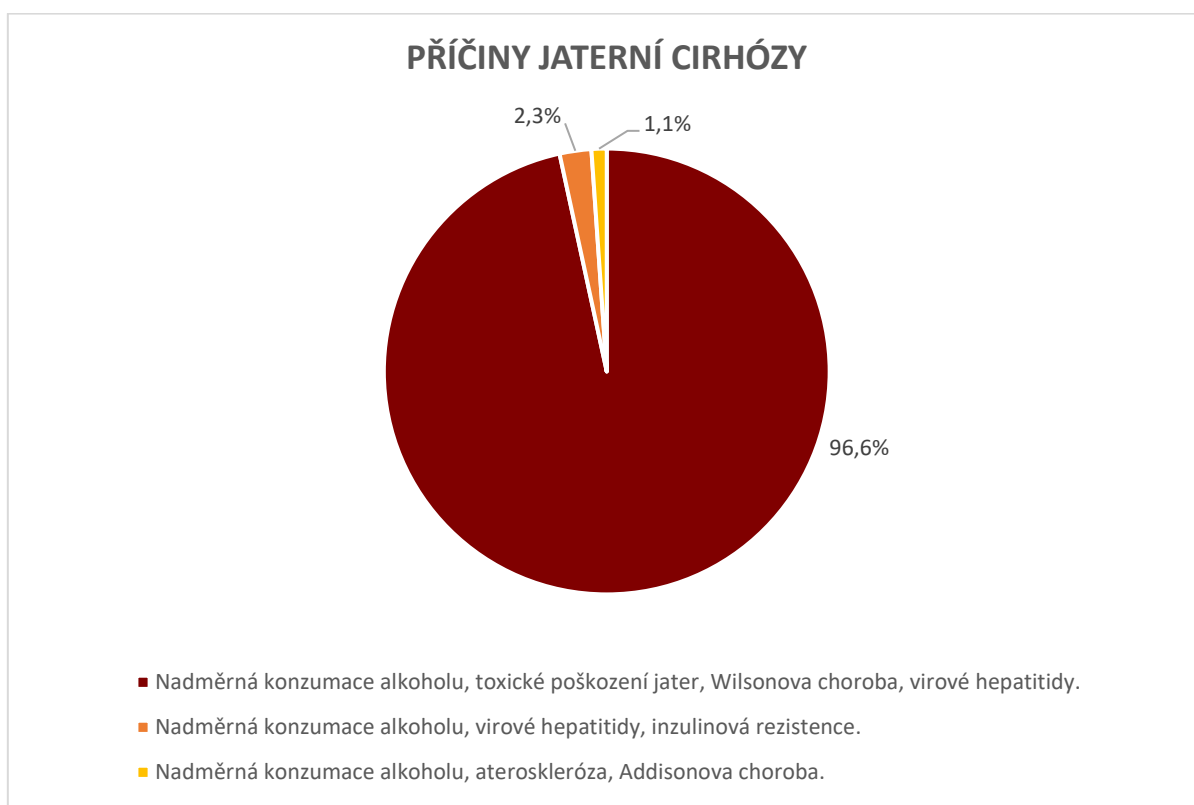
Graf č. 13 poukazuje na charakteristiku jaterní cirhózy. 97,7 % respondentů odpovídá správně, že se jedná o difúzní chronické onemocnění, u něhož dochází k úplné dezorganizaci lobulární a vaskulární architektury jater. Zbýlých 2,3 % odpovídá, že se jedná o též onemocnění, ale že nedochází k úplné dezorganizaci jater.

Tabulka č. 13: Četnost odpovědí na otázku č. 13

Jaterní cirhóza je	Počet respondentů
Difúzní chronické (obvykle progredující) onemocnění, u něhož dochází k úplné dezorganizaci lobulární a vaskulární architektury jater.	85
Difúzní chronické (obvykle progredující) onemocnění, u něhož nedochází k úplné dezorganizaci lobulární a vaskulární architektury jater.	2

Tabulka č. 13 ukazuje četnost odpovědí na otázku týkající se charakteristiky jaterní cirhózy. 85 respondentů odpovědělo správně, že se jedná o difúzní chronické onemocnění, u něhož dochází k úplné dezorganizaci lobulární a vaskulární architektury jater. Zbylé 2 odpovídají, že se jedná o též onemocnění, ale že nedochází k úplné dezorganizaci jater.

Graf č. 14: Příčiny jaterní cirhózy



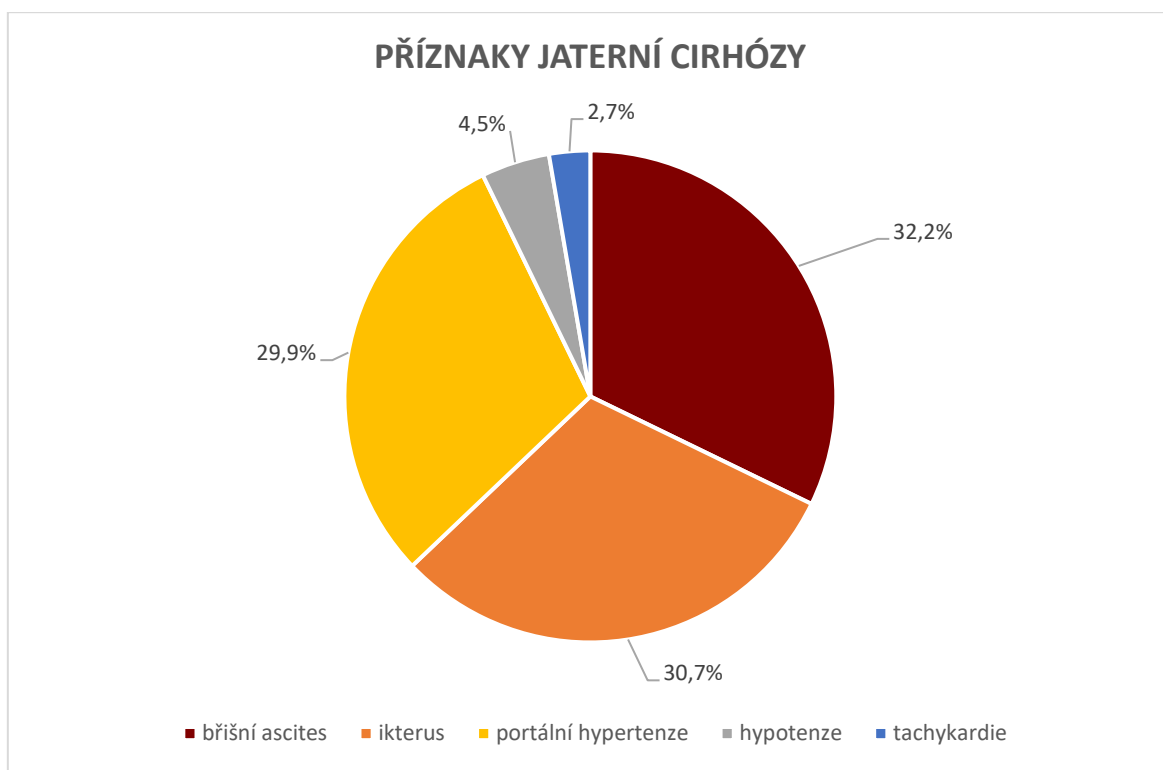
Graf č. 14 poukazuje na příčiny jaterní cirhózy. 96,6 % respondentů vybírá odpověď, že je jaterní cirhóza způsobena nadměrnou konzumací alkoholu, toxickým poškozením jater, Wilsonovou chorobou a virovými hepatitidy. 2,3 % volí příčinu: nadměrná konzumace alkoholu, virové hepatitidy a inzulinová rezistence. 1,1 % respondentů vybírá odpověď, že je jaterní cirhóza způsobená nadměrnou konzumací alkoholu, aterosklerózou a Addisonovou chorobou.

Tabulka č. 14: četnost odpovědí na otázku č.14

Příčiny jaterní cirhózy	Počet respondentů
Nadměrná konzumace alkoholu, toxické poškození jater, Wilsonova choroba, virové hepatitidy.	85
Nadměrná konzumace alkoholu, virové hepatitidy, inzulinová rezistence.	2
Nadměrná konzumace alkoholu, ateroskleróza, Addisonova choroba.	1

Tabulka č. 14 ukazuje četnost odpovědí v otázce týkající se příčin jaterní cirhózy. 85 respondentů vybírá odpověď, že je jaterní cirhóza způsobena nadměrnou konzumací alkoholu, toxickým poškozením jater, Wilsonovou chorobou a virovými hepatitidy. 2 respondenti volí totéž, ale i inzulínovou rezistenci. 1 odpovídá, že je příčinou jaterní cirhózy i Addisonova choroba nebo ateroskleróza.

Graf č. 15: Příznaky jaterní cirhózy



Graf č. 15 poukazuje na příznaky jaterní cirhózy. 32,2 % respondentů volí břišní ascites. 30,7 % volí ikterus, 29,9 % portální hypertenzi. Všechny tyto odpovědi jsou správné. 4,5 % volí hypotenzi a 2,7 % tachykardii.

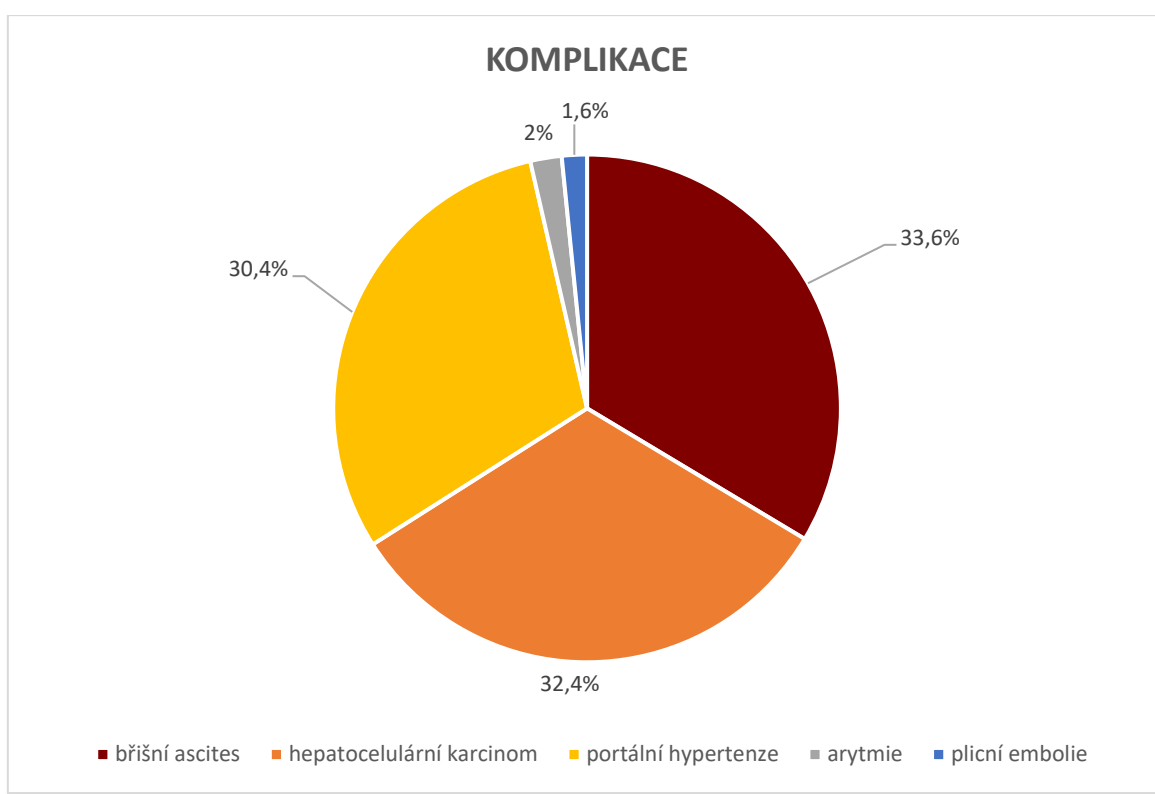
Tabulka č. 15: Četnost odpovědí na otázku č.15

Příznaky jaterní cirhózy	Počet respondentů
Břišní ascites	85
Ikterus	81

Portální hypertenze	79
Hypotenze	12
tachykardie	7

Tabulka č. 15 poukazuje na četnost respondentů ke každé odpovědi. Je možné zvolit více odpovědí, proto je četnost vyšší než celkový počet respondentů. Břišní ascites má četnost 85, ikterus 81, portální hypertenze 79, hypotenze 12 a tachykardie 7.

Graf č. 16: Komplikace



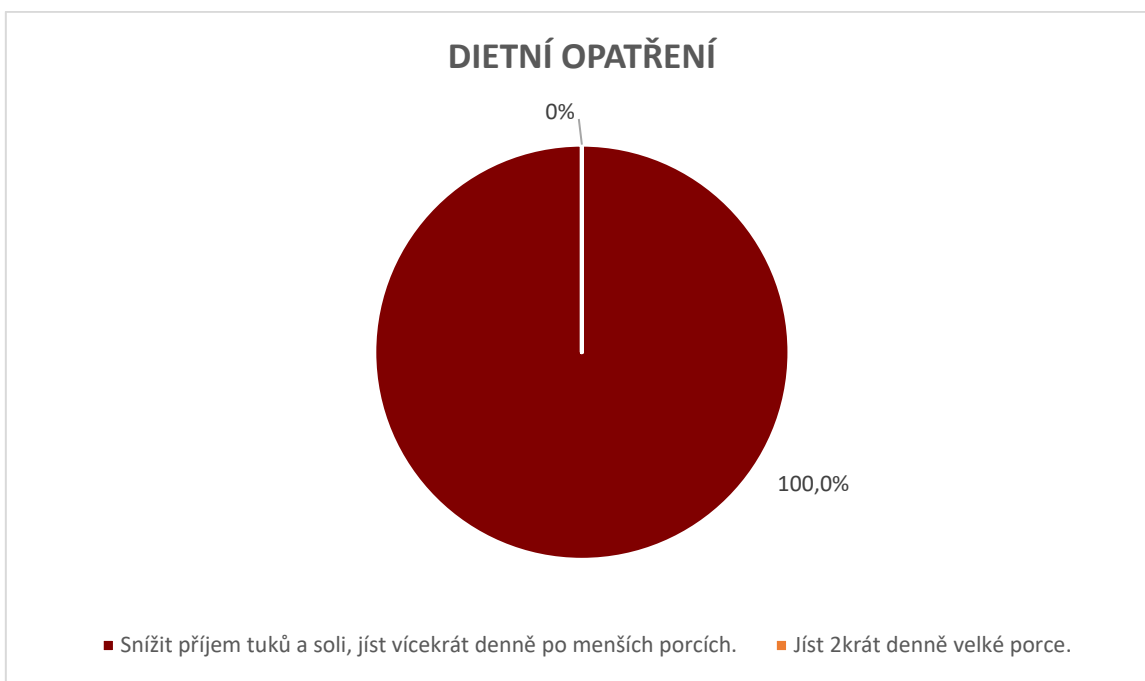
Graf č. 16 poukazuje na komplikace jaterní cirhózy. 33,6 % respondentů volí jako komplikaci břišní ascites, 32,4 % hepatocelulární karcinom, 30,4 % portální hypertenzi, 2 % arytmií a 1,6 % plicní embolii.

Tabulka č. 16: četnost odpovědí na otázku č.16

Komplikace jaterní cirhózy	Počet respondentů
Břišní ascites	83
Hepatocelulární karcinom	80
Portální hypertenze	75
Arytmie	5
Plicní embolie	4

Tabulka č. 16 poukazuje na četnost respondentů ke každé odpovědi. Je možné zvolit více odpovědí, proto je četnost vyšší než celkový počet respondentů. Břišní ascites má četnost 83, hepatocelulární karcinom 80, portální hypertenze 75, arytmie 5 a plicní embolie má 4 respondenty.

Graf č. 17: Dietní opatření



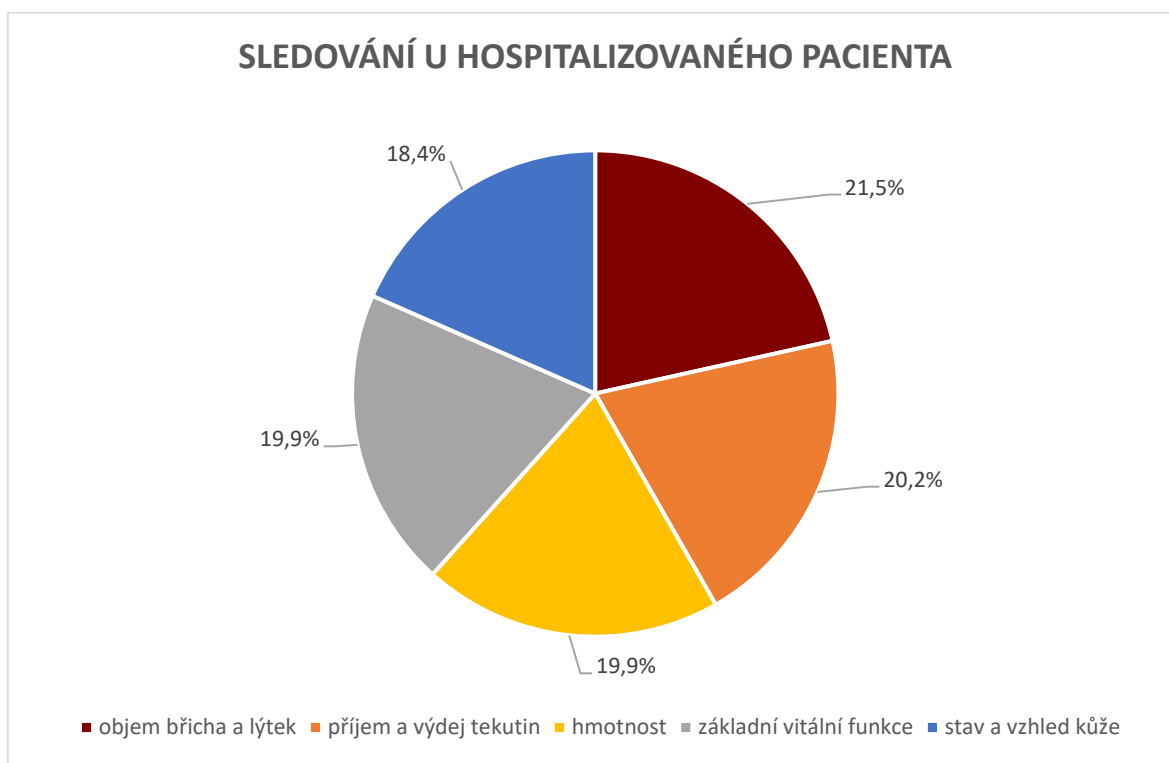
Graf č. 17 poukazuje na znalosti o dietě pacientů s jaterní cirhózou. 100 % odpovídá, že by měli pacienti s jaterní cirhózou snížit příjem tuků a soli, jíst vícekrát denně po menších porcích. 0% říká, že by měli jít 2krát denně ve velkých porcích.

Tabulka č. 17: Četnost odpovědí na otázku č.17

Dietní opatření	Počet respondentů
Snížit příjem tuků a soli, jíst vícekrát denně po menších porcích.	87
Jíst 2krát denně velké porce.	0

Tabulka č. 17 poukazuje na četnost respondentů v otázce o dietním opatření pacientů s jaterní cirhózou. 87 respondentů volí snížení příjmu tuků a soli, jezení vícekrát denně po menších porcích. 0 respondentů volí jezení 2krát denně ve velkých porcích.

Graf č. 18: Sledování u hospitalizovaného pacienta



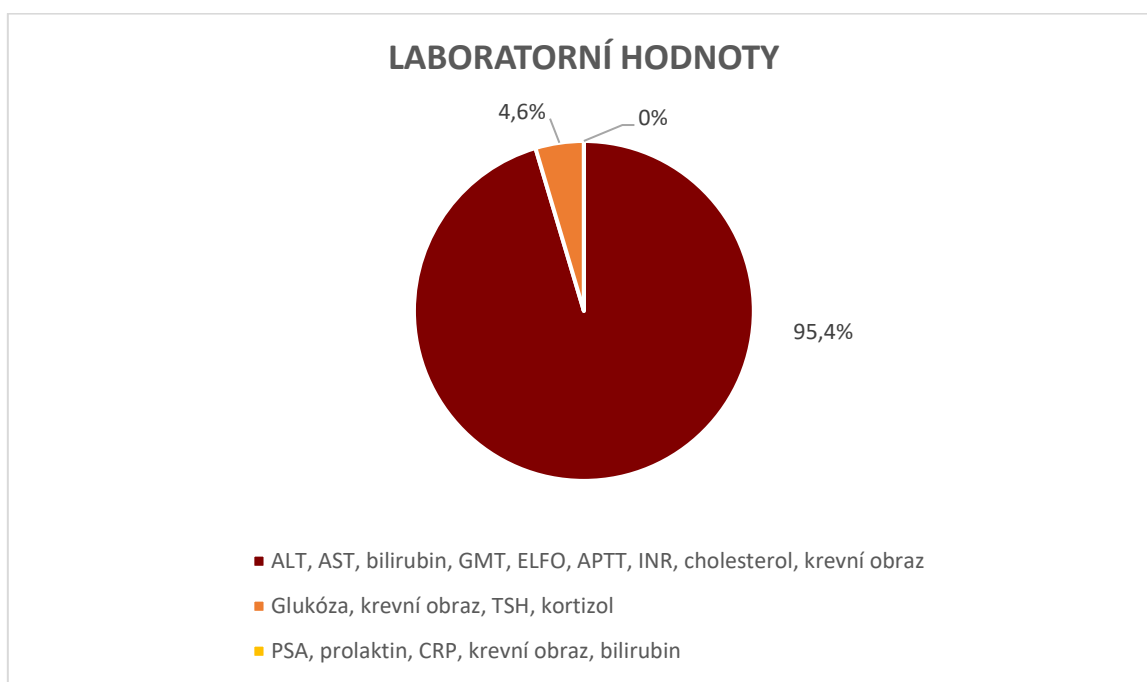
Graf č. 18 poukazuje na to, zda všeobecné sestry ví, co se sleduje u hospitalizovaných pacientů s jaterní cirhózou. 21,5 % vybírá sledování objemu břicha a lýtek, 20,2 % příjem a výdej tekutin, 19,9 % hmotnost, 19,9 % základní vitální funkce a 18,4 % stav a vzhled kůže.

Tabulka č. 18: Četnost odpovědí na otázku č.18

Sledování u hospitalizovaného pacienta	Počet respondentů
Objem břicha a lýtek	82
Příjem a výdej tekutin	77
Hmotnost	76
Základní vitální funkce	76
Stav a vzhled kůže	70

Tabulka č. 18 poukazuje na četnost odpovědí ve sledování u hospitalizovaného pacienta s jaterní cirhózou. Je možné zvolit více odpovědí, proto je četnost vyšší než celkový počet respondentů. 82 respondentů volí sledování objemu břicha a lýtek, 77 příjem a výdej tekutin, 76 hmotnost hospitalizovaného, 76 základní vitální funkce a 70 respondentů volí sledování stavu a vzhledu kůže.

Graf č. 19: Laboratorní hodnoty



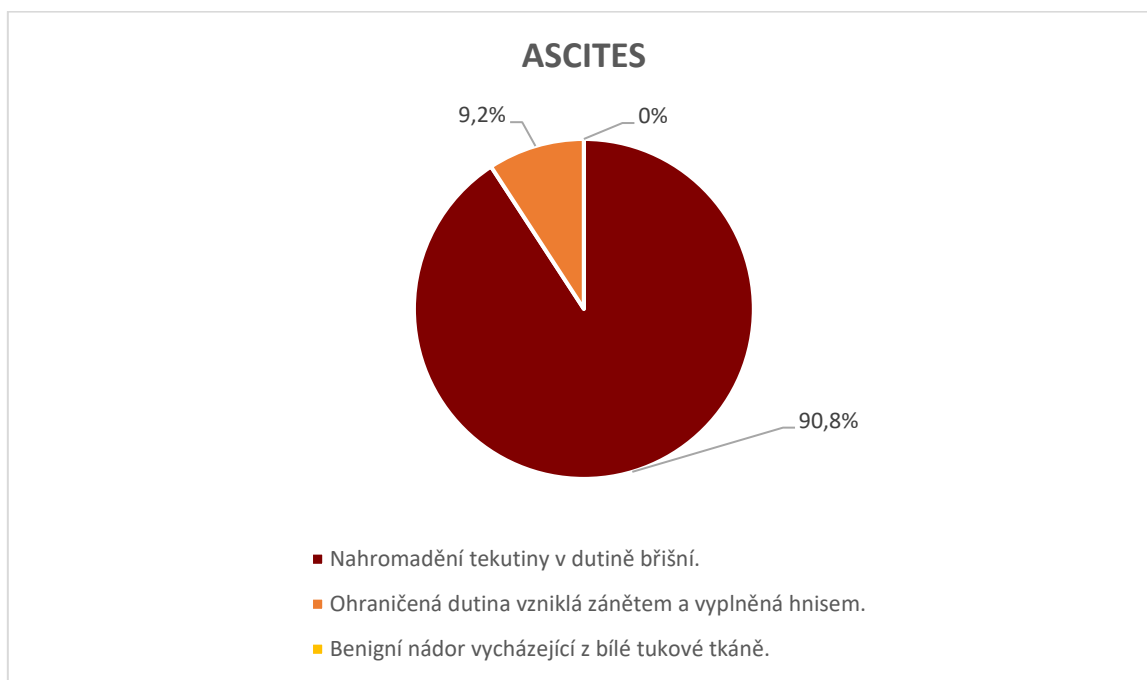
Graf č. 19 poukazuje na laboratorní hodnoty, které se sledují u pacientů s jaterní cirhózou. 95,4 % respondentů volí odpověď ALT, AST, bilirubin, GMT, ELFO, APTT, INR, cholesterol a krevní obraz. 4,6 % respondentů volí glukózu, krevní obraz, TSH a kortizol. 0 % volí PSA, prolaktin, krevní obraz a bilirubin.

Tabulka č. 19: Četnost odpovědí na otázku č.19

Laboratorní hodnoty	Počet respondentů
ALT, AST, bilirubin, GMT, ELFO, APTT, INR, cholesterol, krevní obraz	83
Glukóza, krevní obraz, TSH, kortizol	4
PSA, prolaktin, CRP, krevní obraz, bilirubin	0

Tabulka č. 19 poukazuje na četnost odpovědí laboratorní hodnoty, které se sledují u pacientů s jaterní cirhózou. 83 respondentů volí odpověď ALT, AST, bilirubin, GMT, ELFO, APTT, INR, cholesterol a krevní obraz. 4 respondenti volí glukózu, krevní obraz, TSH a kortizol. 0 respondentů volí PSA, prolaktin, krevní obraz a bilirubin.

Graf č. 20: Ascites



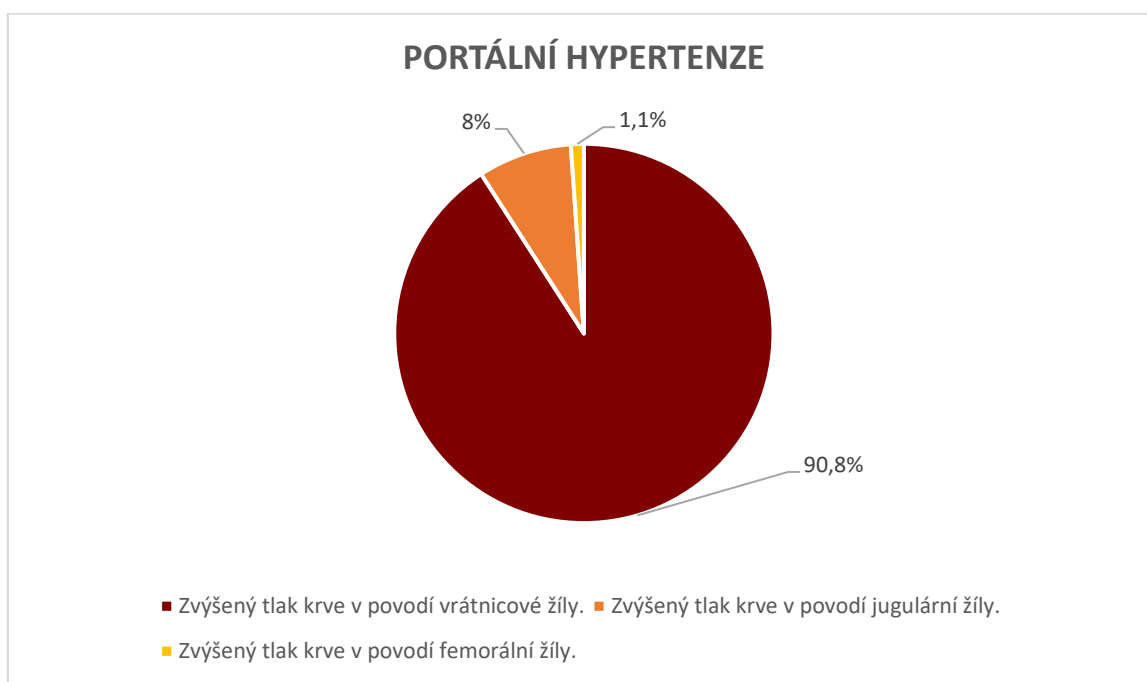
Graf č. 20 poukazuje na význam ascitu. 90,8 % všeobecných sester vybírá odpověď: nahromadění tekutiny v dutině břišní. 9,2 % volí odpověď: ohraničená dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem. 0 % volí odpověď: benigní nádor vycházející z bílé tukové tkáně.

Tabulka č. 20: Četnost odpovědí na otázku č.20

Ascites	Počet respondentů
Nahromadění tekutiny v dutině břišní.	79
Ohraničená dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem.	8
Benigní nádor vycházející z bílé tukové tkáně.	0

Tabulka č. 20 poukazuje na četnost respondentů odpovídajících na význam ascitu. 79 všeobecných sester vybírá odpověď: nahromadění tekutiny v dutině břišní. 8 volí odpověď: ohraničená dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem a 0 respondentů volí odpověď: benigní nádor vycházející z bílé tukové tkáně.

Graf č. 21: Portální hypertenze



Graf č. 21 poukazuje na význam portální hypertenze. 90,8 % respondentů volí, že se jedná o zvýšený tlak krve v povodí vrátnicové žíly. 8 % volí, že se jedná o zvýšený tlak krve v povodí femorální žíly a 1,1 % tvrdí, že se jedná o zvýšený tlak krve v povodí jugulární žíly.

Tabulka č. 21: Četnost odpovědí na otázku č.21

Portální hypertenze	Počet respondentů
Zvýšený tlak krve v povodí vrátnicové žíly.	79
Zvýšený tlak krve v povodí jugulární žíly.	7
Zvýšený tlak krve v povodí femorální žíly.	1

Tabulka č. 21 poukazuje na četnost výběru odpovědí na otázku týkající se významu portální hypertenze. 79 respondentů volí, že se jedná o zvýšený tlak krve v povodí vrátnicové žíly. 7 jich volí, že se jedná o zvýšený tlak krve v povodí femorální žíly a 1 tvrdí, že se jedná o zvýšený tlak krve v povodí jugulární žíly.

Graf č. 22: Diagnostika



Graf č. 22 poukazuje na diagnostiku onemocnění. 100 % respondentů odpovídá, že se jaterní cirhóza diagnostikuje laboratořmi, ultrasonografií, počítačovou tomografií, ERCP. Dále 0 % respondentů odpovídá, že se onemocnění diagnostikuje rentgenem, počítačovou tomografií, gastroscopií, magnetickou rezonancí, kolonoskopií.

Tabulka č. 22: Četnost odpovědí na otázku č.22

Diagnostika	Počet respondentů
Laboratoř, ultrasonografie, počítačová tomografie, ERCP.	87
Rentgen, počítačová tomografie, gastroscopie.	0
Magnetická rezonance, rentgen, kolonoskopie.	0

Tabulka č. 22 poukazuje na četnost odpovědí otázek týkajících se diagnostiky jaterní cirhózy. 87 respondentů odpovídá, že se jaterní cirhóza diagnostikuje laboratořmi, ultrasonografií, počítačovou tomografií, ERCP. Dále 0 respondentů odpovídá, že se onemocnění diagnostikuje rentgenem, počítačovou tomografií, gastroscopií, magnetickou rezonancí, kolonoskopií.

2.3.1 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: V jakých oblastech ošetrovatelské péče o pacienty s jaterní cirhózou nemají všeobecné sestry informace?

Na základě dotazníku a odpovědí můžeme říct, že zhruba 1/5 všeobecných sester nezná symptomy jaterní cirhózy, s tím spojený i význam portální hypertenze. Také si pletou pojem ascites – absces. (graf č. 15)

Všeobecné sestry, zejména ty, co poskytují ošetrovatelskou péči pacientům s jaterní cirhózou by tyto pojmy měly určitě znát. Toto vnímáme informace/vědomosti, které sestřám chybí.

Výzkumná otázka č. 2: V jakých oblastech jsou všeobecné sestry pečující o pacienty s jaterní cirhózou orientovány?

Druhý dílčí cíl měl poukázat na to, v čem jsou všeobecné sestry poskytující ošetrovatelskou péči pacientům s jaterní cirhózou orientovány.

Všechny všeobecné sestry, které odpověděli na dotazník, se orientují v dietních opatřeních u nemocných postižených jaterní cirhózou. Dále ví, jaké parametry sledovat u hospitalizovaného pacienta a jakými druhy vyšetření se jaterní cirhóza diagnostikuje. Z počtu 87 respondentů jich 85 zná anatomii jater a typické komplikace jaterní cirhózy.

Výzkumná otázka č. 3: Jakým způsobem se všeobecné sestry vzdělávají v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s jaterní cirhózou?

V otázce č. 7 v dotazníku se ptáme, zda se všeobecné sestry zúčastňují celoživotního vzdělávání v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s jaterní cirhózou. Z celkového počtu 87 respondentů se jich 56 celoživotně vzdělává. Nejčastější formou vzdělávání je studium odborné literatury a účast na školicích akcích (např. konference, kongresy, sympozia). Účast na těchto dvou formách je 49,6 %. Na třetím místě je vzdělávání formou e-learningu a na posledním místě inovační kurzy. (graf č. 7 a 8)

3 DISKUSE

Jaterní cirhóza je chronický zánět jaterního parenchymu, při kterém dochází k nekróze hepatocytů zánětlivou reakcí. Výsledkem je přestavba architektury jater v uzle, ohraničené vazivem. Cirhózu označujeme jako stav nezvratný. (Horák a Ehrmann, 2014, s. 127-128; Hůlek, Urbánek a kolektiv, 2018, s. 463)

Téma bakalářské práce, které nese název „Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s jaterní cirhózou“, byl zvolen z důvodu mé časté péče o klienty trpící jaterní cirhózou. Pro své šetření jsme si zvolili kvantitativní metodu dotazování a techniku dotazníku. Dotazník je vytvořen autorkou na základě studia příslušné literatury a je přiložen v příloze C. Obsahuje celkem 22 otázek. Otázky jsou otevřené i uzavřené. Výsledky jsou interpretovány prostřednictvím tabulek a grafů v programu Microsoft Excel. Vytvořený dotazník je určen všeobecným sestřám a je distribuován v elektronické podobě.

Dotazník se skládá ze sociodemografických charakteristik, které jsou zaměřeny na věk, pohlaví, stupeň vzdělání, rodinný stav. (graf č. 1-4) Pracovní historie respondentek, která je zaměřena na roky praxe, absolvované kurzy a otázky se zaměřením na znalosti sester.

Znalosti všeobecných sester ověřujeme dotazy na: definici, příčiny, projevy a komplikace jaterní cirhózy včetně ošetrovatelské péče o pacienty s jaterní cirhózou. (graf č. 5-22)

Ze sociodemografického hlediska je majoritní skupinou respondentek – všeobecných sester je ve věku 26-39 let a většina z nich jsou ženského pohlaví, svobodných. (graf č. 1 a 2) Pokud jde o dokončené vzdělání, školu má 38 % respondentů vysokoškolské, s titulem Bc. Dalších 27,6 % má vystudovanou vyšší odbornou školu s titulem DiS. (graf č. 4)

Dostupná zahraniční studie (Shahin et al. 2013) odhalila, že o něco více než polovina sester má více než deset let pracovních zkušeností, což se v našem výzkumu liší. Dle našeho výzkumu nejdéle v klinické praxi pracují všeobecné sestry 1-5 let, stejně tak i v délce péče o pacienta postiženého jaterní cirhózou. (graf č. 5 a 6)

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit znalosti všeobecných sester o ošetrovatelské péči u pacientů s jaterní cirhózou.

Prvním dílčím cílem je zjistit oblasti, ve kterých nemají všeobecné sestry věnující se ošetrovatelské péči o pacienty s jaterní cirhózou informace.

Z výzkumného vzorku s počtem 87 odpovědělo 19 respondentů nesprávně, že se jaterní cirhóza projevuje hypotenzí a tachykardií (graf č.15). Tyto dva symptomy se u nemocných s jaterní cirhózou mohou objevit, ale nejsou řazeny mezi hlavní symptomy onemocnění. 9 % respondentek neznala samotný pojem portální hypertenze (graf č. 21). V grafu 16 vidíme, že 9 respondentů z 87 vybralo, že typickými komplikacemi jaterní cirhózy jsou arytmie a plicní embolie, což není pravda. Nejtypičtějšími komplikacemi jsou: břišní ascites, portální hypertenze a hepatocelulární karcinom. U břišního ascitu zodpověděla 1/10 respondentů – všeobecných sester, že se jedná o ohraničenou dutinu vzniklou zánětem a vyplněnou hnisem. (graf č. 20) Tento výsledek nás překvapil, protože jsme brali za samozřejmost, že všeobecná sestra poskytující ošetrovatelskou péči u pacientů s jaterní cirhózou břišní ascites zná. Ascitem označujeme nahromadění tekutiny v dutině břišní. Je to nejčastější komplikace nemoci a jeho vznik znamená velice špatnou prognózu. (viz podkapitola č. 1.7.1).

Portální hypertenze nebyla jako komplikace jaterní cirhózy zvolena 12 respondenty (graf č.16). Jedná se o zvýšení krevního tlaku v portálním řečišti, nastává zvýšení průtoku krve. V důsledku zvýšeného tlaku dochází ke stagnaci krve před játry. Tuto komplikaci řešíme transjugulárním intrahepatickým portosystémovým shuntem. (viz podkapitola č. 1.7.2.1)

Druhým dílčím cílem je zjistit oblasti, ve kterých všeobecné sestry poskytující ošetrovatelskou péči o pacienty s jaterní cirhózou mají informace. Všeobecné sestry jsou nejlépe orientovány v dietním režimu pacientů postiženými tímto onemocněním. (graf č. 17) Dále ví, co je jaterní cirhóza, jakým způsobem se jaterní cirhóza diagnostikuje a jaké jsou její příčiny (graf č.13, graf č.14., graf č.22). Sestry ví, co sledovat u hospitalizovaného pacienta (graf č.18) včetně laboratorních parametrů (graf č.19). Z počtu 87 respondentů jich 85 správně odpovědělo, co jsou játra (graf č, 12).

Posledním – třetím dílčím cílem je zjistit, zda a jak se všeobecné sestry vzdělávají v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s jaterní cirhózou. Výzkumná otázka zaměřená na celoživotní vzdělávání je podrobně popsána níže. Kdyby se sestry pravidelně celoživotně vzdělávali jak ve formě kurzů, e-learningu nebo i samostudiem, tak by dílčí cíl, kde jsme zjišťovali oblast ošetrovatelské péče o pacienty s jaterní cirhózou, ve které všeobecné sestry nemají informace, měl lepší výsledek.

Jak ukazuje graf č. 7, celoživotního vzdělávání se zúčastňuje 64 % našich respondentů a to nejčastěji 1 – 2krát za 1 rok. Nejčastější formou je studium odborné literatury anebo účast na školicích akcích, jako jsou konference, kongresy, symposia.

Výsledek neshledávám příznivý, jelikož povinnost celoživotního vzdělávání je stanovena pro všechny všeobecné sestry a je definována zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních v platném znění a na základě Koncepce ošetrovatelství, jako povinnost průběžného obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilost k výkonu zdravotnického povolání prostřednictvím organizovaných forem vzdělávání v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. (Parlament ČR, Zákon č. 96/2004 Sb.)

Je třeba si uvědomit, že všeobecné sestry mají hlavní roli při udržování kompetencí udržet krok s nejnovějším vývojem v ošetrovatelské péči, a to za účelem uspokojení potřeb klientů/pacientů. Vysoká kvalita zdravotnických služeb vede k nutnosti celoživotního vzdělávání. Kvalita vyžaduje podporované, strukturované a efektivní zdokonalování personálu s měnící se ošetrovatelskou praxí.

Dle respondentek, které hodnotí využitelnost informací z celoživotního vzdělávání v praxi uvádí nejčastěji známku 1, což na pětibodové hodnotící škále odpovídá stupni velmi dobře. (graf č. 11)

Pouze 9,2 % respondentek uvedlo za formu celoživotního vzdělávání certifikovaný kurz. Přitom u nás existuje Certifikovaný kurz MZ ČR, který je určen pro všeobecné sestry, které pracují v ambulancích a na lůžkových odděleních gastroenterologie a hepatologie. Absolvent se v průběhu kurzu seznámí s celou systematickou gastroenterologií, i dalšími příbuznými obory, se kterými onemocnění trávicího traktu a jater souvisí, projde praktickou výukou na endoskopickém pracovišti kliniky, kde připravuje pacienta na vyšetření, asistuje při vyšetření a zajistí ošetrovatelskou péči o pacienta po vyšetření nebo terapeutickém zákroku. Zvláštní zřetel je věnován endoskopii diagnostické i terapeutické, bioptickým metodám, zobrazovacím metodám a funkčnímu vyšetření trávicího traktu. Tyto kurzy považují za ucelenou a efektivní formu celoživotního vzdělávání. Otázka je, jak jsou pro sestry finančně, časově a místně dostupné.

Pokud nahlédneme do zahraniční studie, kterou prováděl Paula et al., (2017) je patrné, že většina jeho respondentů – všeobecných sester měla nedostatečné znalosti v oblasti

jaterní cirhózy. V našem případě se jedná o 1/5 sester, které se v této oblasti neorientují. Počet respondentů se správnými odpověďmi převažuje, a tak můžeme říci, že respondenti – všeobecné sestry v našem výzkumu mají znalosti o jaterní cirhóze. I přesto (již zmíněno výše) je důležité, aby se celoživotně vzdělávali, v charakteristice onemocnění se perfektně orientovali.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá tématem „Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s jaterní cirhózou“, kdy je hlavním cílem zjistit, jaké jsou znalosti všeobecných sester o ošetrovatelské péči u pacientů s jaterní cirhózou.

Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části je zmíněna charakteristika jaterní cirhózy jako onemocnění, anatomie jater a jejich podrobný popis vnitřní struktury a funkce, epidemiologie onemocnění, rizikové faktory, symptomy, diagnostika, prevence, léčba a komplikace jaterní cirhózy. Dále v podkapitole 1.8 popisujeme specifika ošetrovatelské péče u pacientů postižených jaterní cirhózou, zejména v hygieně a u břišní punkce či jaterní biopsie.

Na úvod praktické části je zmíněn hlavní cíl práce s dílčími cíli. Je charakterizován výběr respondentů, metodika práce i organizace výzkumu. Pro výzkumnou část bakalářské práce je zvolena kvantitativní metoda dotazování a technika dotazníku. Dotazník je vytvořen autorkou na základě studia příslušné literatury a je přiložen v příloze C. Skládá se ze socio-demografických charakteristik, které jsou zaměřeny na věk, pohlaví, stupeň vzdělání, rodinný stav. Pracovní historie, která je zaměřena na roky praxe, absolvované kurzy a otázky se zaměřením na znalosti sester. Znalosti všeobecných sester ověřujeme dotazy na: definici, příčiny, projevy a komplikace jaterní cirhózy včetně ošetrovatelské péče o pacienty s jaterní cirhózou.

Hlavním cílem našeho výzkumu je zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti o ošetrovatelské péči u pacientů s jaterní cirhózou. Došli jsme k závěru, že více než $\frac{3}{4}$ sester má znalosti a vědomosti o ošetrovatelské péči u nemocných s jaterní cirhózou. (graf č. 18) Důraz na celoživotní vzdělávání ale nekladou všichni. Z počtu 87 respondentů – všeobecných sester, se jich vzdělává pouze 56. Dle našeho názoru by se všechny sestry měly celoživotně vzdělávat, aby mohly kvalitně vykonávat ošetrovatelskou péči o pacienty.

Téma by mohlo být dále rozpracováno a práce rozšířena o metodu pozorování, jak je zmíněno v práci “Nurses' Knowledge and Practice Regarding Nursing Care of Patients with Liver Cirrhosis“ od autorů Amal Bakr Abo El-Ata et al. Metoda pozorování by práci zajímavě doplnila a zároveň potvrdila objektivitu a korelaci uvedených odpovědí z dotazníkového šetření. Zásadním přínosem je, že i přes kvalitní znalosti o poskytování péče pacientům s jaterní cirhózou, je třeba se dále vzdělávat a aktualizovat si informace zejména uceleně

např. v existujícím certifikovaném kurzu. Tato bakalářská práce by mohla sloužit novým sestřám v oboru gastroenterologie a hepatologie, jako informační zdroj.

SEZNAM LITERATURY

1. AIGLOVÁ, Květoslava, Jiří EHRMANN a spol. Vnitřní lékařství. *Onemocnění jater související s alkoholem* [online]. LF UP a FN Olomouc, 220 [cit. 20.2.2022]. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2020/05/10.pdf>
2. Amal Bakr Abo El-Ata et al. *Nurses' Knowledge and Practice Regarding Nursing Care of Patients with Liver Cirrhosis*. Port said scientific journal, of nursing 2021.
3. BIELIKOVÁ, Barbora. *Edukace pacientů v praxi všeobecné sestry*, Pardubice 2018. Univerzita Pardubice, fakulta zdravotnických studií.
4. BRŮHA, Radan. *Účelná farmakoterapie jaterních chorob v běžné praxi* [online]. 2012, 3(3) [cit. 18.11.2021]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/10/03.pdf>.
5. DRÁBEK, Jiří, Michal PROČKE a Jan ŠTOVÍČEK. *Vybrané kapitoly z hepatologie*. Praha: Karolinum, 2012. 68 s. ISBN 978-80-246-1971-2.
6. DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy funkční anatomie člověka*. 1. vyd. Praha: ČVUT, 2013. 213 s. ISBN 978-80-010-5249-5.
7. EHRMANN, Jiří a Petr HŮLEK a kol. *Hepatologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. 658 s. ISBN 978-80-247-8021-4.
8. FEJFAR, Tomáš a kol. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 2017, 71(2) [cit. 28. 1. 2022]. ISSN 1804-803X. Dostupné z: <https://www.ces-hep.cz/file/485/varikozni-krvaceni-doporuceni-chs-2017.pdf>
9. HOLUBOVÁ, Adéla a kol. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta, 2013. 267 s. ISBN 978-80-204-2806-6.
10. HORÁK, Jiří a Jiří EHRMANN. *Hepatologie do kapsy*. Praha: Mladá fronta, 2014. 228 s. ISBN 978-80-204-3299-5.
11. HRUŠOVSKÝ, Štefan. *Praktická hepatológia*. Bratislava: Herba, 2015. 304 s. ISBN 978-80-89631-33-9.
12. HŮLEK, Petr, URBÁNEK Petr a kol. *Hepatologie 3. vydání*. Praha: Grada, 2018. 738 s. ISBN 978-80-271-0394-2.
13. JAROŠOVÁ, Darja, Kamila MAJKUSOVÁ, Radka KOZÁKOVÁ a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2016. 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.
14. KLVAŇA, Pavel a spol. *Gastroenterologie a hepatologie. Nezvyklá manifestace časného kryptogenního hepatocelulárního karcinomu*. [online]. Frýdek-Místek, 2016

- [cit. 19.11.2021]. Dostupné z: <https://www.csgh.info/cs/clanek/nezvykla-manifestace-casneho-kryptogenniho-hepatocelularniho-karcinomu-10724>
15. KRMENČÍKOVÁ, Veronika. *Edukační proces u pacienta s diagnózou diabetes mellitus*. Praha, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství.
 16. LATA, Jan. Hepatorenální syndrom. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2013, 15(8-9) [cit. 1. 2. 2022]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2013/08/04.pdf>
 17. LUKÁŠ, Karel a kol. *Postgraduální gastroenterologie & hepatologie*. Hepatocelulární karcinom. Praha: Mladá fronta, 2019. ISSN 2336-4998.
 18. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
 19. NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2015. 240 s. ISBN 978-80-247-4402-5
 20. Parlament České republiky. *Zákon č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)* [online] 2020 [cit. 3.3.2023] <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=96&r=2004>.
 21. PAUL, T, Marie, T.P. & Bechem, E. *Knowledge, attitude and practice of staff of 4 hospitals in Yaoundé on the prevention of vertical transmission of hepatitis B*. Pan African Medical Journal, 2017. 28(174) doi:10.11604
 22. PETŘEK, Josef. *Základy fyziologie člověka pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2019. 172 s. ISBN 978-80-271-2208-0.
 23. RUSINA, Robert a Eva BOLCEKOVÁ. Kognitivní postižení u gastrointestinálních a jaterních onemocnění. *Neurologie pro praxi* [online]. 2016, 17(3) [cit. 2. 2. 2022]. ISSN 1803-5280.
 24. SEBERA, Martin. *Metody výzkumu. Vybrané kapitoly z metodologie* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2012 [cit. 29. 1. 2022]. ISBN 978-80-210-5963-4. Dostupné z: <https://www.fsps.muni.cz/emuni/data/reader/book-8/04.html>
 25. SHAHIN M., Mohamed, W., and Sayed. *Nurses' Knowledge and Practices regarding Enteral Nutrition at the Critical Care Department of Al-Manial University*

- Hospital in Egypt: Impact of a Designed Instructional Program*. Journal of American Science, 2023. 8 (9): 397-404.
26. SVĚRÁKOVÁ, Marcela, *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-807-2628-452.
 27. ŠPIČÁK, Julius. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II*. Praha: Grada Publishing, 2017. 304 s. ISBN 978-80-271-0318-8.
 28. ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ, *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. 2012. ISBN 978-80-7394-246-5
 29. TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Ošetrovatelská proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2014. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
 30. TOZZI, Igor a kol. *Portální hypertenze* [online]. Olomouc: LF a FZV UP Olomouc, 2012 [cit. 15. 2. 2021]. Dostupné z: <http://pfyziolklin.upol.cz/?p=3026>
 31. TRUNEČKA, Pavel. *Vnitřní lékařství – Hepatologie I. Transplantace jater - vývoj indikací v poslední dekádě* [online]. IKEM Praha, 2019 [cit. 18.11.2021]. Dostupné z: <https://www.cisweb.cz/files/vnitr-lek-2019-65-09-nahled.pdf>
 32. VONDRKOVÁ, Michaela. *Edukace pacientů s jaterní cirhózou*. Liberec, 2016. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií.
 33. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, 2013. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví.....	34
Graf č. 2: Rodinný stav.....	35
Graf č. 3: Věk	36
Graf č. 4: Vzdělání.....	37
Graf č. 5: Délka klinické praxe.....	38
Graf č. 6: Délka péče.	39
Graf č. 7: Účast na celoživotním vzdělávání.....	40
Graf č. 8: Forma celoživotního vzdělávání	41
Graf č. 9: Četnost celoživotního vzdělávání.....	42
Graf č. 10: Zhodnocení úrovně celoživotního vzdělávání.....	43
Graf č. 11: Zhodnocení využití vědomostí v praxi.....	44
Graf č. 12: Játra	46
Graf č. 13: Jaterní cirhóza.....	47
Graf č. 14: Příčiny jaterní cirhózy	48
Graf č. 15: Příznaky jaterní cirhózy	49
Graf č. 16: Komplikace	50
Graf č. 17: Dietní opatření.....	51
Graf č. 18: Sledování u hospitalizovaného pacienta.....	52
Graf č. 19: Laboratorní hodnoty	54
Graf č. 20: Ascites	55
Graf č. 21: Portální hypertenze.....	56
Graf č. 22: Diagnostika.....	57

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Četnost odpovědí na otázku č. 1	34
Tabulka č. 2: Četnost odpovědí na otázku č. 2	35
Tabulka č. 3: Četnost odpovědí na otázku č. 3	36
Tabulka č. 4: Četnost odpovědí na otázku č. 4	37
Tabulka č. 5: Četnost odpovědí na otázku č. 5	38
Tabulka č. 6: Četnost odpovědí na otázku č. 6	39
Tabulka č. 7: Četnost odpovědí na otázku č. 7	40
Tabulka č. 8: Četnost odpovědí na otázku č. 8	41
Tabulka č. 9: Četnost odpovědí na otázku č. 9	43
Tabulka č. 10: Četnost odpovědí na otázku č. 10	44
Tabulka č. 11: Četnost odpovědí na otázku č. 11	45
Tabulka č. 12: Četnost odpovědí na otázku č. 12	46
Tabulka č. 13: Četnost odpovědí na otázku č. 13	47
Tabulka č. 14: četnost odpovědí na otázku č.14.....	48
Tabulka č. 15: Četnost odpovědí na otázku č.15	49
Tabulka č. 16: četnost odpovědí na otázku č.16.....	51
Tabulka č. 17: Četnost odpovědí na otázku č.17	52
Tabulka č. 18: Četnost odpovědí na otázku č.18	53
Tabulka č. 19: Četnost odpovědí na otázku č.19	54
Tabulka č. 20: Četnost odpovědí na otázku č.20	55
Tabulka č. 21: Četnost odpovědí na otázku č.21	56
Tabulka č. 22: Četnost odpovědí na otázku č.22	57

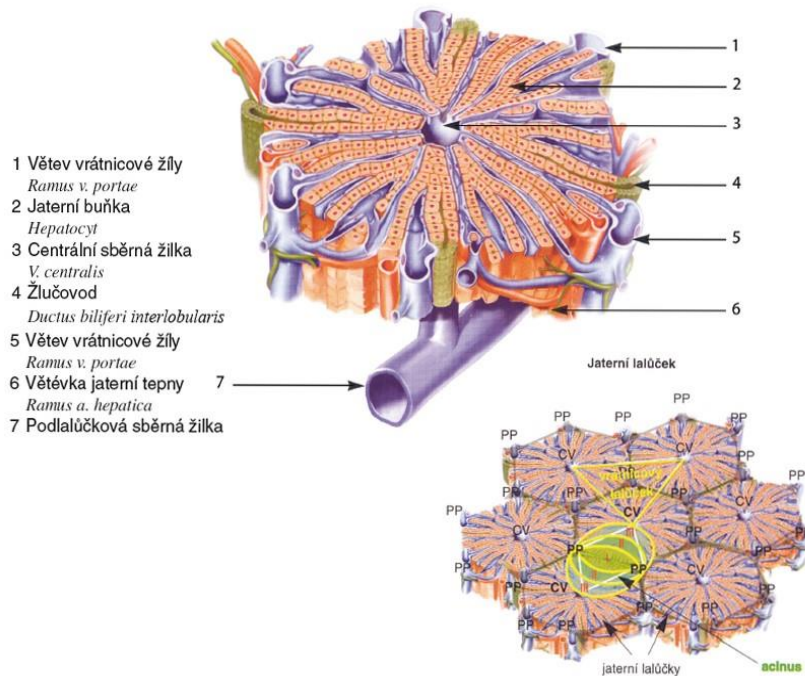
SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Stavba jaterního lalůčku
- Příloha B – Porovnání zdravých a cirhotických jater
- Příloha C – Dotazník

PŘÍLOHY

Příloha A – Stavba jaterního lalůčku

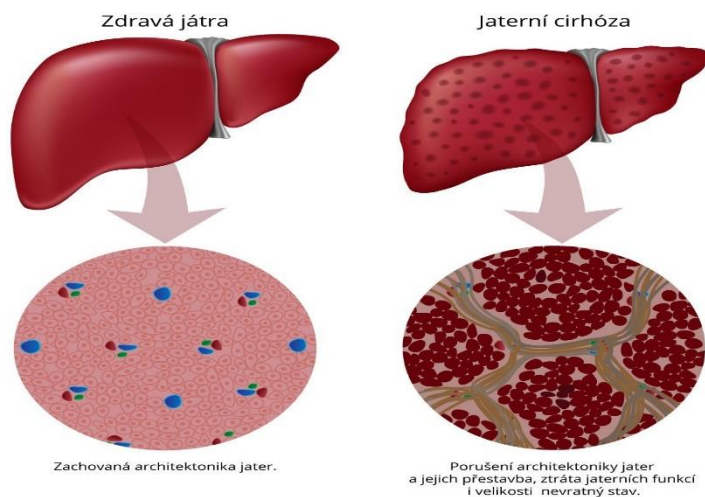
Obrázek 1 Stavba jaterního lalůčku



Zdroj: https://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/zaklady_anatomie/zakl_anatomie_II/pages/zlasy_k_soustave.html

Příloha B – Porovnání zdravých a cirhotických jater

Obrázek 2 Porovnání zdravých a cirhotických jater



Zdroj: <https://www.symptomy.cz/nemoc/cirhoza-jater>

Příloha C – Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den,

mé jméno je Bui Thanh Tam, jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií v Plzni, kde studuji obor Všeobecná sestra. Ráda bych Vás tímto oslovila a požádala o vyplnění dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce. Zvolila jsem si téma „**Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s jaterní cirhózou**“, kde je hlavním cílem zjistit znalosti všeobecných sester o ošetrovatelské péči u pacientů s jaterní cirhózou.

Tento dotazník je zcela anonymní. Odpovídejte, prosím, na všechny otázky a vyplňujte je pravdivě.

Děkuji za Vaši spolupráci!

Bui Thanh Tam.

Zakroužkujte, prosím, jednu možnou odpověď:

1. Jste:

- a) muž
- b) žena

2. Rodinný stav:

- 3. vdaná/ženatý
- 4. svobodná/ý
- 5. rozvedená/ý
- 6. vdova/vdovec

3. Kolik je Vám let?

- a) do 25 let
- b) 26-39 let
- c) 40-59 let
- d) 60 let a více

4. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Vyšší odborná škola zdravotnická (DiS.)
- c) Vysoká škola zdravotnická (Bc.)
- d) Magisterské navazující studium (Mgr.)

5. Jaká je celková délka Vaší klinické praxe?

- a) 1-5 let
- b) 6-10 let
- c) 11 let a více

6. Jak dlouho pečujete o pacienty s jaterní cirhózou?

- a) 1-5 let
- b) 6-10 let
- c) 11 let a více

7. Účastníte se celoživotního vzdělávání v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s jaterní cirhózou?

- a) Ne.
- b) Ano.

8. Pokud ano, jakou formou?

(můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) E-learning
- b) Specializační vzdělávání
- c) Certifikované kurzy
- d) Inovační kurzy
- e) Odborné stáže
- f) Účast na školicích akcích (konference, kongresy, symposia)
- g) Studium odborné literatury

9. Jak často za rok se účastníte celoživotního vzdělávání v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s jaterní cirhózou?

- a) Celoživotního vzdělávání se nezúčastňuji.
- b) 1 – 2krát
- c) 3 – 4krát

- d) 5krát a více

10. Jak zhodnotíte úroveň Vámi dostupného celoživotního vzdělávání?

(hodnocení jako známkování ve škole, 1 – 5)

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

11. Zhodnoťte využitelnost Vašich vědomostí z celoživotního vzdělávání v praxi.

(hodnocení jako známkování ve škole, 1 – 5)

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

12. Játra jsou:

- a) Nejmenší lidský orgán, skládající se z parenchymových buněk.
- b) Nejmenší lidský orgán, uložený pod bránicí.
- c) Největší parenchymový orgán v lidském těle.

13. Co je to jaterní cirhóza?

- a) Difuzní chronické (obvykle progredující) onemocnění, u něhož dochází k úplné dezorganizaci lobulární a vaskulární architektury jater.
- b) Difuzní chronické (obvykle progredující) onemocnění, u něhož nedochází k úplné dezorganizaci lobulární a vaskulární architektury jater.

14. Příčiny jaterní cirhózy jsou:

- a) Nadměrná konzumace alkoholu, toxické poškození jater, Wilsonova choroba, virové hepatitidy.
- b) Nadměrná konzumace alkoholu, virové hepatitidy, inzulinová rezistence.
- c) Nadměrná konzumace alkoholu, ateroskleróza, Addisonova choroba.

15. Jaterní cirhóza se projevuje:

(můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) ikterem
- b) hypotenzí
- c) tachykardií
- d) břišním ascitem
- e) portální hypertenzí

16. Mezi typické komplikace jaterní cirhózy řadíme:

(můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) plicní embolie
- b) arytmie
- c) břišní ascites
- d) hepatocelulární karcinom
- e) portální hypertenze

17. Jaká dietní opatření by měl dodržovat pacient s jaterní cirhózou?

- a) Jíst 2x denně velké porce.
- b) Snížit příjem tuků a soli, jíst vícekrát denně po menších porcích.

18. Co by měla všeobecná sestra u hospitalizovaného pacienta s jaterní cirhózou sledovat?

(můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) základní vitální funkce
- b) příjem a výdej tekutin
- c) stav a vzhled kůže
- d) objem břicha a lýtek
- e) hmotnost

19. Jaké laboratorní hodnoty krve se u pacientů s jaterní cirhózou nejčastěji vyšetřují?

- a) Glukóza, krevní obraz, TSH, Kortizol
- b) ALT, AST, bilirubin, GMT, ELFO, APTT, INR, cholesterol, krevní obraz
- c) PSA, prolaktin, CRP, krevní obraz, bilirubin

20. Co je to ascites?

- a) Nahromadění tekutiny v dutině břišní.
- b) Ohraničená dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem.
- c) Benigní nádor vycházející z bílé tukové tkáně.

21. Co je to portální hypertenze?

- a) Zvýšený tlak krve v povodí jugulární žíly.
- b) Zvýšený tlak krve v povodí vrátnicové žíly.
- c) Zvýšený tlak krve v povodí femorální žíly.

22. Jaterní cirhózu diagnostikujeme:

- a) laboratorním vyšetřením, ultrasonografií, počítačová tomografie, ERCP
- b) magnetická rezonance, rentgen, kolonoskopie
- c) rentgen, počítačová tomografie, gastroscopie

Zdroj: vlastní