

UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Ondřej Bradáč

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Život pacientů s jaterní cirhózou
Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Ondřej Bradáč**
Osobní číslo: **Z22356**
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**
Téma práce: **Život pacientů s jaterní cirhózou**
Téma práce anglicky: **Life of Patients with Liver Cirrhosis**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Hana Ochtinská, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 10. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Život pacientů s jaterní cirhózou jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 16. 6. 2025

Ondřej Bradáč v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych rád poděkoval vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Haně Ochtinské, Ph.D., za její odborné vedení, cenné rady, trpělivost a vstřícný přístup, čímž přispěla k vypracování této práce. Mé poděkování patří také pacientům, kteří byli ochotni věnovat svůj čas a podíleli se na realizaci průzkumného šetření. Dále děkuji své rodině za veškerou podporu, trpělivost a motivaci, kterou mi během celého studia poskytovala.

ANOTACE

Téma bakalářské práce je zaměřeno na život pacientů s diagnostikovanou jaterní cirhózou. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou stručně popsány samotné onemocnění, jeho výskyt, příčiny, příznaky, diagnostické a léčebné možnosti. Jsou zde také uvedeny komplikace, prognóza onemocnění a specifika ošetrovatelské péče. Dále je pozornost věnována pojmu kvalita života a standardizovanému dotazníku WHOQOL-BREF určenému k jejímu měření. Praktická část je zpracována metodou kvantitativního průzkumu zaměřeného na subjektivní kvalitu života nemocných. Data byla sbírána dotazníkovou metodou a zpracována deskriptivní analýzou. Průzkumného šetření se zúčastnilo 52 respondentů. Cílem práce bylo zjistit, jak pacienti s jaterní cirhózou hodnotí kvalitu svého života v různých oblastech. Výsledky ukázaly, že nejnižšího hodnocení dosáhla oblast fyzického zdraví, což odráží dopad fyzických obtíží spojených s onemocněním. Nejlépe byla hodnocena oblast psychického prožívání.

KLÍČOVÁ SLOVA

Hepatologie, jaterní cirhóza, kvalita života, pacient, WHOQOL-BREF.

TITLE

Life of Patients with Liver Cirrhosis

ANNOTATION

The topic of this bachelor's thesis is focused on the lives of patients diagnosed with liver cirrhosis. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical section briefly describes the disease itself, its prevalence, causes, symptoms, diagnostic and treatment options. It also outlines the complications, prognosis of the disease, and specifics of nursing care. Furthermore, attention is given to the concept of quality of life and the standardized WHOQOL-BREF questionnaire used to assess it. The practical part is based on a quantitative research method focusing on the subjective quality of life of patients. Data were collected using a questionnaire and analysed using descriptive statistics. A total of 52 respondents participated in the survey. The goal of the thesis was to determine how patients with liver cirrhosis evaluate their quality of life in different areas. The results showed that the lowest scores were recorded in the physical health domain, reflecting the impact of physical difficulties associated with the disease. The domain that was best rated is psychological well-being.

KEYWORDS

Hepatology, liver cirrhosis, patient, quality of life, WHOQOL-BREF.

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle.....	13
1.1 Cíle teoretické části.....	13
1.2 Cíle průzkumné části.....	13
1.3 Metody k dosažení cíle.....	13
Teoretická část.....	14
2 Jaterní cirhóza.....	14
2.1 Charakteristika.....	14
2.2 Výskyt.....	15
2.3 Příčiny vzniku.....	15
2.4 Klinický obraz.....	17
2.4.1 Ikterus.....	18
2.4.2 Ascites.....	18
2.4.3 Portální hypertenze.....	18
2.4.4 Jaterní encefalopatie.....	19
2.5 Diagnostika.....	19
2.6 Léčba.....	21
2.6.1 Jaterní dieta.....	22
2.6.2 Medikamentózní léčba.....	22
2.6.3 Léčba ascitu.....	22
2.6.4 TIPS (transjugulární intrahepatální portosystémová spojka).....	23
2.6.5 Transplantace jater.....	23
2.7 Komplikace.....	23
2.7.1 Jícnové varixy.....	23
2.7.2 Hepatorenální syndrom.....	24
2.7.3 Spontánní bakteriální peritonitida.....	24
2.7.4 Hepatocelulární karcinom.....	24

2.8	Prognóza.....	25
2.9	Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s jaterní cirhózou	25
3	Kvalita života.....	29
3.1	Pojem kvalita života.....	29
3.2	Subjektivní kvalita života.....	30
3.3	Objektivní kvalita života	30
3.4	Hodnocení kvality života	31
3.5	Dotazník WHOQOL-BREF	31
	Průzkumná část.....	33
4	Průzkumné otázky.....	33
5	Metodika průzkumu.....	34
5.1	Charakteristika průzkumného vzorku	34
5.2	Sběr dat.....	35
5.3	Zpracování a vyhodnocení dat	35
6	Prezentace výsledků.....	36
6.1	Základní údaje o respondentech.....	36
6.2	Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF.....	38
7	Diskuze	55
7.1	Limity průzkumného šetření	60
7.2	Doporučení pro praxi	61
8	Závěr	62
9	Použitá literatura	64
10	Přílohy.....	69

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Věkové rozložení respondentů v souboru (n = 52)	36
Obrázek 2: Délka onemocnění jaterní cirhózou (n = 52).....	37
Obrázek 3: Příčiny vzniku jaterní cirhózy (n = 52)	37
Obrázek 4: Hodnocení kvality života (n = 52)	38
Obrázek 5: Subjektivní hodnocení zdravotního stavu respondentů (n = 52).....	39
Obrázek 6: Rozložení četnosti odpovědí na jednotlivé položky fyzické domény dotazníku WHOQOL-BREF (n = 52)	40
Obrázek 7: Rozložení četnosti odpovědí na jednotlivé položky domény prožívání dotazníku WHOQOL-BREF (n = 52)	42
Obrázek 8: Rozložení četnosti odpovědí na jednotlivé položky sociální domény dotazníku WHOQOL-BREF (n = 52)	44
Obrázek 9: Rozložení četnosti odpovědí na jednotlivé položky domény prostředí dotazníku WHOQOL-BREF (n = 52)	46
Obrázek 10: Průměrná hrubá skóre domén všech respondentů (n = 52).....	48
Obrázek 11: Porovnání průměrného skóre položky č. 1 (kvalita života) a č. 2 (spokojenost se zdravím) vzhledem k pohlaví. Muži (n = 23), ženy (n = 29).....	49
Obrázek 12: Porovnání průměrných hrubých skóre domén vzhledem k pohlaví respondentů. Muži (n = 23), ženy (n = 29).....	50
Obrázek 13: Průměrné hodnocení položek č. 1 a 2 dotazníku WHOQOL-BREF podle věku respondentů. Věk do 50 let (n = 23), věk nad 50 let (n = 29).....	51
Obrázek 14: Průměrná hrubá skóre domén WHOQOL-BREF dle věku respondentů. Věk do 50 let (n = 23), věk nad 50 let (n = 29)	52
Obrázek 15: Průměrná výsledná hodnocení položky č. 1 a položky č. 2 dotazníku WHOQOL-BREF z hlediska délky trvání onemocnění. Méně než 1 rok (n = 14), 1–5 let (n = 22), více než 5 let (n = 16).....	53
Obrázek 16: Průměrná výsledná hodnocení domén WHOQOL-BREF dle délky trvání onemocnění. Méně než 1 rok (n = 14), 1–5 let (n = 22), více než 5 let (n = 16).....	54

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AFP Alfa-fetoprotein

ALP Alkalická fosfatáza

ALT Alaninaminotransferáza

AST Aspartátaminotransferáza

CT Výpočetní tomografie

CŽK Centrální žilní katétr

GGT Gamaglutamyltransferáza

HRQoL Health-Related Quality of Life

MELD Model for end-stage liver disease

NAFLD Non-alcoholic fatty liver disease

PMK Permanentní močový katétr

POBAV Pojmenování obrázků a jejich vybavení

PŽK Periferní žilní katétr

TIPS Transjugulární intrahepatální portosystémová spojka

UZ Ultrazvuk

WHOQOL-BREF World Health Organization Quality of Life – BREF

ÚVOD

Tato bakalářská práce pojednává o životě pacientů s jaterní cirhózou. Jaterní cirhóza je chronické progresivní onemocnění jater, které vzniká při dlouhodobém poškození jaterní tkáně, jež je postupně nahrazována nefunkčním vazivem. Tkáň ztrácí své fyziologické funkce, jako jsou například detoxikace, syntéza proteinů nebo produkce žluči (Skvašík, 2023). Nejčastějšími příčinami vzniku nemoci jsou nadužívání alkoholu a virové hepatitidy. Onemocnění se často dlouhou dobu vyvíjí skrytě a první projevy se často objevují až v pokročilém stadiu. Jaterní cirhóza je provázena řadou komplikací, jakými jsou portální hypertenze, vznik ascitu, jaterní encefalopatie nebo často život ohrožující krvácení z jícnových varixů. Tato choroba přináší nemocným řadu obtíží, které zasahují do jejich každodenního fungování, což má za následek celkové snížení kvality života. Onemocnění ovlivňuje nejen fyzickou oblast života, ale i psychickou a zasahuje i sociální vztahy nemocných, pracovní život a zvládání běžných denních aktivit. Tyto všechny oblasti jsou ovlivňovány především chronickou únavou, častými hospitalizacemi a fyzickými obtížemi (Brůha, Urbánek a kol., 2022, s. 191–193; Lan a kol., 2024, s. 261).

Ke komplexnímu poskytování péče o tyto nemocné je nutné, aby zdravotnický personál měl dostatek znalostí o způsobu a oblastech, jež tato nemoc zasahuje. Pouze za předpokladu těchto znalostí lze poskytovat těmto pacientům individuální, efektivní a cílenou ošetrovatelskou péči, která zohledňuje potřeby nemocného v celé jeho biologické, psychické, sociální i duchovní celistvosti. Zdravotníci by měli být schopni rozpoznat fyzické projevy onemocnění, citlivě reagovat na psychické potíže, podporovat pacienty při změnách životního stylu a při obtížích souvisejících se sociální změnou. Důležité je poskytovat nemocným motivaci ke spolupráci v léčebném procesu (Fabrellas et al., 2023, s. 218–226).

Z těchto důvodů je vhodné zaměřovat výzkum na subjektivní vnímání kvality života pacientů s jaterní cirhózou. Kvalita života je multidimenzionální pojem, který zahrnuje subjektivní a objektivní hodnocení aspektů života jedinců, skupin nebo celé společnosti. U pacientů s chronickým onemocněním je hodnocení kvality života důležitým ukazatelem celkového dopadu nemoci na každodenní fungování a spokojenost (Macků, 2020, s. 18–20; Gurková, 2011, s. 103–110).

1 CÍLE

1.1 Cíle teoretické části

1. Stručně popsat anatomii a fyziologii jater.
2. Charakterizovat problematiku jaterní cirhózy.
3. Definovat pojem kvalita života.

1.2 Cíle průzkumné části

Hlavní cíl

1. Zjistit hodnocení kvality života respondentů s diagnostikovanou jaterní cirhózou pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF a porovnat je s výsledky práce již provedené.

Dílčí cíle

2. Zjistit, zda existují rozdíly v hodnocení kvality života mezi muži a ženami na základě výsledků jednotlivých domén a samostatných otázek dotazníku WHOQOL-BREF.
3. Porovnat hodnocení kvality života respondentů s jaterní cirhózou mezi věkovými skupinami pod 50 let a nad 50 let pomocí jednotlivých domén a samostatných otázek dotazníku WHOQOL-BREF.
4. Zjistit, zda existují rozdíly v hodnocení kvality života u respondentů s jaterní cirhózou v závislosti na délce trvání onemocnění v jednotlivých doménách a samostatných položkách dotazníku WHOQOL-BREF.

1.3 Metody k dosažení cíle

V teoretické části je provedena rešerše dostupné české i zahraniční literatury na téma jaterní cirhóza. Týká se charakteristiky nemoci, příčin jejího vzniku, výskytu, příznaků, komplikací, diagnostiky, možností léčby a prognózy. Následně se věnuje specifikům ošetrovatelské péče a pojmu kvalita života, jeho historickému vývoji, vymezení tohoto pojmu a možnostem hodnocení, přičemž je popsán i standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF.

Průzkumná část se zaměřuje na analýzu a interpretaci dat získaných z anonymního průzkumného šetření pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF s přidanými otázkami týkajícími se sociodemografických údajů. Dotazníkové šetření probíhalo na interních odděleních určených zdravotnických zařízení, před zařazením respondenta do konečného souboru s ním byl proveden test kognitivních schopností POBAV. Teoretická příprava a sběr dat v průzkumném šetření pomohly k dosažení cílů.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je zaměřena na shrnutí dostupných poznatků o jaterní cirhóze včetně možností léčby, komplikací a specifík ošetrovatelské péče, které jsou spojené s tímto onemocněním. V následující části je představen pojem kvalita života, jeho historie, význam a faktory, které jej ovlivňují. Závěr teoretické části je věnován představení standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF.

2 JATERNÍ CIRHÓZA

2.1 Charakteristika

Jaterní tkáň je tvořena hepatocyty uspořádanými do trámců, mezi kterými se nacházejí jaterní sinusoidy přivádějící krev. Základní funkční jednotkou jater je lalůček o velikosti 1–2 mm, jeho středem probíhá centrální žíla (Čihák, 2013, s. 149–151).

Játra mají důležitou roli v metabolismu organismu a plní detoxikační, zásobní, metabolické, exkreční a syntetické funkce. Produkují žluč, eliminují toxiny a udržují optimální hladinu glukózy přeměnou glukózy na glykogen nebo její syntézou z jiných látek (Petřek, 2019; Rokyta, 2015, s. 261–263).

Jaterní cirhóza je pokročilé stadium chronického onemocnění jater a představuje významnou zátěž v poskytování zdravotní péče. Toto onemocnění může postupně přecházet z kompenzovaného stadia, které bývá často bez příznaků, do dekompenzovaného stadia, kdy je funkce jater vážně narušena. V této fázi se objevují komplikace, jako jsou portální hypertenze nebo ascites. Rozvoj těchto komplikací výrazně snižuje míru přežití pacientů, což činí zvládnutí základního onemocnění a prevenci komplikací hlavním cílem léčby (Lan a kol., 2024, s. 261).

Poškození buněk jater vede ke změnám v jaterní tkáni a vznikají cirhotické uzly. Toto poškození hepatocytů vede k nekróze a nahrazení poškozené tkáně nefunkčním vazivem, které vyvolává změnu struktury jaterního parenchymu s následnou fibrózou (Skvašík, 2023). Od prvních změn až po stadium cirhózy často uplyne i desetiletí a jedná se tedy o postupný proces degradace. Změny v morfologii tkáně se týkají především jaterních lalůčků, pro které je jejich uspořádání podstatné a jejich přestavba tedy vede ke změně funkce. Dojde k obstrukci žlučových kanálků a narušení krevní cirkulace, tyto změny se později projeví ikterem a portální hypertenzí. Začínají se tvořit kolaterály a v krvi, která se nedostává k buňkám jater, se akumuluje toxiny a odpadní látky (Navrátil a kol., 2017; Urbánek a Brůha,

2022, s. 191). Regrese cirhózy je možná, avšak je závislá na stadiu, ve kterém se onemocnění nachází, efektivitě léčby a celkovém zdravotním stavu pacienta. Zlepšení jaterních funkcí a snížení množství fibrózy může být dosaženo díky úspěšné antivirové léčbě hepatitidy, abstinenci od alkoholu a změnám životního stylu (Lee et al., 2023, s. 189–195).

Cirhózu lze klasifikovat z morfologického hlediska dle velikosti uzlů v jaterní tkáni do třech skupin. Mikronodulární cirhóza, kdy jsou uzly menší než 3 mm, jsou obklopené fibrózní tkání, často bez centrální žíly a portálního prostoru. Nejčastější výskyt je u alkoholové cirhózy nebo obstrukce žlučových cest. Při makronodulární cirhóze jsou přítomny uzly různé velikosti od 3 mm až po několik centimetrů, často s centrální žílou i portálním prostorem. Typicky se objevuje u virových a autoimunitních hepatitid. Smíšená cirhóza je kombinace malých i velkých uzlů. Tato klasifikace je více používána jako popis struktury než jako rozhodující diagnostický nástroj (Urbánek a Brůha, 2022, s. 191–193).

2.2 Výskyt

Jaterní cirhózou celosvětově trpí přibližně 100 lidí na 100 000 obyvatel. Toto onemocnění se vyskytuje ve všech částech světa, u různých etnických skupin, věkových kategorií i u obou pohlaví. Geografické rozdíly ovlivňují především příčiny vzniku onemocnění, avšak celková prevalence není výrazně odlišná. V Evropě je nejvyšší úmrtnost na jaterní cirhózu zaznamenána v Maďarsku, Litvě a na Slovensku, kde dosahuje přibližně 25–28 úmrtí na 100 000 obyvatel ročně. Nejnižší úmrtnost je naopak v severských zemích, kde nepřesahuje 5 úmrtí na 100 000 obyvatel ročně. Tyto údaje úzce souvisejí se spotřebou alkoholu na obyvatele. V České republice je více než 50 % případů jaterní cirhózy způsobeno nadměrným užíváním alkoholu, zatímco virové příčiny tvoří přibližně 30 % případů (Urbánek a Brůha, 2022, s. 191).

V České republice dospěje do konečného stadia jaterního onemocnění přibližně 2 000 lidí ročně. Nejčastěji jsou postiženi dospělí v produktivním věku, zejména ze sociálně slabších vrstev. Rizikovou skupinu však představují také ženy středního věku, u nichž se v důsledku „syndromu opuštěného hnízda“ a depresivních stavů často rozvine nadměrná konzumace alkoholu. Pacienti s jaterní cirhózou mají v průměru o deset let kratší délku života, než je celkový průměr populace (Klener a kol., 2014, s. 657).

2.3 Příčiny vzniku

Ke vzniku jaterní cirhózy mohou dospět všechna chronická jaterní onemocnění. Stanovení prvotní příčiny cirhózy je důležité, protože i v případě pokročilého stadia onemocnění může

léčba hlavní příčiny výrazně zlepšit prognózu. Mezi nejčastější vyvolávající příčiny jaterní cirhózy v západních zemích patří nepřiměřená konzumace alkoholu, virová hepatitida C a nealkoholové ztukovatění jater (NAFLD). U menší části pacientů je cirhóza způsobena genetickým, autoimunitním nebo biliárním onemocněním. Pokrokem v diagnostických metodách došlo ke snížení počtu případů jaterní cirhózy s nejasnou vyvolávající příčinou (Urbánek a Brůha, 2022, s. 191–192; Malinovská a kol., 2022, E20–E21).

Navrátil (2017) uvádí, že alkoholická jaterní cirhóza často vzniká po mnohaleté pravidelné konzumaci alkoholu. Hlavním opatřením ke zlepšení tohoto stavu nemocného je nutná naprostá abstinence. Bezpečné množství alkoholu neexistuje, protože citlivost na etanol je u jednotlivců různá. Obecně je za rizikovou konzumaci považována denní dávka více než 60 g čistého etanolu u mužů a více než 40 g etanolu u žen. To odpovídá přibližně 500 ml piva, 200 ml vína nebo 40–50 ml destilátu (Hrubeš a Šimůnková, 2015, s. 30–33).

U postvirové cirhózy jater je ve většině případů původcem virus hepatitidy C, který se přenáší krví nebo z matky na dítě. Může být také přenesen pohlavním stykem, ale tato cesta přenosu není častá. Akutní forma hepatitidy C je těžko rozpoznatelná, jelikož se u nemocného projevuje nespecifickými příznaky. I chronická hepatitida C obvykle probíhá nespecificky, a pokud dojde k projevu příznaků, jedná se většinou již o pokročilé stadium nemoci. K léčbě virové hepatitidy C jsou používány kombinace virostatik a léčba trvá přibližně 12 týdnů (Hůlek a Urbánek, 2018, s. 265–274).

NAFLD (nealkoholová tuková nemoc jater) má ve vyspělých zemích prevalenci mezi 17–46 % v dospělé populaci. Výskyt této nemoci má souvislost s obezitou, diabetem 2. typu, vysokým kalorickým příjmem a nevhodným složením potravy. NAFLD je definována jako postižení jater steatózou, k jejímuž vzniku nedošlo sekundární akumulací tuků způsobenou přílišnou konzumací alkoholu, užíváním určitých léčiv nebo metabolickými poruchami. NAFLD podstatně zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárních a nádorových onemocnění. Základem léčby je snížení hmotnosti o více než 7–10 %, což může přispět ke zlepšení stavu jater a ústupu fibrózy. Zásadní jsou také změny životního stylu včetně úpravy a složení přijímané stravy a pravidelného cvičení (Brůha, 2019, s. 571–575).

Wilsonova choroba je vzácné dědičné onemocnění, při kterém tělo nedokáže správně vylučovat měď do žluče. V důsledku toho se měď hromadí v organismu a dochází k následnému poškození jater a mozku. Existují dvě formy tohoto onemocnění: jaterní a neurologicko-psychiatrická. K prvotním příznakům jaterní formy dochází již v mladém

věku. Mezi nejčastější projevy patří hepatitida, jaterní selhání nebo cirhóza. Neurologicko-psychiatrická forma se obvykle manifestuje později a na počátku je provázena symptomy, jako jsou zhoršení řeči, lehký třes nebo mikrografie. V pokročilejší fázi nemoci lze pozorovat dystonii, rigiditu, třes, hyperkinezi, změny osobnosti a deprese. Wilsonova choroba vyžaduje celoživotní léčbu, během které je cílem odstraňování mědi z organismu. Ve většině případů vede tato léčba k úplné stabilizaci onemocnění (Urbánek a Brůha, 2022, s. 547–558).

Biliární cirhóza je další z příčin vzniku jaterní cirhózy. K tomuto onemocnění dochází vlivem obstrukce žlučových cest. Stagnující žluč společně s toxickými látkami poškozují mezibuněčné spojení hepatocytů, což vede k jejich destrukci a následné tvorbě fibrózy. Biliární cirhóza je rozdělována na primární a sekundární. Primární biliární cirhózu způsobuje autoimunitní poškození intrahepatálních žlučovodů. Sekundární biliární cirhóza vzniká jako důsledek obstrukce žlučových cest z jiných příčin. Těmi jsou například onemocnění pankreatu nebo choledocholitiáza (Navrátil a kol., 2017).

2.4 Klinický obraz

Klinický obraz jaterní cirhózy je variabilní a onemocnění často po dlouhou dobu probíhá asymptomaticky a bývá diagnostikováno náhodně. Jsou rozlišovány dvě formy tohoto onemocnění: kompenzovaná a dekompenzovaná (Souček a Svačina, 2019).

Kompenzovaná forma jaterní cirhózy může být zcela asymptomatická nebo se mohou objevit pouze nespecifické dyspeptické obtíže, jako jsou úbytek hmotnosti, nechutenství či únava (Slezáková, 2023, s. 65). U žen se mohou vyskytovat poruchy menstruačního cyklu až amenorea. Někteří nemocní udávají nykturii. Běžným nálezem u těchto pacientů bývá hepatomegalie a při zvyšující se portální hypertenzi také splenomegalie (Klener, 2014, s. 658). Mezi další možné projevy patří poruchy spánku, diskomfort v pravém podžebří, známky hormonálních změn, pavoučkové névy zejména v oblasti hrudníku a palmární erytém (Urbánek a Brůha, 2022, s. 199).

Dekompenzovaná jaterní cirhóza se projevuje množstvím příznaků, které svědčí o pokročilém stadiu onemocnění. Podle Urbánka a Brůhy (2022, s. 195) jsou pro tuto formu typický ascites, krvácení z varixů a jaterní encefalopatie, které výrazně snižují kvalitu života. K dekompenzaci dochází buď postupným zhoršováním jaterních funkcí, nebo náhle během několika hodin či dnů bez předchozích známek poklesu jaterních rezerv. Klener (2014, s. 658) rozděluje dekompenzovanou cirhózu na metabolickou a vaskulární dekompenzaci. U metabolické dekompenzace převládají příznaky, jako jsou ikterus, zvýšená krvácivost,

hypoalbuminémie, otoky a ascites. Naopak vaskulární dekompenzace se nejčastěji projevuje ascitem, krvácením z jícnových varixů a jaterní encefalopatií.

2.4.1 Ikterus

Ikterus je jedním z hlavních příznaků jaterní cirhózy. Projevuje se nápadně žlutým zbarvením tkání včetně sklér, které vzniká v důsledku zvýšené koncentrace bilirubinu v séru. Většina bilirubinu, který pochází z degradace erytrocytů, je transportována do jater, kde je zpracována a následně vyloučena do žluče (Lukáš a Žák, 2022, s. 428–429).

2.4.2 Ascites

Ascites je přítomnost tekutiny v peritoneální dutině, většina případů výskytu ascitu je u pacientů s portální hypertenzí a dekompenzovanou jaterní cirhózou. Ascites je častou komplikací, naznačuje horší prognózu a vyšší úmrtnost. Jeho vznik je výsledkem složitého působení poruchy funkce jater, portální hypertenze, cévní dysfunkce a hypoalbuminémie (Lan et al., 2024, s. 261–272). Tvorba ascitu může probíhat několik týdnů skrytě, než nemocný začne pociťovat první příznaky, jako je nepříjemný pocit tlaku v břiše a plynatost. S postupným zvyšováním množství ascitu dochází k otoku dolních končetin. Postupně se rozvíjí dušnost, protože bránice je stlačována tekutinou. Léčba ascitu spočívá v léčbě základní příčiny jeho vzniku, dále je léčen paracentézou, diuretiky a režimovými opatřeními, především restrikcí tekutin a sodíku (Lukáš a Žák, 2022, s. 86–90).

2.4.3 Portální hypertenze

Portální hypertenze je označení pro syndrom vznikající v souvislosti se zvýšeným tlakem ve vena portae. Fyziologický tlak v této žíle je 2–3 mmHg. Vzestup nad 10 mmHg je klinicky závažný a ohrožuje nemocného vznikem komplikací. Příčinou zvýšeného tlaku je porucha průtoku krve portálním řečištěm v důsledku přestavby jaterní tkáně (Brůha a Urbánek, 2022, s. 209–210). Dochází k městnání krve v orgánech, ze kterých do jater přitéká. Výsledky jsou snížená funkce vstřebávání živin ve střevech a městnání krve ve slezině, které vede k hypersplenismu a trombocytopenii. Krev hledá jiné cesty, kterými se dostat do systémového řečiště a obtékáním jater přes preformované spojky tvoří kolaterální oběh. Nejvýznamnější jsou spojky vedoucí do jícnu, jejich rozšíření se nazývá jícnové varixy. Ty jsou rizikem vzniku akutního krvácení. Další rozšíření těchto spojek vede k hemeroidům a rozšíření v okolí pupku ke caput madusae. Nebezpečím kolaterální cirkulace jsou také toxické látky, které obcházejí játra a jsou ve větším množství přítomné v systémovém oběhu (Navrátil a kol., 2017).

2.4.4 Jaterní encefalopatie

Jaterní encefalopatie je způsobena kolaterálním oběhem krve, která se vyhnula detoxikačnímu účinku jater. Látky, jako jsou produkty bakterií nebo amoniak, pronikají hematoencefalickou membránou do mozku, narušují kognitivní funkce a centrální nervovou soustavu (Lukáš a kol., 2022). Rozlišují se 4 klinická stadia jaterní encefalopatie (viz Příloha A). Mezi hlavní příznaky jaterní encefalopatie patří zmatenost, poruchy vědomí různé závažnosti, změny osobnosti, spavost, dezorientace, tremor, poruchy jemné motoriky a v pokročilých stádiích i jaterní kóma (Zadák a Havel, 2017, s. 285–286).

2.5 Diagnostika

Ke stanovení diagnózy se využívá široká škála diagnostických metod. Jedním z nejdůležitějších kroků při diagnostice jaterní cirhózy je podrobné zjišťování anamnézy. Tvoří základ pro stanovení správné diagnózy. Na kvalitě a přesnosti anamnestických údajů závisí volba dalších vyšetřovacích metod a léčba. Sběr anamnestických dat, kterého se účastní lékař i sestra, je nejčastěji prováděn při rozhovoru. Pacient je dotázán na jeho identifikační údaje a následně jsou co nejpřesněji zjišťovány obtíže, které pacienta k lékaři přivádějí. Do anamnézy jsou dále doplňovány další informace a je dělena na osobní anamnézu, pracovní, rodinnou, farmakologickou, gynekologickou, sociální, alergologickou (Nejedlá, 2015).

Dále je diagnostika prováděna pomocí fyzikálních vyšetření. Při vyšetření pohledem je hodnocen celkový stav pacienta a jsou zjišťovány viditelné příznaky jaterního onemocnění. Mezi důležité ukazatele patří změny v objemu břicha, které mohou být způsobeny ascitem nebo hepatomegalií. Dále je pomocí aspekce kontrolována přítomnost pavoučkových név nebo ikteru. Fyziologická játra nejsou na pohled viditelná. Zvětšení jater je patrné pouze u vyhublých pacientů. Z fyzikálních metod poskytuje nejvíce informací vyšetření pohmatem. Umožňuje posoudit velikost, tvar, povrch a konzistenci jater. Pro pacienty s jaterní cirhózou jsou typické vyšší tuhost konzistence jater a jejich nízká elasticita. Vyšetření pohmatem začíná nejprve jemnou palpací, která umožňuje pacientovi přivyknout na případné nepříjemné pocity, a postupně se přechází k hlubší palpaci. Poklep má význam pro určení vzdálenosti mezi horním a spodním okrajem jater. Při vyšetření poslechem může být slyšitelný třecí šelest, který může signalizovat zánět jaterního pouzdra nebo bývá jedním ze symptomů cévního nádoru jater (Urbánek a Brůha, 2022, s. 70–71).

Laboratorní vyšetření krve napomáhá při diagnostice jaterní cirhózy. Významné jsou především enzymy ALT (alaninaminotransferáza) a AST (aspartátaminotransferáza). Oba tyto enzymy poukazují na možné hepatocelulární poškození, při kterém jsou detekovatelné v krvi. ALT je specifická pouze pro hepatocyty, zatímco AST se nachází i v jiných tkáních. GGT (gamaglutamyltransferáza) je enzym vyskytující se v hepatocytech a v dalších tkáních organismu, jeho hladina bývá zvýšena u časté konzumace alkoholu. Albumin je protein syntetizovaný výhradně v játrech. U dospělých se denně vytvoří přibližně 15 gramů albuminu. Pokles hladiny albuminu v krvi se vyskytuje při jeho zvýšených ztrátách nebo při snížení jeho syntézy, které je časté u pokročilého jaterního onemocnění a je spojeno se vznikem ascitu. Bilirubin je degradační produkt hemu, vznikající při zániku erytrocytů. Bilirubin je rozdělován na konjugovaný a nekonjugovaný. Nekonjugovaný bilirubin je transportován do jater, kde je metabolizován. Po metabolickém zpracování je přeměněn na konjugovaný bilirubin, který je dále vylučován žlučí do trávicího traktu, kde dojde k jeho degradaci na urobilinogen. Pokud probíhá jaterní onemocnění, je konjugovaný bilirubin zachytitelný v moči. Zvýšená hladina bilirubinu v séru také naznačuje přítomnost jaterního onemocnění. Nejvíce srážecích faktorů je tvořeno játry. Závažná jaterní dysfunkce se projevuje prodloužením protrombinového času, který určuje rychlost přeměny koagulačních faktorů. Tento stav nastává až při poškození syntetické funkce jater přesahující 80 % (Lukáš a kol., 2022).

V diagnostice jaterní cirhózy jsou využívány zobrazovací metody, nejčastěji ultrasonografie. Ultrazvukové vyšetření je bezpečná a cenově dostupná metoda, která slouží k reprodukci anatomického obrazu orgánů a tkání. Principem ultrazvukového vyšetření je schopnost ultrazvuku odrážet se od tkání s různou hustotou. Dopplerovská ultrasonografie zobrazuje cirkulaci krve procházející skrze játra a lze díky ní odhalit portální hypertenzi. Pro kvalitnější a konkrétnější obraz jaterního parenchymu je využíváno ultrazvukové vyšetření s pomocí kontrastní látky. Jako kontrastní látka jsou používány mikrobubliny plynu, které procházejí celým krevním řečištěm a zvyšují rozlišovací schopnost ultrazvukového přístroje tím, že odrážejí ultrazvukové vlny (Urbánek a Brůha, 2022, s. 82–83; Skladný a Szántová, 2024, s. 147–155).

Další metoda, kterou lze využít, je počítačová tomografie. Jedná se o zobrazovací metodu, která funguje na principu pohlcování rentgenového záření tkáněmi lidského těla a umožňuje detailní zobrazení jaterní tkáně ve všech rovinách včetně vzniklých uzlů. Její výhodou je vysoká přesnost a schopnost zobrazení cévního zásobení jater pomocí kontrastní látky.

Nevýhodami jsou možnost vzniku alergické reakce na kontrastní látku a skutečnost, že pacient je v průběhu tohoto vyšetření vystaven radiacnímu záření. Oproti tomu vyšetření magnetickou rezonancí není tolik zatěžující, především kvůli absenci ionizujícího záření a ani nemá prokazatelný negativní vliv na biologické tkáně. K zobrazení využívá různé vlastnosti vodíkových jader ve tkáních a jejich reakce na působení silného magnetického pole a rádiových vln, což poskytuje detailní zobrazení měkkých tkání a orgánů (Urbánek a Brůha, 2022, s. 83–86; Ševčík, 2014, s. 219–226).

Důležitou úlohu v diagnostickém postupu zaujímá jaterní biopsie. Jedná se o invazivní diagnostickou metodu, která se provádí za účelem odběru vzorku jaterní tkáně. Tento vzorek umožňuje určit příčinu jaterního onemocnění, stanovit jeho pokročilost a případně sledovat, zda je léčba efektivní. Biopsie bývá prováděna během hospitalizace nemocného. Je nutné, aby byl pacient lačný. Výkon probíhá v poloze na zádech s odhalenou pravou částí hrudníku. Po dezinfekci místa vpichu se aplikuje lokální anestézie a následně je speciální jehlou odebrán vzorek jaterní tkáně. Ten by měl být alespoň 20 mm dlouhý, čím větší vzorek je odebrán, tím je výsledek průkaznější. Jako místo vpichu bývá většinou zvoleno 8. nebo 9. mezižebří. Jehla je zaváděna buď pod ultrazvukovou kontrolou, nebo na základě anatomických orientačních bodů. Po výkonu pacient zůstává pod dohledem zdravotnického personálu, aby bylo minimalizováno riziko vzniku komplikací. Komplikacemi jaterní biopsie jsou především bolest, která je tou nejčastější komplikací, a krvácení, které může být intrahepatální nebo do peritoneální dutiny. Biliární peritonitida, infekce, pneumotorax nebo hemotorax se vyskytují méně často (Hůlek a Urbánek, 2018, s. 121–125).

2.6 Léčba

Léčba jaterní cirhózy je závislá na mnoha faktorech, jako jsou příčina vzniku onemocnění, rozsah poškození jaterní tkáně nebo přítomnost komplikací. Základem léčby je odstranit nebo vyléčit vyvolávající příčinu cirhózy. Konzervativní léčba se zaměřuje na odstranění příznaků a komplikací spojených s cirhózou a zahrnuje režimová opatření, jako jsou vyřazení alkoholu, úprava stravy a doplňování vitamínů, tím se zabrání avitaminóze. Kortikoidy se při léčbě jaterní cirhózy používají výhradně v případech, kdy je příčinou onemocnění autoimunitní povahy. Chirurgická léčba spočívá především v transplantaci jater, která je často jedinou možností u pokročilých stadií onemocnění (Souček a Svačina, 2019; Navrátil a kol., 2017).

2.6.1 Jaterní dieta

Pro nastavení správné diety u pacientů s cirhózou jsou prováděny rozbor a celkové zhodnocení stravovacích návyků, posouzení schopnosti přijímat potravu k zajištění dostatečného nutričního příjmu. Důležité jsou pravidelné načasování jídel a dostatečný příjem energie, který by měl být alespoň 35–40 kcal/kg tělesné hmotnosti za den. Množství bílkovin by mělo činit 1,2–1,5 g/kg za den. Zvýšený příjem bílkovin je důležitý především pro pacienty s encefalopatií. Doporučuje se především příjem rostlinných bílkovin. Pacienti s cirhózou často trpí nedostatkem vitaminů rozpustných ve vodě, zejména vitaminu B1, a to v důsledku špatného vstřebávání. Tento nedostatek se může projevit neurologickými příznaky. Dalším vitaminem, kterého mají pacienti často nedostatek, je vitamin D. Je tedy nutné při podezření na nedostatek některého z vitaminů zahájit jeho suplementaci. Dále je vhodné kontrolovat množství vápníku, magnézia a železa v séru. Další součástí diety může být omezení příjmu soli, zejména při výskytu ascitu (Urbánek a Brůha, 2022, s. 176–177).

2.6.2 Medikamentózní léčba

Z farmakologického hlediska jsou hepatoprotektiva léky první volby, jejichž hlavním cílem je podpořit funkce jater a regeneraci hepatocytů. Užívají se jako doplněk ke standardní léčbě a vyznačují se minimálními nežádoucími účinky. Mezi nejčastěji používané hepatoprotektivní přípravky patří Essentiale Forte nebo Silymarin. Další užívané léky jsou přípravky na dyspeptické potíže, léky upravující motilitu střev či žaludku a léky působící na jiné obtíže spojené s onemocněním (Vrablík a Marek, 2019, s. 248–249).

2.6.3 Léčba ascitu

Léčba ascitu je zaměřena na omezení příjmu sodíku na maximálně 10 g denně a restrikcii tekutin na 1,5 maximálně až na 2 litry za 24 hodin. Z terapeutického plánu jsou také vyloučeny všechny nefrotoxické léky. Součástí terapie je také podávání diuretik, která pomáhají vylučovat nadbytečné tekutiny z těla. Účinnost podávání diuretik je kontrolována množstvím sodíku v moči, hmotností pacienta a sledováním příjmu a výdeje tekutin. Pokud se nadále nedaří snižovat množství ascitu, může být přistoupeno k provedení paracentézy. Během tohoto výkonu dochází pomocí punkce k vypuštění volné tekutiny. Při jedné paracentéze by nemělo být vypuštěno více než 5 litrů, aby nebyla narušena funkce jater a ledvin. Pokud je však toto množství přesáhnuto, je potřeba doplnit 6–8 gramů albuminu na každý litr odebrané tekutiny. Po punkci ascitu se nadále podávají diuretika, aby nedošlo k opětovnému hromadění tekutiny (Lukáš a Žák, 2022, s. 88–89).

2.6.4 TIPS (transjugulární intrahepatální portosystémová spojka)

Pokud léčba portální hypertenze betablokatory není dostatečně účinná, lékař může zvolit invazivní řešení. Transjugulární intrahepatální portosystémová spojka (TIPS) se provádí kvůli snížení tlaku v portálním řečišti a k zastavení akutního krvácení z jícnových varixů. Jedná se o chirurgický výkon, při kterém je vytvořena spojka mezi portální žílou a dolní dutou žílou. Tento výkon je indikován u pacientů, kteří jsou kandidáty k transplantaci jater, jelikož TIPS není trvalé řešení při těžkém jaterním poškození. Komplikace, které mohou nastat po provedení TIPS, jsou chronická jaterní encefalopatie, trombóza portální žíly, městnavé srdeční selhání a dysfunkce TIPS kvůli stenóze (Urbánek a Brůha, 2022, s. 274–284).

2.6.5 Transplantace jater

Transplantace jater je jedna z posledních možností léčby jaterní cirhózy. Pacienti v terminálním stadiu onemocnění však často nejsou vhodnými kandidáty pro tento zákrok. Klíčovým faktorem při rozhodování o indikaci k provedení transplantace je rychlost progresse onemocnění. Alkoholová cirhóza jater je nejčastější indikací, přičemž tvoří 19 % všech transplantací. Prognóza příjemců bývá velmi dobrá, mnozí z nich se dožívají více než 10 let po zákroku. Zároveň je kvalita jejich života po transplantaci často srovnatelná s kvalitou života běžné populace. Po zákroku následuje doživotní užívání imunosupresiv, aby nedošlo k odmítnutí štěpu (Urbánek a Brůha, 2022, s. 787–794).

2.7 Komplikace

V následujících podkapitolách bude pojednáno o nejčastějších komplikacích jaterní cirhózy, které významně ovlivňují prognózu pacientů a mohou vést k život ohrožujícím stavům. Bude popsána problematika jícnových varixů, hepatocelulárního karcinomu, hepatorenálního syndromu a spontánní bakteriální peritonitidy.

2.7.1 Jícnové varixy

Jícnové varixy jsou následkem portální hypertenze, dochází ke změnám v cévním řečišti a tvoří se dilatované portosystémové spojky ve tkáni jícnu. Riziko jejich vzniku stoupá s progresí onemocnění, přičemž u poloviny pacientů s cirhózou bez těchto změn v cévách se během deseti let vyvinou. Jícnovými varixy trpí 40 % pacientů a 60 % těch, kteří trpí ascitem. Dnes se k popisu jícnových varixů nejčastěji používá dvouступňová klasifikace, která je rozděluje na signifikantní a nesignifikantní. Signifikantní jícnové varixy jsou velké a představují zvýšené riziko vzniku krvácení. Ke krvácení dochází až u 30 % pacientů během dvou let od vzniku, přičemž po první epizodě většinou následují další. Při podezření na vznik

krvácení z jícnových varixů by měl být pacient přeložen na jednotku intenzivní péče. Léčba zahrnuje endoskopické ošetření, podání terlipresinu, nahrazování krevních ztrát infuzemi krystaloidů a transfuzních přípravků a intravenózní podání širokospektrých antibiotik (Urbánek a Brůha, 2022, s. 220–223; Lukáš a kol., 2022).

2.7.2 Hepatorenální syndrom

Hepatorenální syndrom je charakterizován selháním ledvin a je doprovázen jaterním onemocněním s portální hypertenzí. Nejčastěji postihuje nemocné s ascitem. Vlivem portální hypertenze dochází k vazokonstrikci renálních cév a následné oligurii až anurii. Klinicky se u nemocného rozvíjí uremie a jsou detekovány zvýšené hodnoty kreatininu v séru, což dále narušuje elektrolytovou rovnováhu organismu a může vést ke smrti. Pokud dochází k rychlému rozvoji uremie a zvýšení kreatininu, jedná se o vznik hepatorenálního syndromu 1. typu, který bývá špatně léčitelný, a důležitá je zde prevence ve smyslu vyloučení nefrotoxických léčiv z medikace. Pakliže je rozvoj pozvolný, často v řádu týdnů, jedná se o hepatorenální syndrom 2. typu, u kterého jsou zásadní korekce ascitu, úprava volemie, případně provedení hemodialýzy (Zadák a Havel, 2017, s. 287).

2.7.3 Spontánní bakteriální peritonitida

Spontánní bakteriální peritonitida je častá komplikace u pacientů s přítomným ascitem. Ti jsou obecně velmi náchylní k infekcím. Přibližně 30 % nemocných s ascitem je postihováno tímto onemocněním, které může mít mnohdy asymptomatický průběh. Příčinou je městnání krve v gastrointestinálním traktu. Dochází tak k narušení střevní bariéry, přes kterou se snadněji přesunují bakterie do peritoneální dutiny. Takto vzniklá peritonitida má za následek další snížení jaterních i ledvinných funkcí a dále přispívá ke vzniku hepatorenálního syndromu. Způsobuje zvýšení portálního tlaku a tím zvyšuje riziko vzniku krvácení z jícnových varixů. Základní léčbou jsou antibiotika, jejichž volba bere v úvahu snahu minimalizaci nefrotoxických účinků a vznik rezistence bakterií (Lukáš a kol., 2022).

2.7.4 Hepatocelulární karcinom

Hepatocelulární karcinom je zhoubný novotvar jater s širokou škálou příčin vzniku. Tento karcinom vzniká přímo z jaterní tkáně. Vysoký výskyt je u pacientů s jaterní cirhózou alkoholové etiologie. K včasnému zachytu hepatocelulárního karcinomu je používáno pravidelné ultrazvukové vyšetření jater. Obvykle v šestiměsíčních intervalech u cirhotiků, kteří jsou potenciálními kandidáty na léčbu. Pokud je v jaterním parenchymu prokázána léze, tak se k určení přesné diagnózy stanovuje hladina onkomarkeru AFP a je doplněno

CT vyšetření nebo magnetická rezonance. Onemocnění v rané fázi probíhá bez klinických projevů a rovněž pokročilé stadium vykazuje spíše nespecifické příznaky, které bývají často překrývány příznaky původního onemocnění jater. Léčbu hepatocelulárního karcinomu lze rozlišit na radikální a na paliativní. Do kategorie radikální spadá resekce jater, kterou lze však provádět pouze u pacientů v časně fázi cirhózy bez přítomnosti portální hypertenze. Transplantace jater je vhodným a komplexním řešením, neboť při ní dochází jak k odstranění nádoru, tak k odstranění cirhózy. Dalšími možnostmi léčby jsou etanolizace ložisek, kdy je koncentrovaný etanol pomocí tenké jehly vpraven přímo do nádorového ložiska, nebo kryodestrukce či termoablace. Pokud pacient není vhodný k provedení těchto metod, přistupuje se k paliativní léčbě (Hůlek a Urbánek, 2018, s. 484–489).

2.8 Prognóza

Prognóza souvisí s pokročilostí změn v jaterním parenchymu, s příčinou vzniku, ochotou pacienta participovat na léčbě a s přítomností komplikací. Klasifikace dle Child-Pugha (viz příloha A) slouží ke stanovení prognózy u pacientů s jaterní cirhózou. V této klasifikaci jsou ovšem zahrnuty pouze obecné klinické ukazatele a laboratorní výsledky. Klasifikační systém MELD (model end-stage liver disease) je podrobnější a zahrnuje i hodnocení renálního poškození. Původním účelem této klasifikace bylo zhodnocení, zda je nutná transplantace jater. V současnosti se již využívá i ke klinickému hodnocení. Pacienti s kompenzovanou jaterní cirhózou v 90 % případů přežívají 10 let, zatímco pokud onemocnění přejde do dekompenzované fáze, doba přežití se sníží přibližně na 2 roky. Během 10 let přechází asi 50 % nemocných s cirhózou do dekompenzovaného stadia onemocnění. Všichni pacienti s jaterní cirhózou by měli být pravidelně sledováni a vyšetřováni. Účelem je včasný záchyt dekompenzace onemocnění, vznik hepatocelulárního karcinomu a zahájení preventivní léčby zaměřené na vyhledávání a vznik krvácení z varixů. Základem prevence je pravidelné klinické vyšetření opakující se alespoň každých 6 měsíců společně s laboratorními vyšetřeními a ultrasonografií jater. Vznik a stadium jícnových varixů určuje četnost gastroscopického vyšetření. I u pacientů bez přítomnosti varixů by však mělo proběhnout minimálně jedenkrát za 3 roky (Hůlek a Urbánek, 2018, s. 473–476).

2.9 Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s jaterní cirhózou

Pacienti s diagnózou jaterní cirhózy jsou většinou přijímáni na interní standardní oddělení, v případě akutních komplikací mohou být přijati na chirurgické oddělení nebo na jednotku intenzivní péče. Ošetrovatelská péče musí být přizpůsobena zdravotnímu a psychickému stavu pacienta. Sestra při příjmu zhodnotí úroveň soběstačnosti pacienta a identifikuje,

následně řeší potřeby pacienta, které nejsou v důsledku onemocnění naplněny. Musí správně zvolit odpovídající přístup k ošetrovatelské péči, zda budou nutné dohled či dopomoc. Nejvyšší potřebu ošetrovatelské péče mají pacienti s cirhózou v dekompenzovaném stadiu (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 248).

Psychický stav pacienta je důležitou součástí léčby, a proto je třeba posoudit přítomnost depresivních symptomů, pesimismu, sklonu k sebelítosti či jiného patologického chování, které mohou snižovat motivaci pacienta ke spolupráci během léčby. V neposlední řadě je nezbytné věnovat pozornost spánkovému režimu, jelikož poruchy spánku bývají u pacientů s cirhózou časté a mohou zhoršovat jejich celkový stav a průběh léčby (Issani, 2010, s. 8–9).

Nežádoucí událostí, která se týká skupiny pacientů se změněným psychickým stavem, jež mnohdy doprovází jaterní cirhózu, je pád nemocného. Pády představují vážnou komplikaci během pobytu v nemocnici. Často vedou k různě závažným zraněním. Závažnější poranění mohou vést k dlouhodobé hospitalizaci. Poranění měkkých tkání jsou méně závažná, avšak mohou zapříčinit komplikace, které následně negativně ovlivňují kvalitu života pacienta. Poruchy spánku jsou rizikovým faktorem pro vznik pádů, a to především u nemocných s neurologickými či psychiatrickými komplikacemi. Nespavost nutí nemocného k častému opouštění lůžka a k pohybu po pokoji, což může obzvláště v nedostatečně osvětleném prostoru nebo při dezorientaci výrazně zvýšit riziko úrazu. Prevence pádů je zaměřena na posouzení, identifikaci rizikových faktorů a zavedení preventivních opatření. Ta zahrnují například vhodnou obuv, signalizační zařízení nebo úpravu prostředí. Do 12 hodin od přijetí na oddělení by měl být sestrou proveden screening rizika pádu, přehodnocení by mělo probíhat vždy při změně stavu nemocného (Miertová, 2019).

Sestra by měla být pacientovi nápomocna v začlenění do léčebného režimu a poskytovat mu psychickou podporu. Samozřejmostí je edukace o způsobu zdravého životního stylu a jeho udržování včetně zdůraznění nutnosti naprosté abstinence (Slezáková, 2023, s. 68–71). V důsledku změn tělesného vzhledu nebo změn psychických mohou mít nemocní často obtíže se sebezpřijetím. Je proto vhodné vyslechnout pocity pacienta a pomoci mu s přijetím změn a adaptací. V případě potřeby je možné zajistit konzultaci s psychologem nebo psychoterapeutem (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 250).

Komunikace mezi sestrou a rodinou pacienta má význam při zajištění kvalitní péče a psychické podpory nemocného. Rodina by měla být vnímána jako partner, který se aktivně podílí na péči o pacienta. Pro usnadnění této spolupráce je důležité, aby byli rodinní

příslušníci informováni o zdravotním stavu pacienta, konkrétních specifikách péče a možnostech zapojení do ošetrovatelského procesu. Sestra by měla být připravena poskytnout potřebné informace v rámci svých kompetencí (Tomová a Krivková, 2016).

Jedním z hlavních příznaků jaterní cirhózy jsou dyspeptické potíže a nechutenství, které nelze příliš ovlivnit léčbou. Nemocní všeobecně trpí nedostatkem bílkovin. Proto by měla sestra zhodnotit stav výživy a nemocného podporovat. Předpokladem ke správnému zajištění dostatečné výživy je multioborová spolupráce jak s lékařem, tak s nutričním terapeutem (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 249; Vytečková a kol., 2013).

Správná péče o kůži a podpora mobilizace by měly být zajišťovány s cílem předcházet komplikacím a zvyšovat komfort pacienta. Sestrou jsou sledovány změny pokožky, může se vyskytovat subikterické až ikterické zbarvení. Mnohdy se může objevit svědění pokožky a může být narušena její integrita, je proto nutné sledovat i celistvost kůže a výskyt hematomů jako příznaku zvýšené krvácivosti (Slezáková, 2023, s. 68–71).

Kvůli možnosti vzniku nebo změně v množství ascitu sestra kontroluje obvod pasu, hmotnost pacienta a případné otoky dolních končetin. Pokud je ascites přítomen, je měřena diuréza za 24 hodin a je zapisován příjem tekutin. V takovém případě je pacientovi nařízena restrikce tekutin, nad kterou je třeba mít dohled. V rámci péče o vyprazdňování je důležitá kontrola zbarvení moči, které bývá tmavé z důvodu přítomnosti urobilinogenu, může se však vyskytnout hematurie. V případě, že má pacient zaveden permanentní močový katétr, je nezbytné, aby o něj bylo řádně pečováno vzhledem k potenciálnímu vzniku infekce. Důraz je kladen především na hygienu v oblasti genitálu, sledování průchodnosti, zajištění prevence zalomení cévky a umístění sběrného sáčku pod úroveň močového měchýře. Pokud je to možné, pacient je poučen o předcházení nechtěné extrakci PMK (např. při pohybu) a neklidným či dezorientovaným pacientům je věnována zvýšená pozornost (Slezáková, 2023, s. 68–71; Vytečková a kol., 2013).

U pacienta je sestrou sledován frekvence a barva stolice nebo případné jiné změny ve vyprazdňování, které se mohou týkat množství, konzistence, tvaru nebo příměsí ve stolici. Veškeré tyto změny je nutné zaznamenat do dokumentace. V případě snížené schopnosti sebezpěče je sestrou zajišťována u nemocného hygiena spojená s vyprazdňováním. Při krvácení z jícnových varixů se může objevit meléna. V případě, že se meléna vyskytne, je nutné ihned informovat lékaře a kontrolovat fyziologické funkce pacienta. Pokud nemocný

trpí encefalopatií, jsou ordinována laxativa, která slouží ke změkčení stolice a snižují tvorbu amoniaku (Slezáková, 2023, s. 68–71; Nejedlá, 2015).

U pacientů s jaterní cirhózou je většinou nutné zajistit periferní žilní katétr z důvodu podávání léčiv a infuzních roztoků k zajištění dostatečné výživy. PŽK je zaváděn sestrou, která má dále na starosti jeho průběžnou kontrolu a pravidelnou výměnu. V některých případech je pacient indikován k zavedení centrálního žilního katétru (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 249). CŽK je zaváděn lékařem a sestra plní roli asistenta. Místo inzerce je pravidelně hodnoceno sestrou, která také provádí aseptický převaz CŽK. K hodnocení lokálních známek zánětu dochází každých 12 hodin. Proplach CŽK je prováděn metodou start-stop (Plevová a Zoubková, 2021).

3 KVALITA ŽIVOTA

Historické vnímání kvality života se formovalo v různých obdobích a bylo ovlivněno společenskými, ekonomickými a filozofickými přístupy. V minulosti byl tento pojem zkoumán především filozofy a teology a byl spojován především s otázkami blahobytu a štěstí, a to jak z individuálního, tak sociálního hlediska. Antická filozofie vnímala kvalitu života jako schopnost naplňovat materiální i duchovní potřeby, přičemž klíčovou roli měly sociální vztahy a postavení ve společnosti. Ve středověku byla kvalita života nejvíce spojována s náboženskými hodnotami, především se směřováním k bohu a s morálními zásadami. V 18. století s příchodem novověku a osvícenství začaly do popředí vystupovat individuální lidské potřeby a důraz byl kladen na jedince. Jako hlavní hodnoty byly vnímány štěstí a seberealizace, nikoli služba bohu či panovníkovi, jako tomu bylo ve středověku. V 19. století se objevuje v souvislosti s kvalitou života termín smysl života, který je využíván v psychoterapii. V moderní historii, zejména ve 20. století, se kvalita života stala předmětem širší odborné diskuse, zejména v souvislosti s ekonomickými a sociálními podmínkami obyvatelstva. Původně byla zaměřena především na vnější podmínky života (Dvořáčková, 2012).

Vývoj a výzkum kvality života má počátek v sociálních vědách v 70. letech 20. století. Na kvalitu života bylo nahlíženo ze tří základních pohledů. Sociálně-ekonomický pohled, zdravotnický a psychologický. Tento koncept byl původně chápán a hodnocen ve vztahu ke společnosti. Hlavním předmětem výzkumu byly sociálně-ekonomické faktory, jako jsou materiální zabezpečení, politická svoboda, nezávislost, sociální podpora a vzdělání. Později se výzkumy začaly zaměřovat více na jednotlivce (Gurková, 2011, s. 28).

3.1 Pojem kvalita života

Kvalita života je jedinečný a osobní koncept odrážející hodnoty, které každý člověk považuje za důležité pro svůj život. Zahrnuje nejen objektivní ukazatele, jako jsou zdravotní stav nebo schopnost vykonávat běžné činnosti, ale také subjektivní pohled na spokojenost a životní hodnoty. Pojem kvalita života je velmi komplexní, protože spojuje fyzické, psychické, sociální i duchovní aspekty. Kvalita života tak vyjadřuje, jak jedinec vnímá svůj život z hlediska svých cílů, očekávání a potřeb (Kisvetrová, 2020, s. 31).

V psychologickém pojetí se kvalita života zaměřuje na individuální vnímání životní spokojenosti a osobních prožitků. Tento přístup se zaměřuje na faktory, které ovlivňují pocity osobní pohody. Ta je proměnlivá a závislá na životním stylu, zdravotním stavu, způsobu

života, rodinných vztazích a hodnotovém systému jedince. Psychologické pojetí kvality života se také zabývá negativní emocionální reakcí jedince (Dvořáčková, 2012).

Sociologické pojetí kvality života sleduje sociální úspěšnost, společenský status, vzdělání a majetek. S tímto pojetím souvisí pojem životní styl, který je charakterizován sociálními podmínkami a slouží jako ukazatel kvality života. Na životní styl mají vliv sociální postavení jedince, jeho ekonomická situace a ekonomická situace celé společnosti. Významnou roli hrají také rodinné faktory, výchova a individuální zkušenosti. Tyto faktory společně formují chování jedince (Dvořáčková, 2012).

Z kvality života se stal významný koncept ve zdravotnictví a medicíně, který je cílem výzkumu a praxe. Zatímco dříve se výzkum orientoval spíše na biomedicínské výsledky, v posledních letech roste zájem o kvalitu života pacientů. Více se využívají výsledky získané výzkumem během hodnocení kvality života. Tento přístup pomáhá lépe pochopit potřeby pacientů, zlepšit a zacílit péči na oblasti, kde je kvalita snižena (Haraldstad et al., 2019, s. 2641).

Kvalitu života ovlivňuje mnoho faktorů, mezi které patří věk, zdravotní stav, sociální postavení, životní podmínky, zkušenosti, ale také subjektivní vnímání. Jistou roli zastává i historický, ekonomický či geografický kontext (Dvořáčková, 2012).

3.2 Subjektivní kvalita života

Koncept subjektivní kvality života je založen na předpokladu, že k pochopení osobní spokojenosti je třeba zkoumat, jaké pocity zaujímá jednotlivec vůči určitým částem jeho života. Subjektivní indikátory, jako jsou pocity a míra spokojenosti, se zjišťují dotazníkovým šetřením a často se hodnotí na stupnicích. Tento výzkum je komplikovaný z důvodů odlišného vnímání jedinců. Se subjektivní kvalitou života se váže pojem well-being, který odkazuje na pocit pohody a spokojenosti. Reflektuje subjektivní prožívání jedince a ovlivňují ho různé faktory (Macků, 2020, s. 18–19).

3.3 Objektivní kvalita života

Objektivní přístup vychází z objektivních indikátorů, které jsou kvantitativní a lehce definovatelné. Naměřené hodnoty lze mezi sebou porovnávat. Nevýhodou objektivních indikátorů je, že neodrážejí subjektivní prožitek jednotlivců a spíše popisují vnější podmínky jejich života. Do objektivní kvality života spadají faktory, jako jsou materiální zabezpečení,

fyzické zdraví, sociální status, environmentální podmínky prostředí, ve kterém jedinec žije (Macků, 2020, s. 19–20; Dvořáčková, 2012).

3.4 Hodnocení kvality života

Hodnocení kvality života je důležitou částí výzkumu, rozlišuje se několik hlavních modelů. Jde o hierarchické modely, jako jsou například Spilkerův hierarchický model HRQoL, model WHOQOL nebo model 3B vytvořený Centrem pro podporu zdraví v Torontu. Tyto modely strukturovaně klasifikují kvalitu života podle definovaných dimenzí. Interakční modely mají za cíl znázornovat vztahy mezi kvalitou života a faktory, které ji ovlivňují. Patří sem Spilkerův model klinického hodnocení, integrace pacientova odhadu a kvality života nebo model kauzální HRQoL (Health-Related Quality of Life). Prediktivní modely slouží k porovnání kvality života pacientů se sociokulturním kontextem s cílem předvídat kvalitu jejich života. Například sem patří kontextuální model HRQoL. Další jsou modely založené na významu. Tyto modely se zaměřují na hodnocení z perspektivy pacienta. Při výběru metody hodnocení výzkumu kvality života je důležité zohledňovat cíle, kterých má výzkum dosáhnout (Gurková, 2011, s. 103–106).

3.5 Dotazník WHOQOL-BREF

Krátká verze dotazníku WHOQOL-BREF byla vytvořena jako zkrácená varianta sebehodnotícího dotazníku WHOQOL-100, který obsahuje 100 otázek a ukázal se pro klinickou praxi příliš rozsáhlý a neefektivní. Tato kratší verze byla navržena tak, aby byla vhodnější pro klinickou praxi, kde by použití původní, rozsáhlejší verze mohlo být z důvodu své délky časově náročné. Při tvorbě a výběru položek dotazníku WHOQOL-BREF byla výchozí struktura čtyř domén. Aby dotazník obsáhl co nejvíce aspektů kvality života, byly zachovány všechny klíčové oblasti. Z každé z nich byla vybrána nejrelevantnější otázka, která nejlépe odpovídala dané oblasti. V šesti případech byly původní otázky nahrazeny vhodnějšími variantami, aby lépe vypovídaly o zkoumaných aspektech (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 17).

V rámci výzkumu v klinické praxi je běžně využíván dotazník WHOQOL-BREF, protože poskytuje komplexní a standardizované hodnocení kvality života v klíčových oblastech. Dotazník WHOQOL-BREF hodnotí kvalitu života ve čtyřech doménách: fyzická, psychická, sociální a environmentální. Dotazník obsahuje celkem 26 otázek, z toho 24 spadá do jednotlivých domén, dvě otázky jsou samostatné a hodnotí celkovou kvalitu života a zdravotní stav. Každá otázka je hodnocena na stupnici od 1 do 5, přičemž vyšší hodnota

označuje lepší kvalitu života. Tři položky jsou negativně formulované, proto se jejich skóre při vyhodnocení přepočítává na pozitivní skóre podle daného schématu. Hodnota jedna je konvertována na pět, dva na čtyři, hodnota tři zůstává stejná, čtyři se konvertuje na dvě a hodnota pět je konvertována na hodnotu jedna. Po výpočtu průměrného skóre pro jednotlivé oblasti se hodnoty přepočítávají dvakrát. Nejprve se skóre násobí čtyřmi, aby bylo srovnatelné s dotazníkem WHOQOL-100, což dává rozsah 4 až 20. Poté se hodnoty převádějí na procenta na škále 0–100, která představuje celkovou kvalitu života v dané oblasti (Gurková, 2011, s. 146–148).

Dotazník WHOQOL-BREF slouží k posuzování kvality života v různých skupinách či populacích. Umožňuje regionální i mezinárodní srovnání nebo srovnání skupin s rozdílnými sociodemografickými charakteristikami. Většinou je využíván k výzkumným šetřením u osob s konkrétním onemocněním nebo postižením, a to buď pro porovnání s běžnou populací, nebo pro vyhodnocení dopadů sociálních a zdravotních intervencí. Při zkoumání kvality života je vhodné dotazník rozšířit o osobní údaje, jako jsou věk, pohlaví, rodinný stav a informace týkající se stavu onemocnění, jako jsou délka trvání nemoci, závažnost a další klinické údaje. Dle provedených výzkumů kvalitu života může zásadně snižovat přítomnost depresivních příznaků, je proto doporučeno kombinovat dotazník WHOQOL-BREF se škálou pro měření deprese (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 28).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumná část bakalářské práce je zaměřena na definování průzkumných otázek, popis použité metodiky, realizaci sběru dat, představení průzkumného souboru respondentů a prezentaci získaných dat a jejich následnou analýzu.

4 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaká je kvalita života respondentů s jaterní cirhózou v jednotlivých doménách a samostatných otázkách dotazníku WHOQOL-BREF?
2. Existují rozdíly v hodnocení kvality života mezi muži a ženami s jaterní cirhózou v jednotlivých doménách a samostatných otázkách dotazníku WHOQOL-BREF?
3. Jak se liší hodnocení kvality života pacientů s jaterní cirhózou mezi věkovými skupinami do 50 let a nad 50 let v jednotlivých doménách a samostatných otázkách dotazníku WHOQOL-BREF?
4. Liší se hodnocení kvality života u respondentů v závislosti na délce trvání onemocnění v jednotlivých doménách a samostatných otázkách dotazníku WHOQOL-BREF?

5 METODIKA PRŮZKUMU

Ke sběru dat byla zvolena kvantitativní metoda, která umožňuje zhodnocení výsledků pomocí předem stanovených ukazatelů. Bylo využito metody dotazníkového šetření a použit byl obecný standardizovaný dotazník kvality života WHOQOL-BREF. Dotazník WHOQOL-BREF obsahuje 26 položek, z toho jich je 24 rozděleno do čtyř domén. První doména zaměřená na fyzické zdraví zahrnuje položky č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. Druhá doména označovaná jako psychické prožívání je tvořena položkami č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26. Do třetí domény, jež je věnována sociálním vztahům, náleží položky č. 20, 21 a 22. Čtvrtá doména, která se nazývá prostředí, zahrnuje položky č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. V dotazníku stojí položky č. 1 a č. 2 samostatně a slouží k celkovému hodnocení kvality života a zdravotního stavu. Položky č. 3, 4 a 26 jsou negativně formulovány a v pozdějším vyhodnocení dat je nutný jejich přepočet.

Dotazník byl navíc doplněn o několik otázek zaměřených na osobní údaje respondentů kvůli pozdějšímu vyhodnocení a porovnání dat. Otázky byly zaměřeny na pohlaví, věk, délku trvání onemocnění a pravděpodobnou příčinu vzniku nemoci.

5.1 Charakteristika průzkumného vzorku

Průzkumný soubor je tvořen respondenty s již dříve diagnostikovanou jaterní cirhózou, kteří jsou hospitalizováni na interní klinice vybraných zdravotnických zařízení. Do průzkumného šetření byli zařazeni pouze respondenti spadající do věkové kategorie 20–65 let. U všech zúčastněných byla prokázána nenarušená kognitivní funkce pomocí kognitivního testu POBAV. Všichni respondenti vyslovili souhlas s účastí v anonymizovaném průzkumném šetření. Faktory vylučující respondenty ze souboru byla onemocnění, která sama o sobě snižují kvalitu života, jako je například výrazné omezení pohyblivosti.

Celkově bylo osloveno s žádostí o participaci na průzkumném šetření 67 respondentů s diagnostikovanou jaterní cirhózou. Test kognitivních funkcí POBAV úspěšně splnilo 59 osob. Z těchto 59 osob kompletně vyplnilo dotazník WHOQOL-BREF celkem 52 respondentů. Jejich výsledky byly zařazeny do konečného vyhodnocení dat. Důvody k vyřazení zbylých respondentů byly neúplné nebo nesprávné vyplnění dotazníku WHOQOL-BREF, které neumožňovalo zahrnutí do statistického vyhodnocení.

5.2 Sběr dat

Sběr dat probíhal ve dvou zdravotnických zařízeních v České republice, konkrétně v Praze a ve zdravotnickém zařízení na Vysočině. V Praze probíhal sběr dat od 17. 2. 2025 do 30. 4. 2025 a ve druhém zdravotnickém zařízení od 1. 4. 2025 do 30. 4. 2025. Obě tyto instituce byly seznámeny s cílem, metodikou a průběhem průzkumného šetření. Obě zařízení vyjádřila po předložení písemné žádosti souhlas s průzkumným šetřením.

Po konzultaci se zdravotnickým personálem byli v jednotlivých zařízeních vytipováni potencionální nemocní, kteří mohli splňovat vstupní kritéria pro účast v průzkumném šetření. Tito nemocní byli následně seznámeni s cíli průzkumu a osloveni s žádostí o spolupráci. V případě jejich souhlasu s účastí v průzkumném šetření absolvovali krátký kognitivní test POBAV. Pokud test neprokázal narušení kognitivních funkcí, byly jim rozdány dotazníky. V případě, že nebyl respondent schopen dotazník WHOQOL-BREF sám vyplnit, byla mu poskytnuta pomoc takovým způsobem, aby nedošlo k ovlivnění jeho odpovědí. S distribucí dotazníků a ověřováním pomocí testu POBAV byl nápomocný instruovaný zdravotnický personál. Po vyplnění byly jednotlivé dotazníky vloženy do neoznačených obálek tak, aby byla zachována anonymita respondentů.

5.3 Zpracování a vyhodnocení dat

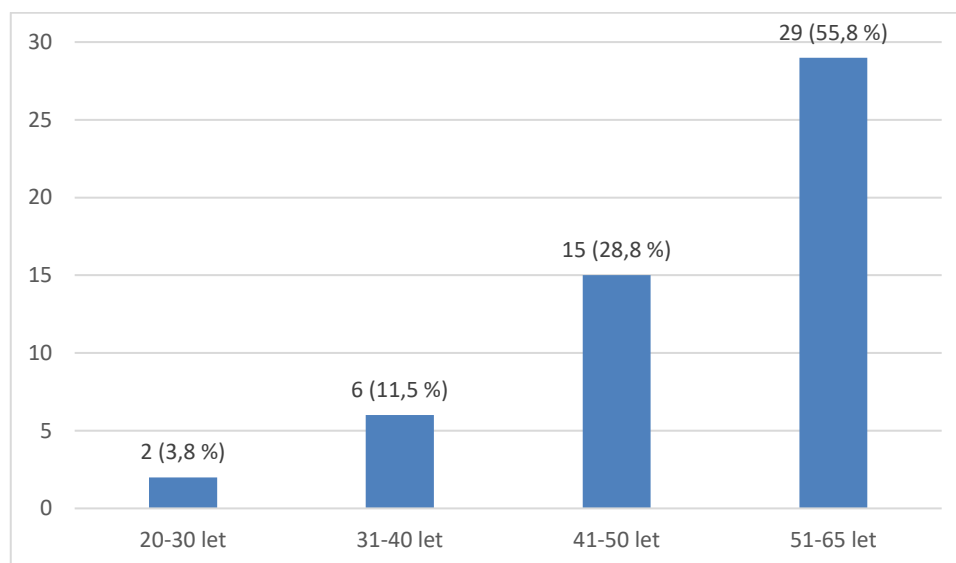
Ke zpracování a vyhodnocení dat byl použit program Microsoft Excel. Údaje získané z dotazníků v tištěné podobě byly ručně přepsány do elektronické podoby. Každému respondentovi byl přiřazen kód, aby byla zajištěna anonymita dat. Vyhodnocení standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF proběhlo dle doporučené metodiky uvedené v manuálu autorů české verze (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). První dvě položky dotazníku nespádají do žádné ze čtyř domén a jsou prezentovány samostatně. Ostatní položky jsou přiřazeny k jednotlivým doménám. Během zpracování dat bylo u každé položky spočteno průměrné skóre odpovědí všech respondentů. Tato skóre jsou hodnocena na škále 1 až 5, přičemž vyšší hodnota značí lepší vnímání dané oblasti života. Výjimku tvoří položky 3, 4 a 26, které jsou formulovány negativně, a nižší hodnota na pětibodové škále značí pozitivnější vnímání dané oblasti. Dále byla u každého respondenta vypočtena hrubá skóre jednotlivých domén, která byla následně zprůměrována za celý soubor. Výsledná skóre každé domény jsou hodnocena na škále od 4 do 20, kdy vyšší hodnota značí pozitivnější vnímání dané domény. Součástí analýzy dat bylo i následné rozpracování výsledků domén dle různých kritérií předem definovaných v průzkumných otázkách a cílech.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole je prezentována základní analýza získaných dat. Výsledky jsou pro lepší přehlednost znázorněny pomocí grafů. Grafy jsou doplněny stručně psaným komentářem.

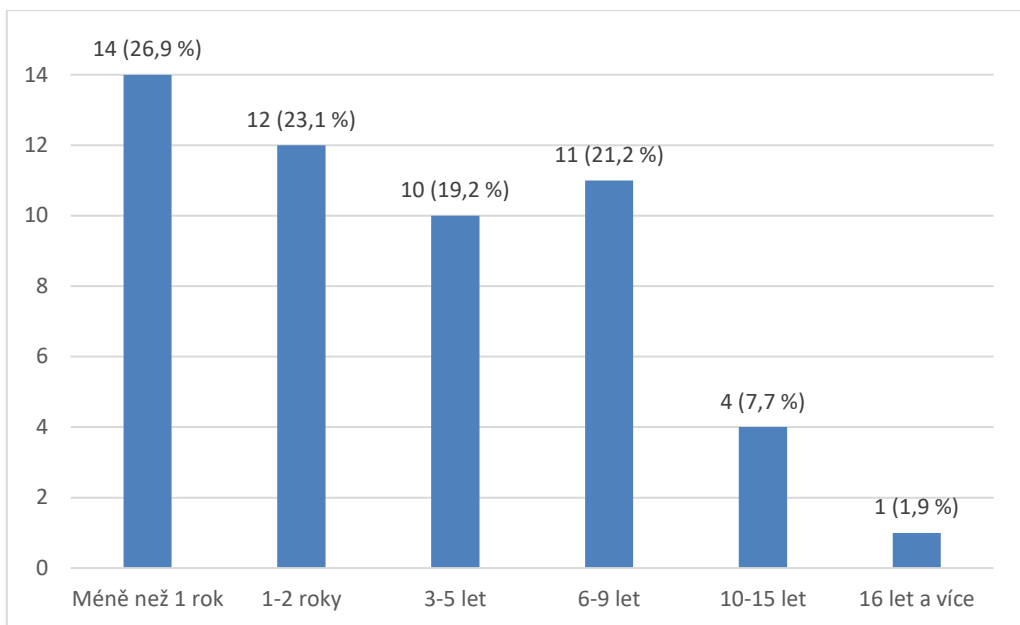
6.1 Základní údaje o respondentech

Do konečného souboru byly zařazeny dotazníky od 52 respondentů. V průzkumném vzorku bylo 29 (56 %) žen a 23 (44 %) mužů.



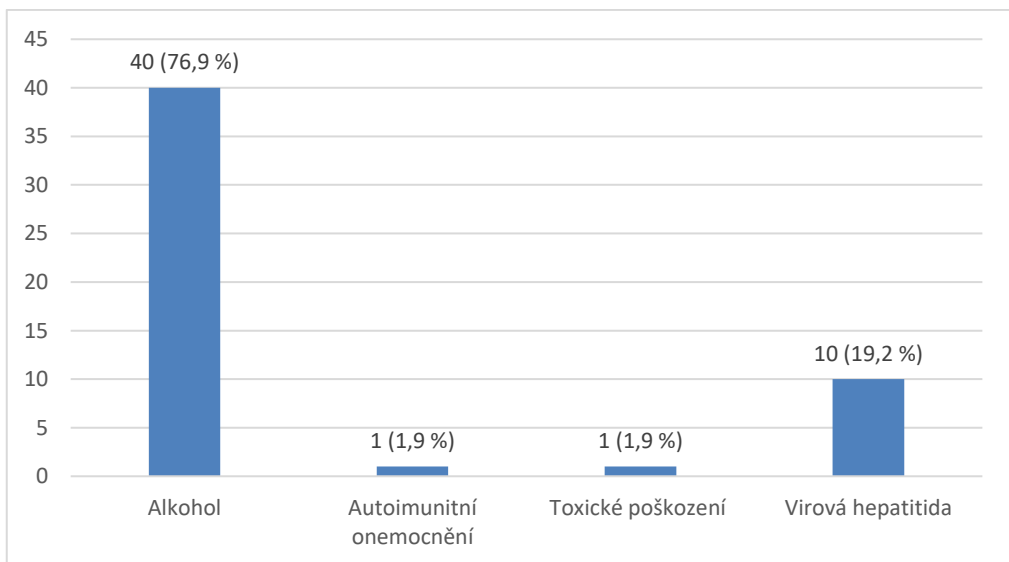
Obrázek 1: Věkové rozložení respondentů v souboru (n = 52)

V průzkumném souboru byla nejméně zastoupena věková skupina 20–30 let, a to pouze 2 (3,8 %) respondenty. Do věkové skupiny 31–40 let patřilo 6 (11,5 %) dotazovaných, do skupiny 41–50 let 15 (28,8 %) respondentů a největší skupinou byla věková kategorie 51–65 let, ve které se nacházelo 29 (55,8 %) respondentů.



Obrázek 2: Délka onemocnění jaterní cirhózou (n = 52)

V průzkumném souboru uvedlo délku trvání jaterní cirhózy kratší dobu než 1 rok celkem 14 (26,9 %) respondentů, délku trvání onemocnění 1–2 roky udávalo 12 (23,1 %), do skupiny 3–5 let patřilo 10 (19,2 %) dotazovaných. Kategorie 6–9 let byla zastoupena 11 (21,2 %) respondenty. Období trvání onemocnění 10–15 let uvedli 4 (7,7 %) respondenti a do kategorie 16 let a více spadal 1 (1,9 %) respondent.



Obrázek 3: Příčiny vzniku jaterní cirhózy (n = 52)

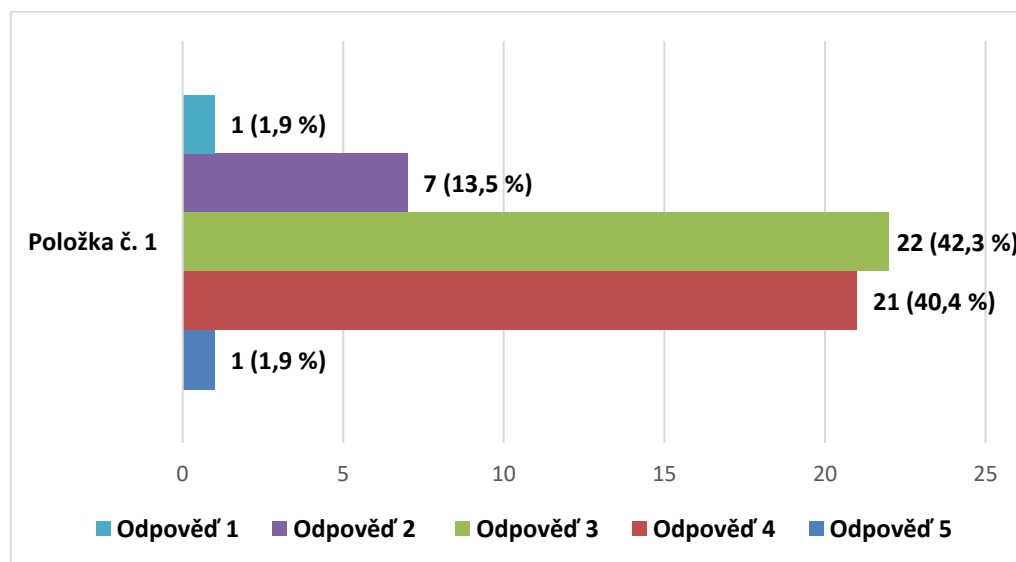
Alkohol byl uveden jako pravděpodobná příčina vzniku jaterní cirhózy u 40 (76,9 %) dotázaných. Druhou nejčastější příčinou byla virová hepatitida, kterou uvedlo 10 (19,2 %) respondentů. Autoimunitní onemocnění bylo příčinou u 1 (1,9 %) respondenta a toxické

poškození jater bylo uvedeno rovněž u 1 (1,9 %) respondenta. V dotazníku byly v nabídce možností uvedeny také nealkoholová tuková choroba jater a jiná příčina. Ty nebyly uvedeny žádným respondentem ze souboru, a proto nejsou zahrnuty v grafickém zobrazení.

6.2 Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF

Výsledky dotazníkového šetření zaměřeného na hodnocení kvality života respondentů byly zpracovány základní deskriptivní statistikou. Jednotlivé položky dotazníku jsou v následující části práce prezentovány formou pruhových grafů, které jsou doplněny stručným slovním popisem, který poskytuje přehledné shrnutí o vnímání kvality života z pohledu samotných respondentů.

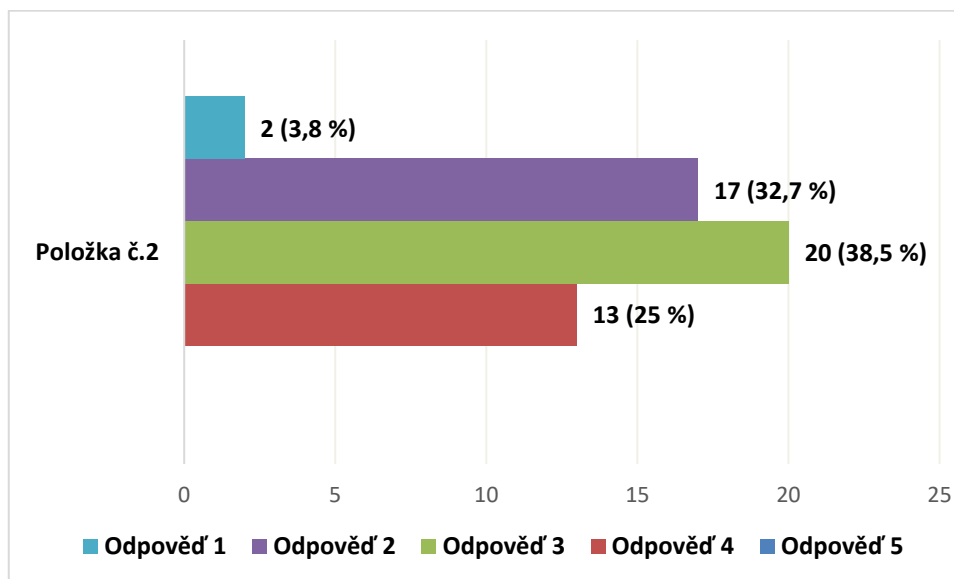
Položka č. 1: Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?



Obrázek 4: Hodnocení kvality života (n = 52)

Kvalitu svého života hodnotil odpovědí 1 (velmi špatná) pouze 1 (1,9 %) respondent. Odpověď 2 (špatná) byla zvolena 7 (13,5 %) respondenty. Nejvíce dotazovaných, tedy 22 (42,3 %), zvolilo odpověď 3 (ani dobrá, ani špatná) a druhá největší skupina 21 (40,4 %) respondentů zvolila odpověď 4 (dobrá). Odpověď 5 (velmi dobrá) uvedl 1 (1,9 %) dotazovaný. Průměrné hodnocení této položky bylo 3,27.

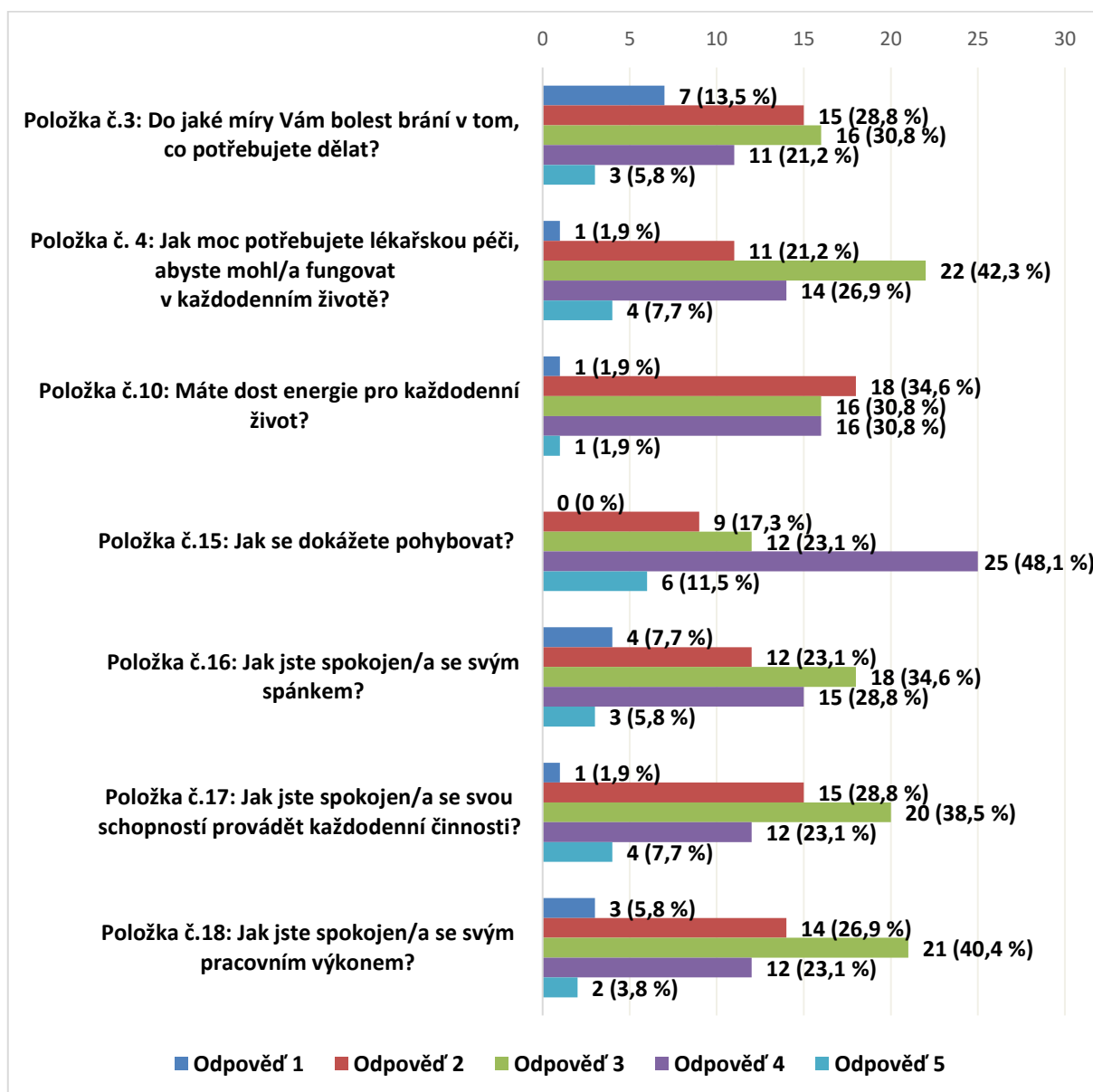
Položka č. 2: Jak jste spokojen/a se svým zdravím?



Obrázek 5: Subjektivní hodnocení zdravotního stavu respondentů (n = 52)

V druhé položce dotazníku zvolili 2 (3,8 %) respondenti odpověď 1 (velmi nespokojen/a). Odpověď 2 (nespokojený/á) označilo 17 (32,7 %) dotazovaných. Největší část respondentů, tedy 20 (38,5 %), hodnotí své zdraví odpovědí 3 (ani spokojeni, ani nespokojeni). Odpověď 4 (spokojený/á) zvolilo 13 (25 %) a odpověď 5 (velmi spokojen/a) nebyla zvolena nikým z dotazovaných. Respondenti tuto položku průměrně hodnotili 2,85.

Fyzická doména dotazníku WHOQOL-BREF



Obrázek 6: Rozložení četnosti odpovědí na jednotlivé položky fyzické domény dotazníku WHOQOL-BREF (n = 52)

V položce č. 3, která zjišťovala, do jaké míry bolest respondentům brání v běžných činnostech, uvedlo 7 respondentů (13,5%) odpověď 1 (vůbec ne). Odpověď 2 (trochu) označilo 15 respondentů (28,8%), nejvíce dotazovaných, tj. 16 (30,8%), uvedlo odpověď 3 (středně), odpověď 4 (hodně) 11 respondentů (21,2%) a odpověď 5 (maximálně) uvedli 3 respondenti (5,8%). Výsledný průměr této položky činil 2,77.

Položka č. 4 je zaměřena na potřebnou míru lékařské péče. Odpověď 1 (vůbec ne) označil 1 (1,9 %) dotazovaný, odpověď 2 (trochu) vybralo 11 (21,2 %) respondentů. Odpověď 3 (středně) uvedlo nejvíce dotázaných, tj. 22 (42,3 %). Odpověď 4 (hodně) zvolilo 14 (26,9 %) a odpověď 5 (maximálně) uvedli 4 (7,7 %) respondenti. Průměrné hodnocení položky č. 4 bylo 3,17.

Položku č. 10 zaměřenou na dostatek energie v každodenním životě hodnotil 1 (1,9 %) respondent odpovědí 1 (vůbec ne), 18 (34,6 %) dotazovaných označilo odpověď 2 (spíše ne). Odpověď 3 (středně) byla zvolena 16 (30,8 %) respondenty a stejně tak odpověď 2 (většinou ano) byla zvolena 16 (30,8 %) respondenty. Odpověď 5 (zcela) vybral pouze 1 (1,9 %) dotazovaný. Tato položka byla hodnocena s průměrem 2,96.

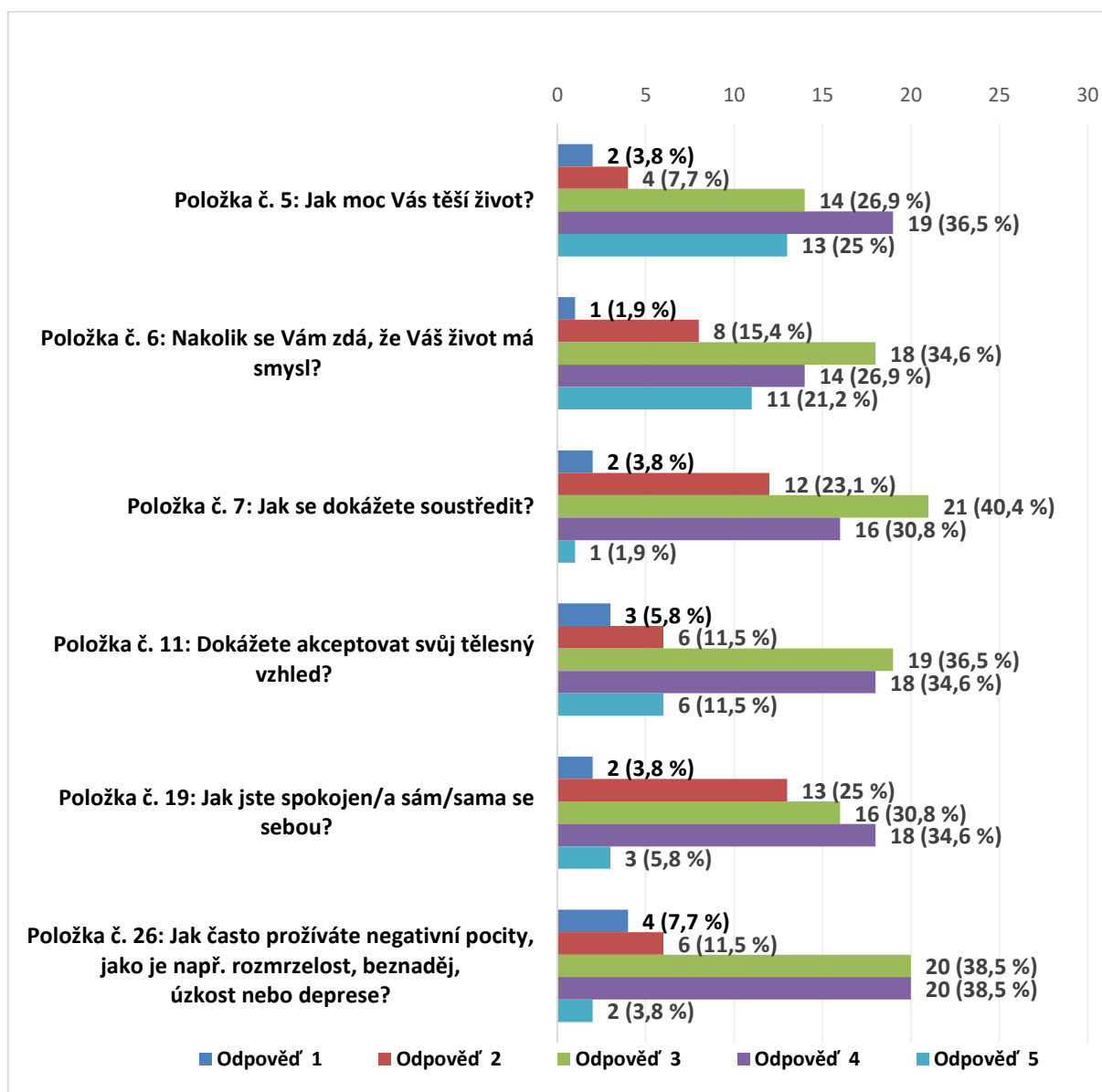
Položka č. 15 hodnotí schopnost pohybu respondentů. Odpověď 1 (velmi špatně) nezvolil žádný zúčastněný. Odpověď 2 (špatně) označilo 9 (17,3 %), pro odpověď 3 (ani špatně, ani dobře) se rozhodlo 12 (23,1 %) dotazovaných. Odpověď 4 (dobře) byla vybrána 25 (48,1 %) respondenty a odpověď 5 (velmi dobře) byla zvolena 6 (11,5 %) účastníky. Celkové průměrné hodnocení této položky je 3,54.

Položka č. 16 zjišťovala spokojenost respondentů se svým spánkem. Odpověď 1 (velmi nespokojen/a) byla zvolena 4 (7,7 %) respondenty. Odpověď 2 (nespokojen/a) označilo 12 (23,1 %) zúčastněných, odpověď 3 (ani spokojen/a, ani nespokojen/a) byla zvolena 18 (34,6 %) dotazovaných. Odpověď 4 (spokojen/a) vybralo 15 (28,8 %) a odpověď 5 (velmi spokojen/a) označili 3 (5,8 %) respondenti. Výsledný průměr této položky dosáhl hodnoty 3,02.

Položka č. 17 se zabývala spokojeností se schopností vykonávat každodenní činnosti. Odpověď 1 (velmi nespokojen/a) uvedl 1 (1,9 %) dotazovaný. Nespokojenost, tedy odpověď 2, uvedlo 15 (28,8 %) respondentů a odpověď 3 (ani spokojen/a, ani nespokojen/a) označilo 20 (38,5 %) zúčastněných. Odpověď 4 (spokojen/a) zvolilo 12 (23,1 %) dotazovaných a odpověď 5 (velmi spokojen/a) vybrali 4 (7,7 %) respondenti. Tato položka byla hodnocena v celkovém průměru 3,06.

Položka č. 18 hodnotí spokojenost respondentů s pracovním výkonem, 3 (5,8 %) respondenti zvolili odpověď 1 (velmi nespokojen/a). Odpověď 2 (nespokojen/a) označilo 14 (26,9 %) zúčastněných a odpověď 3 (ani spokojen/a, ani nespokojen/a) 21 (40,4 %). Odpověď 4 (spokojen/a) zvolilo 12 (23,1 %) a odpověď 5 (velmi spokojen/a) 2 (3,8 %) respondenti. Tato položka byla hodnocena průměrnou hodnotou 2,92.

Doména prožívání dotazníku WHOQOL-BREF



Obrázek 7: Rozložení četnosti odpovědí na jednotlivé položky domény prožívání dotazníku WHOQOL-BREF (n = 52)

Položka č. 5 se dotazuje, do jaké míry respondenty těší jejich život. Odpověď 1 (vůbec ne) byla zvolena 2 (3,8 %) respondenty. Odpověď 2 (trochu) označili 4 (7,7 %) dotazovaní a odpověď 3 (středně) byla zvolena 14 (26,9 %) respondenty. Odpověď 4 (hodně) byla vybrána 19 (36,5 %) zúčastněnými a odpověď 5 (maximálně) označilo 13 (25 %) dotázaných. Průměrné hodnocení položky č. 5 bylo 3,71.

Položka č. 6 se dotazuje na míru smyslu života respondentů. Odpověď 1 (vůbec ne) byla označena pouze 1 (1,9 %) účastníkem. Odpověď 2 (trochu) byla zvolena 8 (15,4 %) dotázanými a odpověď 3 (středně) 18 (34,6 %) respondenty. Odpověď 4 (hodně) vybralo 14 (26,9 %) zúčastněných a odpověď 5 (maximálně) byla označena 11 (21,2 %) respondenty ze souboru. Tato položka byla průměrně hodnocena hodnotou 3,50.

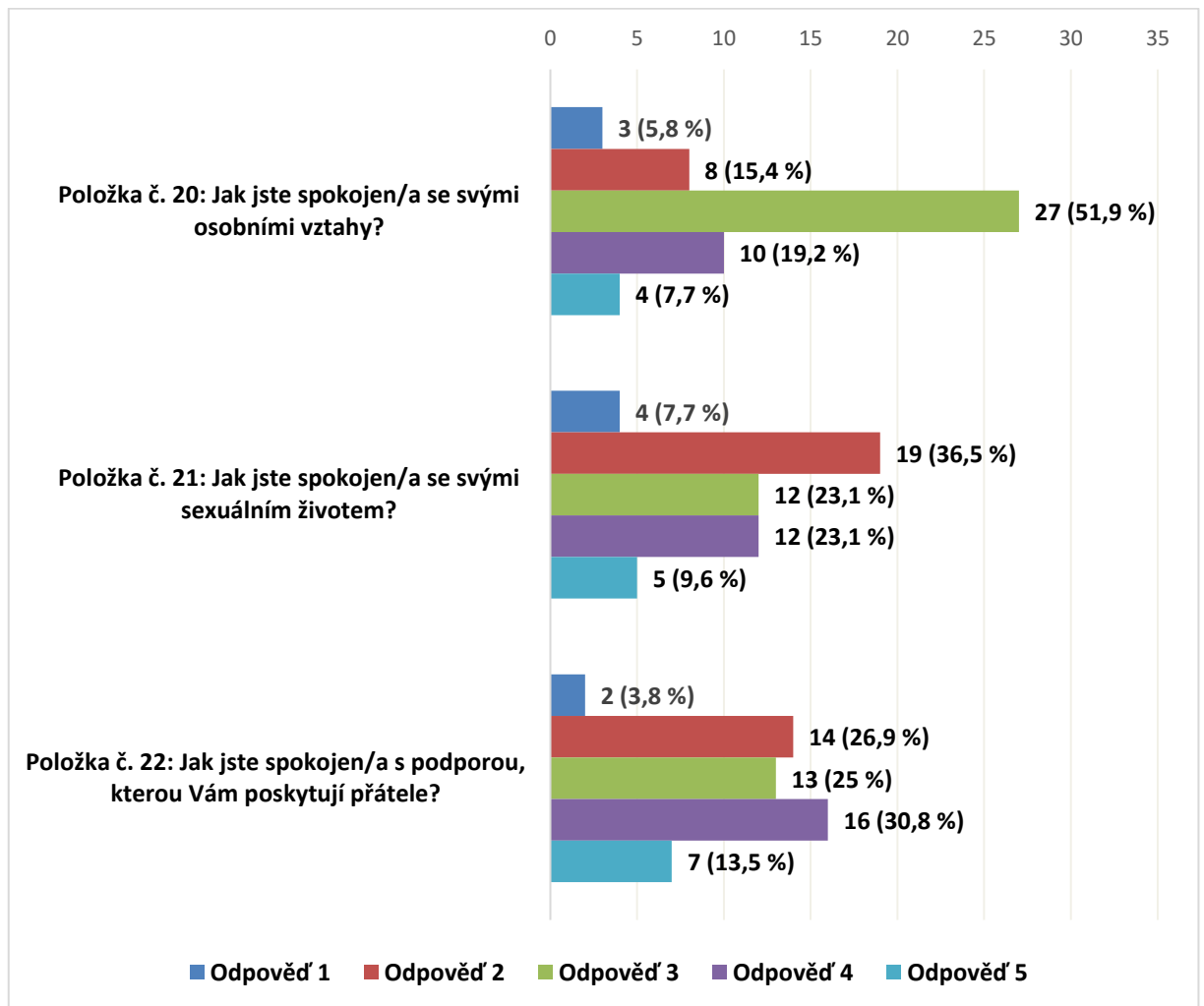
Položka č. 7 je zaměřena na schopnost soustředění. Odpověď 1 (vůbec ne) byla označena 2 (3,8 %) respondenty, odpověď 2 (trochu) zvolilo 12 (23,1 %) dotazovaných. Odpověď 3 (středně) byla vybrána 21 (40,4 %) respondenty. Odpověď 4 (hodně) vybralo 16 (30,8 %) účastníků a odpověď 5 (maximálně) byla zvolena pouze 1 (1,9 %) účastníkem. Průměrné hodnocení této položky respondenty bylo 3,04.

Položka č. 11 se dotazuje na schopnost akceptovat svůj vzhled. Odpověď 1 (vůbec ne) byla označena 3 (5,8 %) respondenty. Odpovědi 2 (spíše ne) hodnotilo tuto položku 6 (11,5 %) respondentů. Odpověď 3 (středně) byla vybrána 19 (36,5 %) dotázaných a odpověď 4 (většinou ano) byla označena 18 (34,6 %) účastníky. Odpověď 5 (zcela) vybralo 6 (11,5 %) respondentů. Celkové průměrné hodnocení bylo 3,35.

U položky č. 19 je zjišťována spokojenost účastníků se sebou samými. Odpověď 1 (velmi nespokojen/a) byla zvolena 2 (3,8 %) účastníky. Odpověď 2 (nespokojen/a) označilo 13 (25 %) respondentů, odpověď 3 (ani spokojen/a, ani nespokojen/a) byla vybrána 16 (30,8 %) účastníky. Odpověď 4 (spokojen/a) označilo 18 (34,6 %) dotázaných a odpověď 5 (velmi spokojen/a) byla zvolena 3 (5,8 %) účastníky. Tato položka má výsledný průměr 3,13.

Položka č. 26 se zaměřuje na četnost negativních prožitků. Odpověď 1 (nikdy) byla označena 4 (7,7 %) respondenty. Odpověď 2 (někdy) byla zvolena 6 (11,5 %) účastníky a odpověď 3 (středně) vybralo 20 (38,5 %) respondentů. Odpověď 4 (celkem často) byla taktéž vybrána 20 (38,5 %) dotázanými. Odpověď 5 (neustále) byla označena pouze 2 (3,8 %) respondenty. Tato položka je hodnocena ve výsledném průměru hodnotou 2,80.

Sociální doména dotazníku WHOQOL-BREF



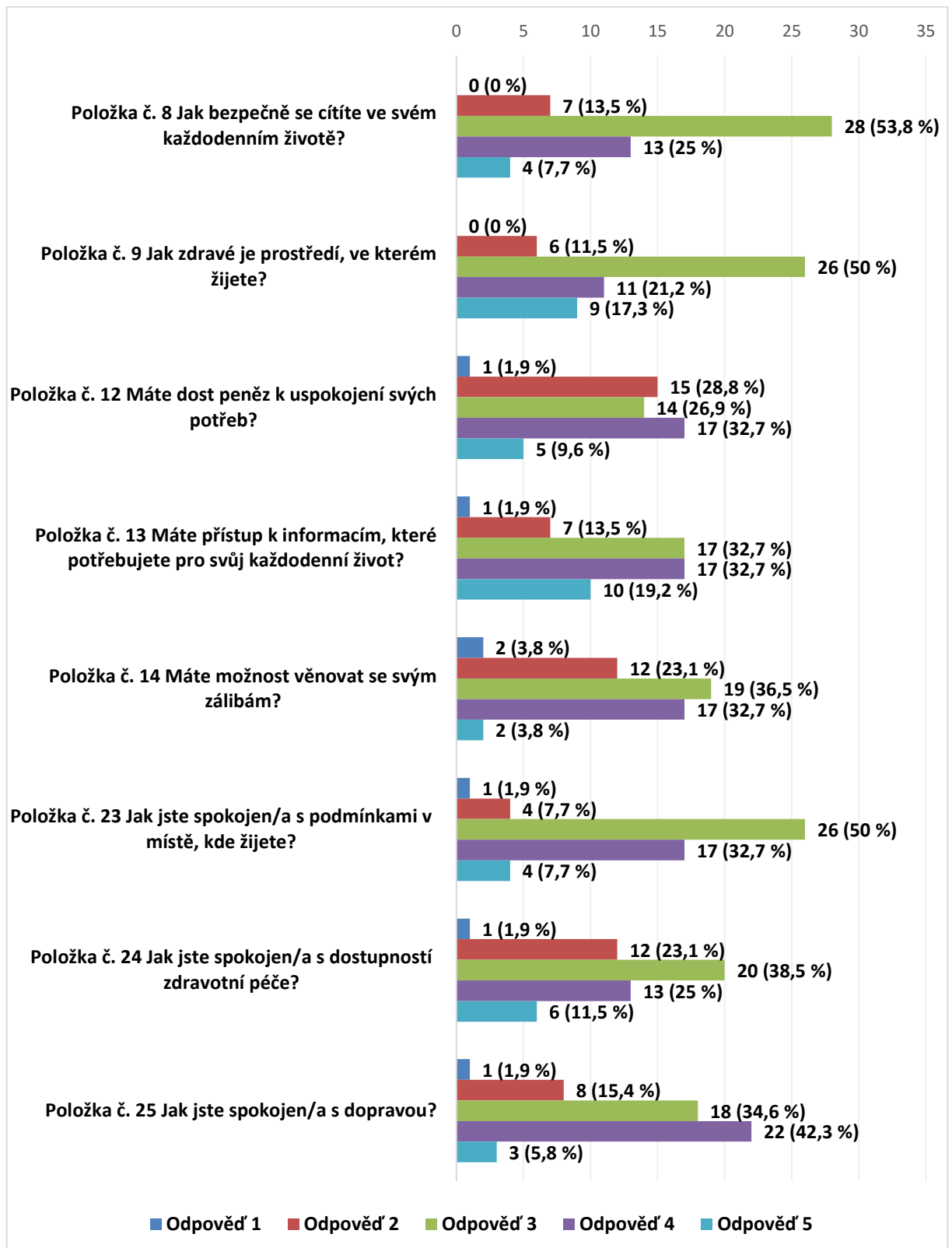
Obrázek 8: Rozložení četnosti odpovědí na jednotlivé položky sociální domény dotazníku WHOQOL-BREF (n = 52)

V položce č. 20 hodnotí respondenti spokojenost se svými osobními vztahy. Odpověď 1 (velmi nespokojen/a) byla označena 3 (5,8 %) respondenty. Odpověď 2 (nespokojen/a) 8 (15,4 %) účastníky a odpověď 3 (ani spokojen/a, ani nespokojen/a) byla vybrána 27 (51,9 %) zúčastněnými. Odpověď 4 (spokojen/a) vybralo 10 (19,2 %) respondentů. Odpověď 5 (velmi spokojen/a) byla zvolena 4 (7,7 %) respondenty. Položka č. 20 má výsledné průměrné hodnocení 3,08.

V položce č. 21 respondenti hodnotili úroveň spokojenosti se sexuálním životem. Odpověď 1 (velmi nespokojen/a) zvolilo 4 (7,7 %) respondentů, odpověď 2 (nespokojen/a) označilo 19 (36,5 %) účastníků. Odpověď 3 (ani spokojen/a, ani nespokojen/a) byla vybrána 12 (23,1 %) respondenty. Odpověď 4 (spokojen/a) uvedlo také 12 (23,1 %) dotazovaných a odpověď 5 (velmi spokojen/a) zvolilo 5 (9,6 %) respondentů. Výsledné průměrné hodnocení této položky je 2,90.

Položka č. 22 hodnotí míru spokojenosti respondentů s podporou od svých přátel. Odpověď 1 (velmi nespokojen/a) označili 2 (3,8 %) respondenti, odpověď 2 (nespokojen/a) uvedlo 14 (26,9 %) účastníků. Odpověď 3 (ani spokojen/a, ani nespokojen/a) zvolilo 13 (25 %) respondentů. Odpověď 4 (spokojen/a) uvedlo 16 (30,8 %) dotazovaných a odpověď 5 (velmi spokojen/a) označilo 7 (13,5 %) účastníků. Položka č. 22 je hodnocena ve výsledném průměru hodnotou 3,23.

Doména prostředí dotazníku WHOQOL-BREF



Obrázek 9: Rozložení četnosti odpovědí na jednotlivé položky domény prostředí dotazníku WHOQOL-BREF (n = 52)

Položka č. 8 je zaměřena na pocity bezpečí. Odpověď 1 (vůbec ne) neoznačil nikdo z respondentů, odpověď 2 (trochu) byla zvolena 7 (13,5 %) dotazovanými. Odpověď 3 (středně) byla vybrána 28 (53,8 %) respondenty, odpověď 4 (hodně) uvedlo 13 (25 %) účastníků a odpověď 5 (maximálně) zvolilo 4 (7,7 %) respondentů. Průměrné hodnocení této položky je 3,27.

Položka č. 9 zkoumá kvalitu prostředí, ve kterém respondenti žijí. Odpověď 1 (vůbec ne) nebyla označena nikým z dotazovaných, odpověď 2 (trochu) zvolilo 6 (11,5 %) dotazovaných. Odpověď 3 (středně) byla vybrána 26 (50 %) respondenty, odpověď 4 (hodně) byla uvedena 11 (21,2 %) účastníky a odpověď 5 (maximálně) byla označena 9 (17,3 %) respondenty. Průměrný výsledek této položky je 3,44.

Položka č. 12 zjišťuje, zda mají respondenti dostatek finančních prostředků k uspokojování svých potřeb. Odpověď 1 (vůbec ne) byla označena pouze 1 (1,9 %) respondentem, odpověď 2 (spíše ne) zvolilo 15 (28,8 %) dotazovaných. Odpověď 3 (středně) byla vybrána 14 (26,9 %) účastníky, odpověď 4 (většinou ano) uvedlo 17 (32,7 %) respondentů a odpověď 5 (zcela) byla zvolena 5 (9,6 %) dotazovanými. Tato položka dosáhla průměrného hodnocení 3,19.

Položka č. 13 zjišťuje, do jaké míry mají respondenti přístup k informacím, které potřebují během každodenního života. Odpověď 1 (vůbec ne) byla označena pouze 1 (1,9 %) respondentem, odpověď 2 (spíše ne) zvolilo 7 (13,5 %) dotazovaných. Odpověď 3 (středně) byla vybrána 17 (32,7 %) účastníky, odpověď 4 (většinou ano) uvedlo také 17 (32,7 %) respondentů a odpověď 5 (zcela) byla zvolena 10 (19,2 %) dotazovanými. V této položce je průměrné hodnocení 3,54.

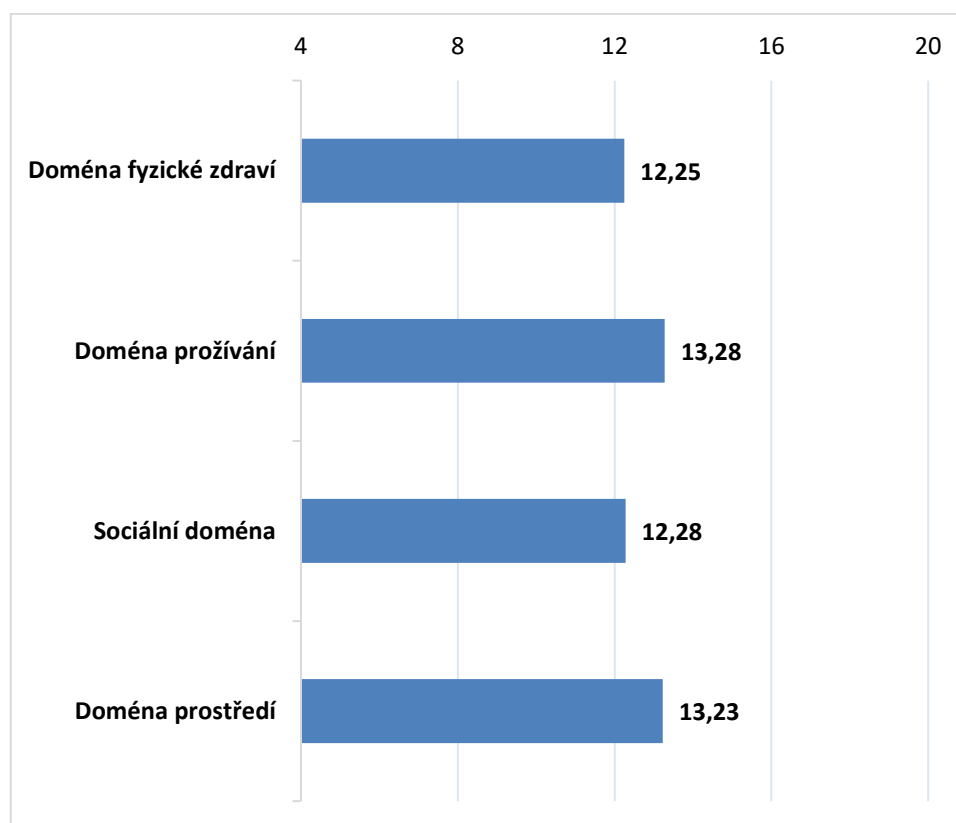
Položka č. 14 zjišťuje, do jaké míry mají respondenti možnost věnovat se svým zálibám. Odpověď 1 (vůbec ne) byla označena 2 (3,8 %) respondenty, odpověď 2 (spíše ne) zvolilo 12 (23,1 %) dotazovaných. Odpověď 3 (středně) byla vybrána 19 (36,5 %) účastníky, odpověď 4 (většinou ano) uvedlo 17 (32,7 %) respondentů a odpověď 5 (zcela) byla zvolena 2 (3,8 %) dotazovanými. Průměrné výsledné hodnocení této položky je 3,10.

Položka č. 23 hodnotí spokojenost respondentů s podmínkami, ve kterých žijí. Odpověď 1 (velmi nespokojen/a) byla označena pouze 1 (1,9 %) respondentem, odpověď 2 (nespokojen/a) uvedlo 4 (7,7 %) účastníků. Odpověď 3 (ani spokojen/a, ani nespokojen/a) byla zvolena 26 (50 %) dotazovanými, odpověď 4 (spokojen/a) označilo 17 (32,7 %) respondentů a odpověď 5 (velmi spokojen/a) byla uvedena 4 (7,7 %) účastníky. Průměrné hodnocení této položky je 3,36.

Položka č. 24 je zaměřena na spokojenost s dostupností zdravotní péče. Odpověď 1 (velmi nespokojen/a) označil pouze 1 (1,9 %) respondent, odpověď 2 (nespokojen/a) uvedlo 12 (23,1 %) účastníků. Odpověď 3 (ani spokojen/a, ani nespokojen/a) byla zvolena 20 (38,5 %) dotazovanými, odpověď 4 (spokojen/a) označilo 13 (25 %) respondentů a odpověď 5 (velmi spokojen/a) uvedlo 6 (11,5 %) účastníků. Tato položka má průměrné hodnocení 3,21.

Položka č. 25 zjišťuje spokojenost respondentů s dopravní dostupností. Odpověď 1 (velmi nespokojen/a) označil 1 (1,9 %) respondent, odpověď 2 (nespokojen/a) uvedlo 8 (15,4 %) účastníků. Odpověď 3 (ani spokojen/a, ani nespokojen/a) byla zvolena 18 (34,6 %) dotazovanými, odpověď 4 (spokojen/a) označilo 22 (42,3 %) respondentů a odpověď 5 (velmi spokojen/a) uvedli 3 (5,8 %) účastníci. Tato položka je v průměru hodnocena hodnotou 3,35.

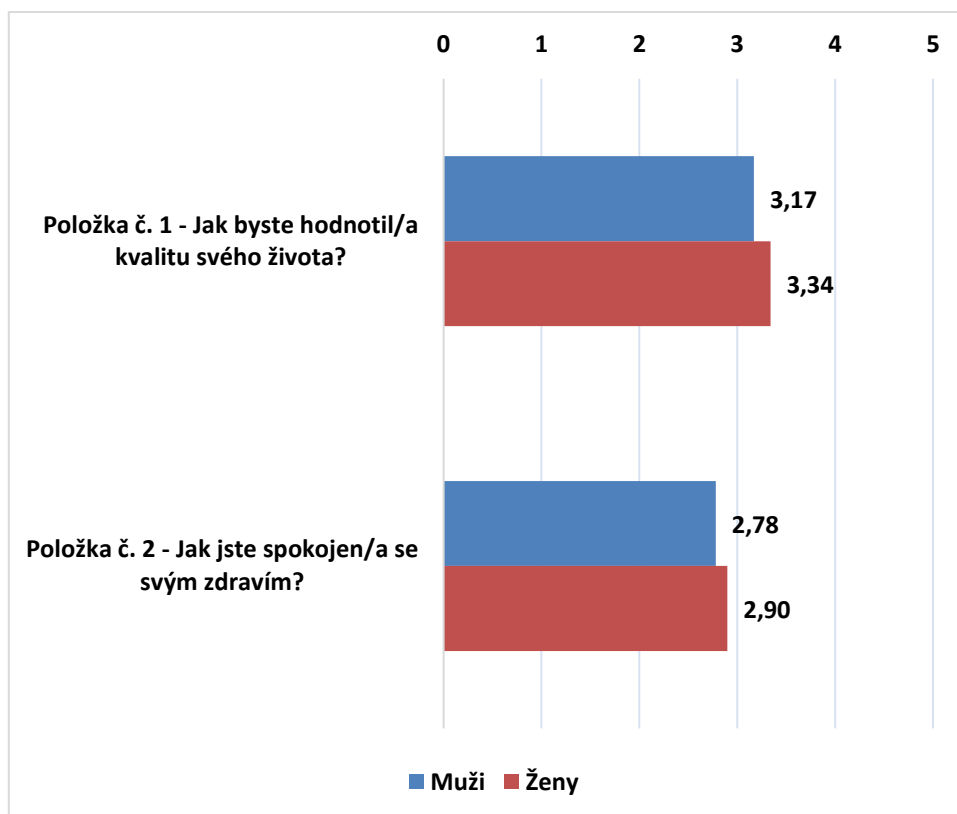
Průměrná hrubá skóre domén dotazníku WHOQOL-BREF



Obrázek 10: Průměrná hrubá skóre domén všech respondentů (n = 52)

Obrázek 10 znázorňuje průměrná hrubá skóre u celého souboru respondentů ve čtyřech doménách dotazníku WHOQOL-BREF na škále 4–20. Průměrné hrubé skóre v doméně fyzického zdraví je 12,25. Nejvyšší průměrné skóre je v doméně prožívání 13,28. Nižší hodnotu má sociální doména s 12,28 a doména prostředí zaznamenala skóre 13,23.

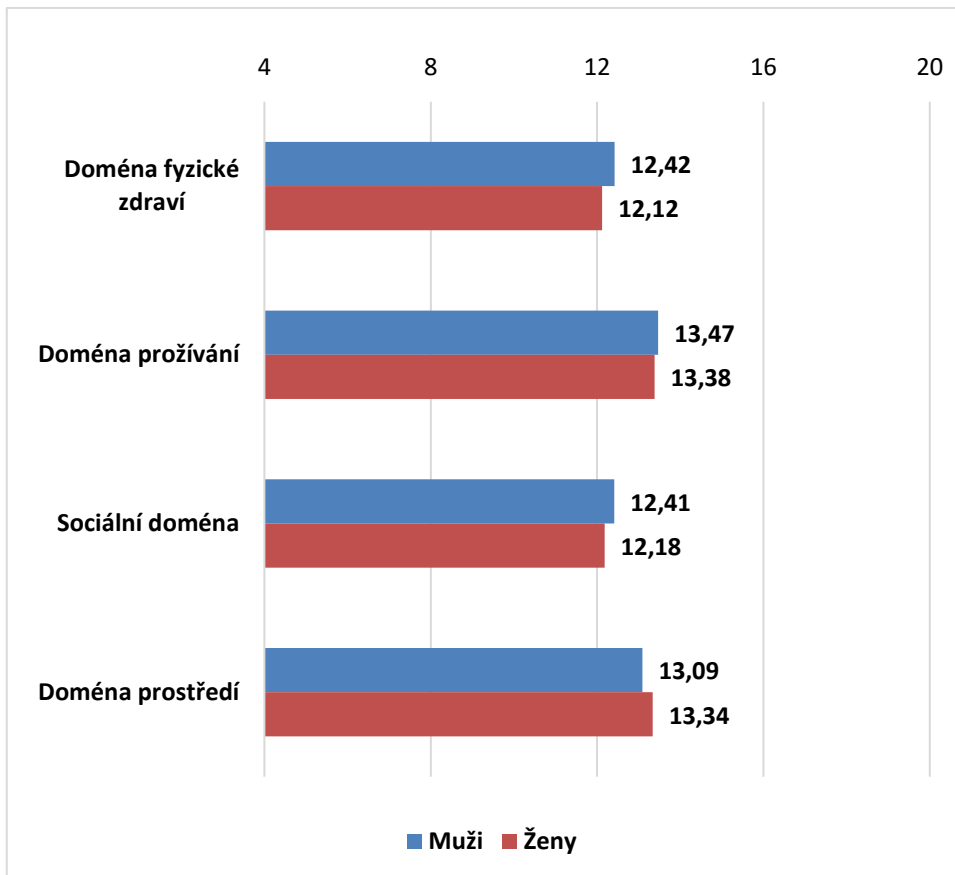
Průměrná výsledná skóre samostatných položek dotazníku WHOQOL-BREF vzhledem k pohlaví respondentů



Obrázek 11: Porovnání průměrného skóre položky č. 1 (kvalita života) a č. 2 (spokojenost se zdravím) vzhledem k pohlaví. Muži (n = 23), ženy (n = 29)

Na obrázku je znázorněno průměrné hodnocení dvou samostatných položek dotazníku WHOQOL-BREF podle pohlaví respondentů. V položce č. 1 zaměřené na hodnocení celkové kvality života dosáhli muži průměrného skóre 3,17 a ženy 3,34. Položku č. 2 zabývající se spokojeností se zdravím hodnotili muži průměrně 2,78, ženy pak 2,90.

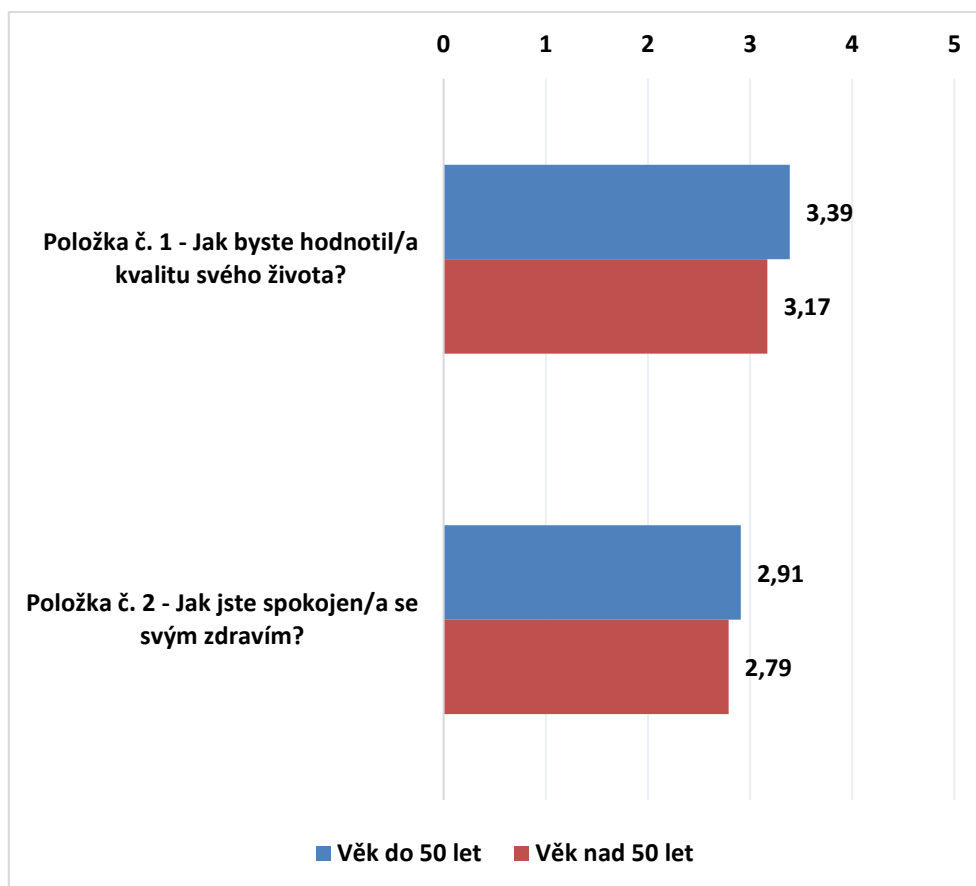
Průměrná hrubá skóre domén dotazníku WHOQOL-BREF vzhledem k pohlaví respondentů



Obrázek 12: Porovnání průměrných hrubých skóre domén vzhledem k pohlaví respondentů. Muži (n = 23), ženy (n = 29)

V doméně fyzického zdraví dosáhli muži průměrného skóre 12,42, zatímco ženy o něco méně, tedy 12,12. Doménu prožívání hodnotili muži v průměru hodnotou 13,47 a ženy 13,38. V sociální doméně muži získali průměrné skóre 12,41 a ženy 12,18. V doméně prostředí dosáhly vyššího průměrného skóre ženy (13,34), zatímco muži dosáhli pouze 13,09.

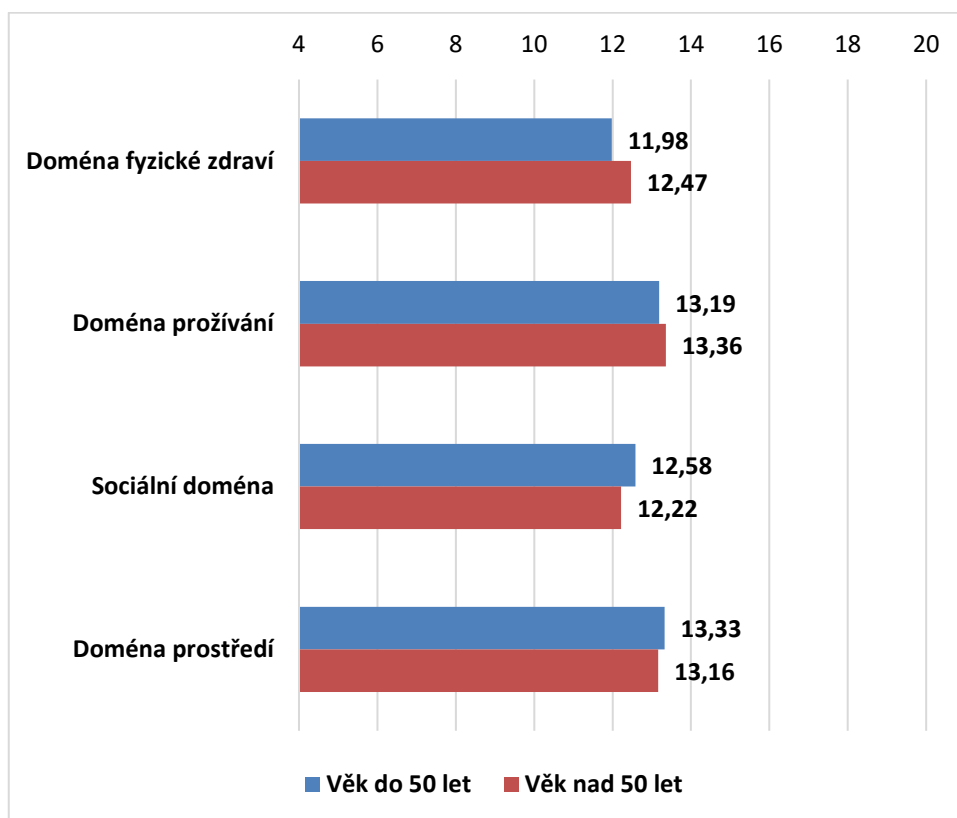
Průměrná výsledná skóre samostatných položek dotazníku WHOQOL-BREF dle věku respondentů



Obrázek 13: Průměrné hodnocení položek č. 1 a 2 dotazníku WHOQOL-BREF podle věku respondentů. Věk do 50 let (n = 23), věk nad 50 let (n = 29)

V položce č. 1 odpovídala skupina respondentů do 50 let průměrně hodnotou 3,39 a skupina věku nad 50 let průměrnou hodnotou 3,17. Položka č. 2 byla průměrně hodnocena skupinou respondentů do věku 50 let hodnotou 2,91 a skupinou nad 50 let hodnotou 2,79.

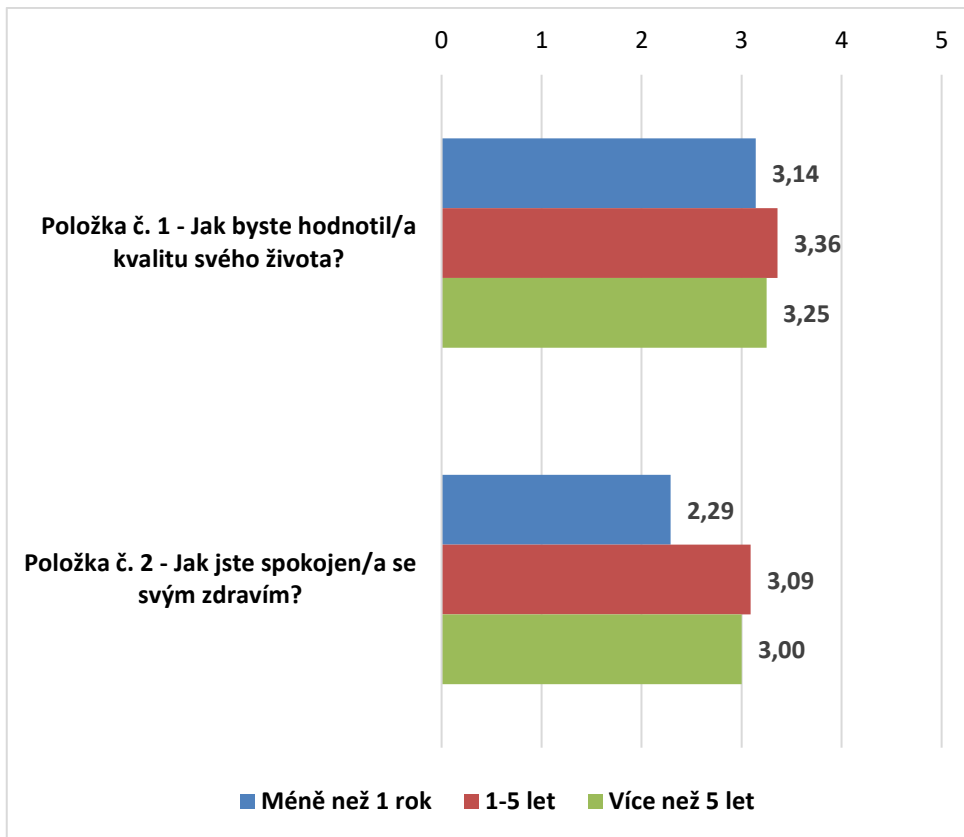
Průměrná hrubá skóre domén WHOQOL-BREF dle věku respondentů



Obrázek 14: Průměrná hrubá skóre domén WHOQOL-BREF dle věku respondentů. Věk do 50 let (n = 23), věk nad 50 let (n = 29)

Skupina respondentů ve věku do 50 let hodnotila doménu fyzického zdraví průměrnou hodnotou 11,98, u starších respondentů ve věku nad 50 let bylo průměrné skóre 12,47. Doména prožívání byla taktéž pozitivněji hodnocena respondenty nad 50 let, hodnotou 13,36, a respondenti do 50 let věku ji hodnotili hodnotou 13,19. V sociální doméně dotazování do 50 let věku dosáhli skóre 12,58 a starší skupina nad 50 let věku pouze 12,22. Respondenti do 50 let věku hodnotili doménu prostředí průměrným skóre 13,33 a dotazování nad 50 let hodnotou 13,16.

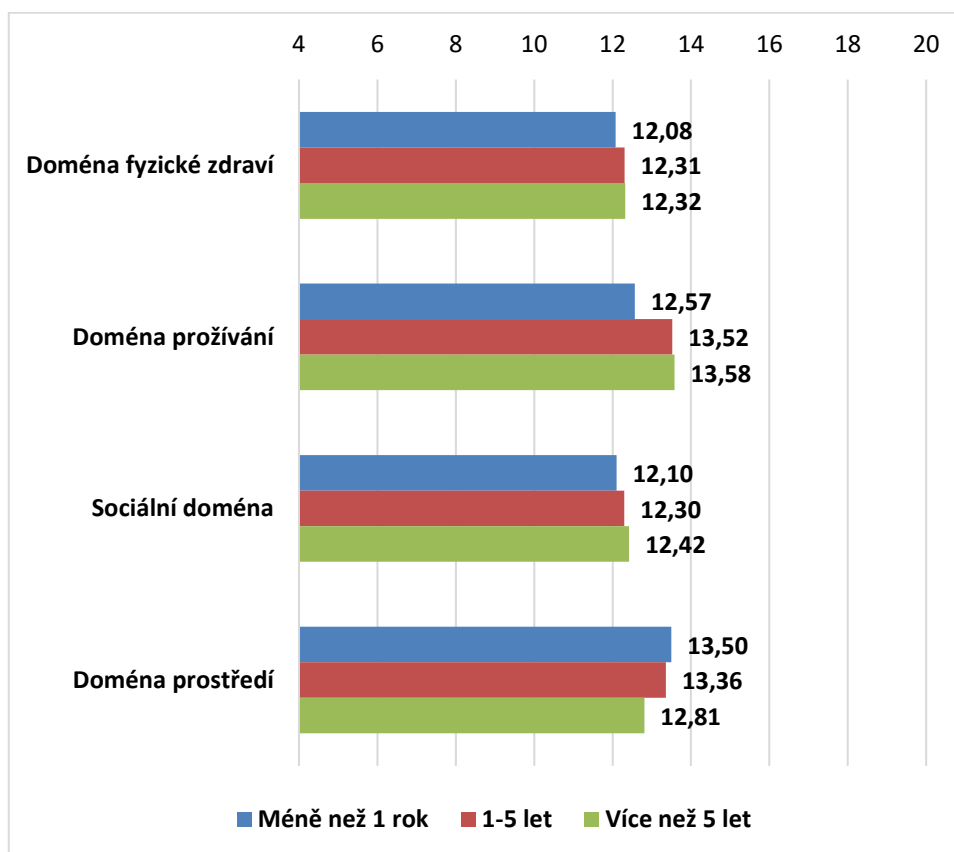
Průměrná výsledná hodnocení samostatných položek dotazníku WHOQOL-BREF z hlediska délky trvání onemocnění



Obrázek 15: Průměrná výsledná hodnocení položky č. 1 a položky č. 2 dotazníku WHOQOL-BREF z hlediska délky trvání onemocnění. Méně než 1 rok (n = 14), 1–5 let (n = 22), více než 5 let (n = 16)

V samostatné položce č. 1 dosáhla skupina dotazovaných s onemocněním trvajícím méně než 1 rok hodnoty 3,14, skupina respondentů s onemocněním trvajícím 1–5 let hodnoty 3,36 a skupina s onemocněním trvajícím déle než 5 let hodnoty 3,25. Položku č. 2 hodnotila skupina respondentů s onemocněním kratším než 1 rok průměrným skóre 2,29, skupina s onemocněním 1–5 let hodnotou 3,09 a skupina s dlouhodobým onemocněním nad 5 let hodnotou 3,00.

Průměrná výsledná hodnocení domén WHOQOL-BREF dle délky trvání onemocnění



Obrázek 16: Průměrná výsledná hodnocení domén WHOQOL-BREF dle délky trvání onemocnění. Méně než 1 rok (n = 14), 1–5 let (n = 22), více než 5 let (n = 16)

V doméně fyzického zdraví dosáhli respondenti s onemocněním trvajícím méně než 1 rok průměrného skóre 12,08, skupina s onemocněním trvajícím 1–5 let dosáhla hodnoty 12,31 a skupina s délkou onemocnění nad 5 let hodnoty 12,32. V doméně prožívání bylo průměrné skóre u skupiny méně než 1 rok s onemocněním 12,57, u skupiny 1–5 let 13,52 a u skupiny nad 5 let byla dosažena hodnota 13,58. V sociální doméně dosáhla nejmenší hodnoty 12,10 skupina s onemocněním trvajícím méně než 1 rok, hodnota 12,30 byla u skupiny s 1–5 lety trvání nemoci a 12,42 u skupiny s více než 5 lety života s nemocí. V doméně prostředí uvedli respondenti s méně než roční délkou onemocnění průměrnou hodnotu 13,50, skupina s onemocněním 1–5 let hodnotu 13,36 a skupina s dlouhotrvajícím onemocněním nad 5 let dosáhla průměrného skóre 12,81.

7 DISKUZE

V této kapitole budou prezentovány výsledky průzkumného šetření, budou interpretovány a porovnány s jinými akademickými pracemi.

Průzkumného šetření se zúčastnilo 52 respondentů s diagnostikovanou jaterní cirhózou ve věku od 20 do 65 let. U každé domény bylo stanoveno průměrné hrubé skóre, stejně tak u dvou samostatných položek. Tyto výsledky byly dále rozděleny podle předem definovaných kategorií (věk, pohlaví, délka onemocnění).

Průzkum bude v diskuzi porovnáván s výsledky několika akademických prací a odborných studií. Mezi porovnávané bakalářské práce patří práce Kamarádové (2023), která zjišťovala kvalitu života nemocných s jaterní cirhózou za použití dotazníku WHOQOL-BREF na vzorku 60 nemocných respondentů, práce Langpaulové (2019), jež provedla kvalitativní průzkumné šetření na 6 respondentech s jaterní cirhózou. Dále bude provedeno porovnání s bakalářskou prací Bystroňové (2023), která provedla také průzkum formou kazuistik u 4 pacientů. Průzkumné šetření bude dále porovnáno s některými výsledky studie, kterou provedli Gazder et al. (2024) a která byla zaměřena na kvalitu života pacientů s jaterní cirhózou u souboru 115 pacientů, dále s výsledky studie Pazokiana, Esmaeilho (2019), která je zaměřena na analýzu kvality života a faktorů, jež ji ovlivňují. Diskuze se také opírá o studii Wonga et al. (2024), která zkoumala vliv kvality života u jaterní cirhózy v závislosti na pohlaví, soubor respondentů byl 392 mužů a 184 žen. Dále o studii Zewde et al. (2023), která zkoumá kvalitu života u jaterní cirhózy. Studie Gazinea et al. (2021) se zabývala hodnocením kvality života u 254 pacientů s chronickým onemocněním jater, přičemž většina z nich žila s diagnózou déle než pět let.

Průzkumná otázka č. 1 – Jaká je kvalita života respondentů s jaterní cirhózou v jednotlivých doménách a samostatných otázkách dotazníku WHOQOL-BREF?

Hlavním cílem průzkumu bylo zjistit hodnocení kvality života respondentů s jaterní cirhózou pomocí dotazníku WHOQOL-BREF. Ten se skládá z 2 samostatných položek a 24 položek, které spadají do jednotlivých domén.

Doména fyzické zdraví dosáhla nejnižšího výsledku s průměrnou hodnotou 12,25. Nejlepšího výsledku dosáhla doména prožívání s hodnotou 13,28. Doména hodnotící sociální oblast byla průměrně ohodnocena hodnotou 12,28 a doména prostředí 13,23. Tato data poukazují na skutečnost, že respondenti vnímají největší omezení kvality svého života v oblasti

fyzického zdraví, což odpovídá charakteru nemoci, která se vyznačuje fyzickými příznaky (bolest, únava, nechutenství). Langpaulová (2019) ve své práci také došla k závěru, že kvalita života pacientů s jaterní cirhózou je nejvíce zasažena v oblasti vnímání fyzického stavu, což odpovídá zjištění této práce. Bystroňová (2023) ve své bakalářské práci uvádí, že nejvýraznější obtíže pacientů s jaterní cirhózou souvisejí s fyzickými příznaky onemocnění a tím jsou podpořena zjištění autora této práce. Kamarádová (2023) ve své bakalářské práci uvádí hodnotu fyzické domény 12,13. Dále ve své práci uvádí hodnoty pro doménu prožívání 12,42, pro doménu sociálních vztahů 12,38 a pro doménu prostředí 12,08. V porovnání s prací Kamarádové (2023) jsou ve zde uvedeném průzkumném souboru výsledky mírně vyšší, nejvýraznější rozdíl je v doméně prostředí. To může souviset s rozdílným zázemím respondentů v souborech, jelikož část dat získaného ze souboru respondentů této práce byla sbírána v metropolitní oblasti, kde je všeobecně lepší dostupnost zdravotní péče, dopravy a kulturního vyžití.

V samostatných položkách dotazníku byla ve zde uvedeném průzkumu u položky č. 1 (Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?) stanovena průměrná hodnota 3,27 a v položce č. 2 (Jak jste spokojen/a se svým zdravím?) průměrná hodnota 2,85. Tyto hodnoty poukazují na snížené vnímání kvality života a relativně nízkou spokojenost se zdravím. Při porovnání s výsledky uvedenými v práci Kamarádové (2023), která uvádí průměrné skóre 2,88 u položky č. 1 a 3,12 u položky č. 2, jsou hodnoty v obou položkách mírně odlišné. Zatímco v tomto průzkumu byla kvalita života hodnocena o něco lépe, spokojenost se zdravím naopak hůře. Výsledky obou prací se však pohybují v podobném rozmezí. Na jejich rozdílnost mohou mít vliv odlišné složení průzkumných souborů, odlišnosti ve zdravotním stavu respondentů nebo jejich subjektivní vnímání onemocnění.

Gazder (2024) ve své studii uvádí u pacientů s cirhózou jater značně sníženou kvalitu života v oblasti fyzického zdraví, což je v souladu se zde uvedenými výsledky. Na rozdíl od autorova průzkumného šetření však Gazder uvádí i výrazný dopad nemoci na psychickou oblast života. Tato neshoda může být způsobena větším počtem respondentů ve studii Gazdera (2024), také odlišnou kulturou, sociodemografickou a ekonomickou situací zkoumané populace.

Průzkumná otázka č. 2 – Existují rozdíly v hodnocení kvality života mezi muži a ženami s jaterní cirhózou v jednotlivých doménách a samostatných otázkách dotazníku WHOQOL-BREF?

Druhá průzkumná otázka byla zaměřena na hledání rozdílů mezi pohlavími v subjektivním vnímání kvality života. Soubor respondentů s jaterní cirhózou byl rozdělen na muže (n = 23) a ženy (n = 29).

Samostatnou položku č. 1 (Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?) hodnotili muži průměrnou hodnotou 3,17, zatímco ženy vykazovaly mírně vyšší hodnocení s průměrnou hodnotou 3,34. To naznačuje, že ženy subjektivně vnímaly svou celkovou kvalitu života o něco pozitivněji než muži, což může svědčit o pozitivnějším přístupu žen k jejich životu. V položce č. 2 (Jak jste spokojen/a se svým zdravím?) dosáhli muži průměrné hodnoty 2,78 a ženy 2,90. Ženy uvádějí vyšší spokojenost se svým zdravím, protože mohou být vnímavější ke svému zdravotnímu stavu, častěji ho řeší a lépe se na nemoc adaptují. Je však nutné zmínit, že rozdíly mezi pohlavími nejsou natolik výrazné, aby bylo možné z nich vyvodit konkrétní závěry.

Doména fyzické zdraví vykazuje u mužů průměrnou hodnotu 12,42 a u žen 12,12. Doména prožívání byla hodnocena muži hodnotou 13,47 a ženami téměř totožnou hodnotou 13,38. Sociální oblast života byla hodnocena lépe muži (12,41), zatímco ženami byla průměrně hodnocena hodnotou 12,18. Doménu prostředí vyhodnotili muži v průměru hodnotou 13,09 a ženy hodnotou 13,34. Tyto výsledky poukazují na určité rozdíly ve vnímání kvality života mezi pohlavími. Ženy hodnotí o něco hůře svůj fyzický stav a sociální vztahy. Fyzický stav mohou hodnotit hůře, protože na ženy bývají často kladeny nároky spojené s péčí o rodinu nebo domácnost, což se může projevit na jejich fyzickém stavu. Horší hodnocení sociální domény ženami může být zapříčiněno jejich vyššími nároky na sociální oporu od rodiny a přátel. Muži hodnotí o něco hůře prostředí, ve kterém žijí, což může souviset s omezeními v pracovní oblasti a s vykonáváním volnočasových aktivit. V doméně prožívání jsou výsledky obou pohlaví velmi podobné, což může svědčit o podobném psychickém prožívání nemoci bez ohledu na pohlaví. Rozdíly mezi pohlavími jsou však malé a neprokazují takovou souvislost, aby bylo možné učinit jednoznačný závěr.

Esmaeilia a Pazokian (2019) ve své studii potvrzují, že pohlaví je jedním z faktorů, které mají vliv na kvalitu života pacientů s jaterní cirhózou, což není v souladu s tvrzením autora této práce. Tato neshoda může být způsobena kulturními odlišnostmi ve vnímání zdraví mezi

pohlavími nebo rozdílnou metodologií sběru dat. Ze studie provedené Wongem et al. (2024) vyplývá, že ženy s cirhózou jater hodnotí hůře psychickou oblast svého života než muži, a to navzdory tomu, že jejich fyzické schopnosti jsou podobné jako u mužů. Tento závěr není totožný s výsledky zde uvedeného průzkumu, ve kterých byla oblast psychického prožívání hodnocena ženami téměř totožně jako muži. Tato odlišnost může souviset s rozdílnou velikostí a strukturou zkoumaných souborů či jiným nástrojem měření kvality života.

Kamarádová (2023) uvádí ve fyzické doméně u mužů hodnotu 12,02 a u žen 12,24. V doméně prožívání uvádí hodnoty 12,23 pro muže a 12,60 pro ženy. Doména sociální je hodnocena muži 12,37 a ženy 12,39. U domény prostředí vyšly lépe ženy s hodnotou 12,15, kdežto muži dosáhli hodnoty 11,98. Výsledky Kamarádové (2023) taktéž neukazují na výrazné rozdíly v kvalitě života v závislosti na pohlaví.

Průzkumná otázka č. 3 – Jak se liší hodnocení kvality života pacientů s jaterní cirhózou mezi věkovými skupinami do 50 let a nad 50 let v jednotlivých doménách a samostatných otázkách dotazníku WHOQOL-BREF?

Třetí průzkumná otázka měla za cíl zjistit, zda existuje rozdíl ve vnímání kvality života u pacientů s jaterní cirhózou na základě věku. Věková hranice byla stanovena do 50 let (n = 23) a nad 50 let (n = 29).

Položka č. 1 (Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?) byla hodnocena respondenty do 50 let věku průměrnou hodnotou 3,39 a ve věku nad 50 let respondenti udávali subjektivní kvalitu života o něco nižší, průměrně 3,17. V položce č. 2 odpovídali respondenti do věku 50 let průměrnou hodnotu 2,91 a starší skupina nad 50 let opět o něco méně, průměrně 2,79.

Respondenti ve věku do 50 let hodnotili fyzickou doménu průměrným skóre 11,98 a respondenti nad 50 let pozitivněji hodnotou 12,47. Doména prožívání byla hodnocena mladší skupinou do věku 50 let hodnotou 13,19 a starší skupina nad 50 let věku ji hodnotila podobným průměrným skóre 13,36. Sociální doména je kladněji hodnocena respondenty ve věku do 50 let průměrnou hodnotou 12,58 a skupinou respondentů nad 50 let věku o něco hůře, hodnotou 12,22. V doméně prostředí dosáhli mírně pozitivnějšího skóre respondenti do 50 let věku, a to hodnoty 13,33, kdežto respondenti nad 50 let dosáhli průměrné hodnoty 13,16.

Z dostupných dat lze usuzovat, že věk nemocných s jaterní cirhózou může mít vliv na kvalitu jejich života. Mírně vyšší hodnocení, které lze pozorovat u respondentů ve věku do 50 let,

kteří vnímají svou kvalitu života i spokojenost se zdravím o něco pozitivněji než starší skupina respondentů, lze vysvětlit tím, že mladší respondenti mají tendenci vnímat svůj zdravotní stav a celkovou kvalitu života optimističtěji. Může to mít souvislost s vyšší fyzickou zdatností nebo lepším pohledem na budoucnost. V sociální oblasti může být lepší výsledek u mladšího souboru respondentů následkem vyšší sociální aktivity mladší populace, která vede k lepšímu vnímání této oblasti života. Lze také usuzovat, že skupina nad 50 let věku má lepší psychickou adaptaci na probíhající onemocnění, zatímco mladší skupina se s nemocí vyrovnává hůře z důvodů menších životních zkušeností, vyšší míry stresu kvůli většímu dopadu onemocnění na pracovní, rodinný a společenský život, který je v tomto věku často aktivnější.

Zewde et al. (2023) ve své studii uvádějí, že věk je důležitý faktor určující kvalitu života pacientů s jaterní cirhózou. Zhoršená kvalita byla pozorována u skupiny respondentů starších 50 let, což odpovídá závěru autora této práce. Ve studii samotné je však upozorňováno na jinou odbornou studii provedenou na vzorku respondentů v Kanadě, kde byl výsledek opačný, a u vzorku respondentů v Německu a Nepálu se spojitost s věkem nepodařilo prokázat vůbec.

Průzkumná otázka č. 4 – Liší se hodnocení kvality života u respondentů v závislosti na délce trvání onemocnění v jednotlivých doménách a samostatných otázkách dotazníku WHOQOL-BREF?

Průzkumná otázka č. 4 je zaměřena na zjištění, zda se liší kvalita života nemocných s jaterní cirhózou v závislosti na délce trvání onemocnění. Respondenti byli rozděleni do třech skupin dle délky onemocnění. Skupina s krátkce trvajícím onemocněním, tj. méně než 1 rok ($n = 14$), se střednědobě trvajícím onemocněním, tedy 1 až 5 let ($n = 22$), a s dlouhodobým onemocněním, což znamená více než 5 let ($n = 16$).

V položce č. 1 (Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?) uvedli respondenti s onemocněním kratším než 1 rok průměrnou hodnotu 3,14, respondenti s jaterní cirhózou trvajícím 1–5 let uvedli hodnotu 3,36 a nemocní s dlouhotrvajícím onemocněním uvedli 3,25. Nejlépe hodnotili položku č. 1 respondenti s onemocněním trvajícím 1–5 let. Nejhůře tuto položku hodnotili respondenti s nemocí trvajícím méně než 1 rok. Položka č. 2 (Jak jste spokojen/a se svým zdravím?) byla také nejhůře hodnocena respondenty s nemocí trvajícím méně než 1 rok, a to s průměrnou hodnotou 2,29, naopak u střednědobě trvajícím onemocnění 1–5 let vyšla průměrná hodnota 3,09 a u respondentů s dlouhotrvajícím onemocněním vyšla téměř totožně hodnota 3,00.

V doméně fyzického zdraví vyšla s nejhorší hodnotou 12,08 skupina respondentů do 1 roku od diagnostikování nemoci. Skupina s onemocněním trvajícím 1–5 let dosáhla hodnoty 12,31 a skupina s dlouhotrvajícím onemocněním nad 5 let uvedla průměrnou hodnotu velmi podobně 12,32. Skupiny s trváním onemocnění 1–5 let a více než 5 let měly v doméně prožívání téměř totožné výsledky 13,52 a 13,58. Nejhoršího skóre 12,57 bylo dosaženo skupinou s onemocněním trvajícím do 1 roku. V sociální doméně si vedly skupiny velmi podobně, nemocní do 1 roku od diagnózy 12,10, lidé s onemocněním trvajícím 1–5 let 12,30 a skupina s onemocněním trvajícím více než 5 let dosáhla hodnoty 12,42. Doména prostředí byla hodnocena nejlépe nemocnými do 1 roku od diagnózy, hodnotou 13,50, nemocní s diagnózou 1–5 let tuto doménu hodnotili o něco méně, a to hodnotou 13,36, a nemocní s dlouhotrvající nemocí 5 a více let tuto doménu hodnotili nejhůře, konkrétně hodnotou 12,81.

Z těchto dat lze usoudit, že nemocní s dosud krátce diagnostikovaným onemocněním mohou své zdraví a kvalitu života hodnotit hůře pravděpodobně z důvodů stresu zapříčiněného vznikem nového onemocnění, nedostatečné adaptace na fyzické obtíže a obav z budoucnosti. Z těchto důvodů mohou i negativněji prožívat svůj stav po psychické stránce. Naopak pozitivnější hodnocení těchto domén a položek nemocnými s déle diagnostikovaným onemocněním dokazuje postupnou adaptaci na onemocnění, která může být způsobena tím, že nemocní již znají svoji nemoc a mají o ní více informací, jsou si vědomi svých limitů a již přizpůsobili svůj životní styl nemoci.

Z práce Gazinea et al. (2021) vyplývá, že sledovaní pacienti s chronickým onemocněním jater delším než 5 let vykazují zhoršenou kvalitu života zejména ve fyzické a psychické oblasti oproti souboru respondentů s kratší délkou onemocnění. Přestože délka trvání nemoci nebyla analyzována jako samostatný faktor, naznačují autoři studie možnou souvislost mezi délkou trvání onemocnění a nižší kvalitou života. Výsledky autorova šetření v této práci však naznačují opak, což může souviset s obdobím nejistoty a psychického zatížení krátce po stanovení diagnózy nebo s akutním zhoršením stavu v brzké fázi onemocnění.

7.1 Limity průzkumného šetření

Toto průzkumné šetření má několik limitů, jež by měly být zohledněny při interpretaci výsledných dat. Průzkumný soubor tvořilo pouze 52 respondentů, což sice umožňuje provést základní analýzu dat, avšak nelze tyto výsledky zobecňovat na širší populaci pacientů s jaterní cirhózou. Dále je tato práce limitována skutečností, že sběr dat probíhal pouze ve dvou zdravotnických zařízeních, což znemožňuje přenést závěry na jiné regiony nebo jiná

zdravotnická zařízení. Také je nutné zmínit, že dotazník WHOQOL-BREF je již staršího data a hodnotí pouze subjektivní vnímání kvality života, interpretace odpovědí tedy může být ovlivněna aktuálním emočním rozpoložením respondentů.

7.2 Doporučení pro praxi

Na základě výsledků průzkumného šetření lze doporučit se v klinické praxi více zaměřovat na fyzický stav pacientů a projevy jejich onemocnění. Tato oblast života byla téměř všemi skupinami, do nichž byli respondenti zařazeni, hodnocena jako nejvíce problematická. Pacienti s jaterní cirhózou, především s nedávno diagnostikovanou, nebo pacienti pod 50 let věku mohou potřebovat větší psychologickou podporu. Ošetřovatelský personál by měl také pacienty s tímto onemocněním podporovat v utváření a udržování zdravých sociálních vazeb, protože sociální oblast života byla také v rámci průzkumného šetření hodnocena spíše negativně. K zajištění komplexní péče o pacienty s jaterní cirhózou by bylo vhodné při jejich přijetí do zdravotnického zařízení pravidelně používat dotazník WHOQOL-BREF k identifikaci kvality jejich života a oblastí, na které zaměřovat více péče.

8 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života pacientů s jaterní cirhózou. V teoretické části jsou stručně sepsány poznatky o daném onemocnění, jeho charakteristika, výskyt, příčiny, klinický obraz, diagnostické metody a možnosti léčby včetně prognózy. Jedna kapitola je věnována specifikům ošetrovatelské péče souvisejícím s tímto onemocněním. Dále je v teoretické části vysvětlen pojem kvalita života, jeho historický vývoj a metody měření. Větší pozornost je věnována standardizovanému dotazníku WHOQOL-BREF, který byl využit v průzkumném šetření. Průzkumná část bakalářské práce byla realizována jako kvantitativní průzkum pomocí dotazníku POBAV pro ověření kognice a dotazníku WHOQOL-BREF pro zjištění kvality života. Průzkumná část se věnuje prezentaci a analýze sesbíraných dat. Ta jsou v diskuzi interpretována a porovnávána dle předem určených sociodemografických a klinických údajů. Následně je provedeno srovnání s jinými akademickými pracemi, které se tímto tématem rovněž zabývaly.

Hlavním cílem práce bylo zjistit kvalitu života pacientů s jaterní cirhózou a porovnat ji s jinými akademickými pracemi. Postupně byla práce doplněna o tři dílčí cíle.

Celkem bylo do průzkumu zařazeno 52 respondentů. Bylo zjištěno, že respondenti nejhůře hodnotí oblast fyzického zdraví. Tento výsledek odpovídá charakteru onemocnění, které je spojeno s řadou fyzických obtíží. Oblastí života, ve které měli respondenti nejméně sníženou kvalitu, bylo prožívání. Rozdíly v kvalitě života mezi pohlavími nebyly příliš významné, ale všeobecně ženy hodnotily pozitivněji spokojenost se zdravím a s celkovou kvalitou života než muži. Ti naopak o něco lépe hodnotili sociální oblast svého života. Porovnání respondentů z hlediska věku do 50 a nad 50 let ukázalo, že mladší skupina lépe hodnotila celkovou kvalitu svého života včetně pohledu na zdraví a pozitivněji nahlížela na sociální oblast svého života. Starší respondenti zase lépe snášejí svůj fyzický stav. Porovnání kvality života respondentů z hlediska délky trvání onemocnění ukázalo, že u nemocných s nově diagnostikovanou jaterní cirhózou do 1 roku od stanovení diagnózy se vyskytuje spíše negativní náhled na celkovou kvalitu svého života a na spokojenost se zdravím. Nižšího skóre dosáhli také ve všech dalších doménách dotazníku WHOQOL-BREF s výjimkou domény prostředí. Lepší výsledky téměř ve všech doménách u nemocných se střednědobým až dlouhodobým onemocněním ukazují na možnost jisté formy adaptace na jaterní cirhózu.

Přínos této bakalářské práce je v hlubším porozumění faktorům, které negativně ovlivňují kvalitu života pacientů s jaterní cirhózou. Výsledky průzkumného šetření mohou být použity jako podklad pro ošetrovatelskou i lékařskou péči, především při plánování individuální a komplexní péče, která zohledňuje nejen klinický stav pacienta, ale i jeho životní spokojenost a potřeby.

9 POUŽITÁ LITERATURA

BRŮHA, Radan. Nealkoholové postižení jater při steatóze. *Vnitřní lékařství* [online]. 2019, 65(9), 571–575. Solen, s.r.o. ISSN 1801-7592. DOI: 10.36290/vnl.2019.098 [cit. 2024-12-01].

BYSTROŇOVÁ, Michaela. *Problematika onemocnění jaterní cirhózy*. Opava, 2023. 61 s. Bakalářská práce. Slezská univerzita v Opavě. Vedoucí práce Mgr. Gabriela Světnická.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2: Třetí, upravené a doplněné vydání*. Grada, 2013, 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, 88 s. ISBN 80-85121-82-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory* [online]. Grada, 2012. ISBN 978-80-247-7891-4. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/kvalita-zivota-senioru-844/>.

EHRMANN, J. et al., 2014. *Hepatologie. 2. vydání*. Praha: Grada. 611 s. ISBN 978-80-247-5510-6.

FABRELLAS, N. et al. Nursing care for patients with cirrhosis. *Journal of Hepatology* [online]. 2023, 79, s. 218–225. ISSN 1600-0641. DOI: 10.1016/j.jhep.2023.03.016. [cit. 2025-06-06].

GAZDER, D. P. et al. Health-Related Quality of Life Assessment for Liver Cirrhosis Patients at a Tertiary Care Hospital in Karachi, Pakistan. *Cureus* [online]. 2024, 16 (2), e53766. ISSN 2168-8184. DOI: 10.7759/cureus.53766. [cit. 2025-08-06].

GAZINEO, D. et al. Health-related quality of life in outpatients with chronic liver disease: a cross-sectional study. *BMC Gastroenterology* [online]. 2021, 21, 318. ISSN 1471-230X. DOI: 10.1186/s12876-021-01890-7. [cit. 2025-06-06].

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-80-247-7357-5.

- HARALDSTAD, K. et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research* [online]. 2019, 28 (10), 2641–2650. ISSN 1573-2649. DOI: 10.1007/s11136-019-02214-9 [cit. 2025-01-16].
- HRUBEŠ, Petr a ŠIMŮNKOVÁ, Marta. Redukce spotřeby alkoholu s farmakologickou podporou. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2015, 16 (1), 30–33. Solen, s.r.o. ISSN 1803-5272. [cit. 2024-12-01].
- HŮLEK, Petr a URBÁNEK, Petr. *Hepatologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2018. 768 s. ISBN 978-80-271-0394-2.
- ISSANI, Renáta. Kazuistika 40leté zdravotní sestry s alkoholickou jaterní cirhózou. *Florence* [online]. 2010, 6 (10), 8–9. ISSN 1801-464X [cit. 2024-02-18].
- KACHLÍK, David. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2018. 154 s. ISBN 978-80-246-4058-7.
- KAMARÁDOVÁ, Zuzana. *Kvalita života osob s cirhózou jater*. Zlín, 2023. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce MUDr. Jana Pelková.
- KISVETROVÁ, Helena. *Demence a kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. 138 s. ISBN 978-80-244-5708-6.
- KLENER, Pavel a kol. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén, 2014. 1132 s. ISBN 978-80-7262-857-5.
- LAN, T. et al. Recent developments in the management of ascites in cirrhosis. *United European Gastroenterology Journal* [online]. 2024, 12 (2), 261–272. ISSN 2050-6414. DOI: 10.1002/ueg2.12539 [cit. 2024-12-01].
- LANGPAULOVÁ, Lenka. *Kvalita života pacienta s jaterní cirhózou*. Jihlava, 2019. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Pokorná.
- LEE, M. J. A review of liver fibrosis and cirrhosis regression. *Journal of Pathology and Translational Medicine* [online]. 2023, 57 (4), 189–195. ISSN 2383-7845. DOI: 10.4132/jptm.2023.05.24 [cit. 2024-12-01].

LUKÁŠ, Karel a kol. *Obyčejné nemoci trávicího traktu* [online]. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-4328-3. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/obycejne-nemoci-traviciho-traktu-11054/>

LUKÁŠ, Karel a ŽÁK, Aleš. *Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika. 2.*, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2022. 1112 s. ISBN 978-80-271-2576-0.

MACKŮ, Karel. *Multidisciplinární hodnocení kvality života v Evropě na regionální úrovni*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci pro Katedru geoinformatiky, 2020. 157 s. ISBN 978-80-244-5841-0.

MALINOVSKÁ, J. a kol. Pacient s jaterní cirhózou na interním oddělení – intervence případného abúzu alkoholu. *Vnitřní lékařství* [online]. Solen, s. r. o. 2022, 68 (4), E20–E21. ISSN 0042-773X. DOI: 10.36290/vnl.2022.057 [cit. 2024-12-06].

MIERTOVÁ, Michaela. *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním* [online]. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2416-9. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/riziko-padu-v-osevrotatelske-praxi-4968/> [cit. 2024-12-01].

Ministerstvo zdravotnictví ČR. Kognitivní test POBAV. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. Praha, 2017. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/kognitivni-test-pobav/> [cit. 2025-06-06].

NAVRÁTIL, Leoš a kol. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory* [online]. 2., zcela přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2017. 560 s. ISBN 978-80-271-0210-5. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/vnitri-lekarstvi-pro-nelekarske-zdravotnicke-obory-4235/> [cit. 2024-12-01].

NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika: pro studenty zdravotnických oborů* [online]. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9953-7. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/klinicka-propedeutika-2174/> [cit. 2024-12-01].

PAZOKIAN, M. a ESMAEILI, M. Quality of Life in Patients With Liver Cirrhosis: A Systematic Review. *Hospital Practices and Research* [online]. 2019, 4 (4), 111–116. ISSN 2476-3918. DOI: 10.15171/hpr.2019.23 [cit. 2025-06-06].

PETŘEK, Josef. *Základy fyziologie člověka: pro nelékařské zdravotnické obory* [online]. Praha: Grada, 2019. 172 s. ISBN 978-80-271-2807-5. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/zaklady-fyziologie-cloveka-5937/> [cit. 2024-12-01].

PLEVOVÁ, Ilona, ZOUBKOVÁ, Radka a kol. *Sestra a akutní stavy od A do Z* [online]. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-4088-6. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/sestra-a-akutni-stavy-od-a-do-z-8089/> [cit. 2024-12-01].

ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing. 2015, 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.

SKLADNÝ, Ladislav a SZÁANTOVÁ, Martina. Diagnostika alkoholové choroby pečene u gastroenterologa. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 2024, 78 (2), 147–155. ISSN 1804-803X. DOI: 10.48095/ccgh2024147 [cit. 2024-12-20]

SKVAŠÍK, Andrej. *Patológia: pre nelekárske odbory* [online]. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-247-1007-5. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/patologia-11990/> [cit. 2024-12-01].

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v interně I. Sestra*. Praha: Grada Publishing, 2023. 284 s. ISBN 978-80-271-1743-7.

SOUČEK, Miroslav, SVAČINA, Petr a kol. *Vnitřní lékařství v kostce* [online]. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-1095-7. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/vnitрни-lekarstvi-v-kostce-6126/> [cit. 2024-12-01].

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetrovatelství. I.* Praha: Grada Publishing. 2006, 280 s. ISBN 8024711486.

ŠEVČÍK, Pavel. *Intenzivní medicína. 3. přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Galén. 2014, 1196 s. ISBN 978-80-7492-066-0.

TOMOVÁ, Šárka a KŘIVKOVÁ, Jana. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. 2016. ISBN 978-80-271-9540-4. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/komunikace-s-pacientem-v-intenzivni-peci-2927/>.

URBÁNEK, Petr a BRŮHA, Radan. *Hepatologie*. 4. vydání. Praha: Grada Publishing, 2022, 892 s. ISBN 978-80-271-6688-6.

VALENTA, J., P. FIALA a L. EBERLOVÁ. *Stručná anatomie člověka*. Karolinum. 2015, 243 s. ISBN 978-80-246-2705-2.

VRABLÍK, Michal a MAREK, Josef. *Markova farmakoterapie vnitřních nemocí*. 5., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 2019, 896 s. ISBN 978-80-247-5078-1.

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část* [online]. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-8468-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/osetrovatelske-postupy-v-peci-o-nemocne-ii-524/> [cit. 2024-12-01].

WONG, F. et al. Sex differences in patient-reported outcomes and perception of cirrhosis-related symptoms. *The American Journal of Gastroenterology* [online]. 2024, 8 (1). ISSN 1572-0241. DOI: 10.14309/ajg.0000000000003251 [cit. 2025-06-06].

ZADÁK, Zdeněk a HAVEL, Eduard. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství: 2., doplněné a přepracované vydání*. Grada. 2017, 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.

ZEWDE A. Z. et al. Health-related quality of life among patients with cirrhosis at a tertiary care center in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *Frontiers in Gastroenterology* [online]. 2024, 3. ISSN 2813-1169. DOI: 10.3389/fgstr.2024.1455837. [cit. 2025-06-06].

10 PŘÍLOHY

Příloha A – Childova-Pughova klasifikace a klinická stadia jaterní encefalopatie

Tabulka 1: Child-Pugh klasifikace (Ehrmann, Hůlek a kol., 2014, s. 56)

Klinické a biochemické hodnoty	Funkční třída A	Funkční třída B	Funkční třída C
Stupeň jaterní encefalopatie	Nepřítomna	1 a 2	3 a 4
Ascites	Nepřítomen	Mírný	Střední/velký
Albumin (g/l)	> 35	28–35	< 28
Bilirubin (μmol/l)	< 34	34–51	> 51
Protrombinový čas (sekund prodloužení) nebo INR	< 4 < 1,7	4–6 1,7–2,3	> 6 > 2,3

Tabulka 2: Klinická stadia jaterní encefalopatie (Zadák, Havel a kol., 2017, s. 286)

Stupeň	Klinické projevy
I	Mírná zmatenost, euforie či deprese, snížená pozornost, zpomalené myšlení, zvýšená dráždivost, porucha spánkového režimu.
II	Spavost, letargie, výrazná porucha schopnosti řešit mentální úlohy, zjevné změny osobnosti, neadekvátní chování, přechodná dezorientace.
III	Somnolence, neschopnost řešit mentální úlohy, dezorientace místem i časem, značná zmatenost, amnézie, nesrozumitelná řeč.
IV	Kóma.

POKYNY K POUŽÍVÁNÍ TESTU POBAV
Písemné Pojmenování Obrázků A jejich Vybavení

Doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.

1. část Písemné pojmenování obrázků

Administrace: Přeložte list na polovinu podél čárkované čáry uprostřed. Nejprve podejte instrukci, v níž zdůrazněte dvojitý úkol, že obrázky je třeba pojmenovat a zároveň si pamatovat. Teprve poté předložte pouze horní část listu s obrázky. Pojmenování obrázků není časově omezeno.

Důležité! Po dopsání názvu posledního obrázku je potřeba přehnutý list okamžitě otočit, aby si vyšetřovaný nemoohl dále prohlížet obrázky.

Pokud vyšetřovaný při psaní zároveň jmenuje názvy nahlas, požádejte ho, aby přestal. Je potřeba zachovat jednotné testování u všech osob a také zabránit zvýhodnění pomocí hlasitého vštěpování. Mělo by jít o písemnou zkoušku bez používání hlasitých slov.

Pokud na konci nejsou všechny obrázky pojmenovány, můžete podat neutrální otázku: „*Máte to hotové? Je to všechno?*“

* * *

INSTRUKCE: „*Za chvíli před sebou uvidíte 20 obrázků.*“ (Obrázky přitom NEukazujte). „*Pod každý obrázek napište jeho název jedním celým slovem.*“ (pauza) „*Zároveň se snažte si každý obrázek zapamatovat. Později budete psát z paměti názvy obrázků, které jste si zapamatoval/a.*“

2. část Vybavení obrázků za 1 minutu

Administrace: Otočte přeložený list. Vyšetřovaný vidí pouze dolní část BEZ OBRÁZKŮ. Odměřujte a ukončete zápis po 1 minutě. Podle aktuální situace je možné ukončit test dříve dohodou s vyšetřovanou osobou. „*Pokud se Vám již nedaří vzpomenout si na další obrázky, můžete skončit.*“

INSTRUKCE: „*Nyní napište do této tabulky co NEJRYCHLEJI (pauza) co NEJVÍCE (pauza) názvů obrázků v LIBOVOLNÉM pořadí. Na pořadí obrázků tedy nezáleží. Máte na to jednu minutu. Je to jasné? Můžeme začít? Teď!*“ Po 1 minutě: „*Děkuji, to stačí.*“

Vyhodnocení

Vyhodnocení 1. části: Po skončení celého testování zjistíte počet chyb v pojmenování, které jsou dvojího typu: 1) obrázky nepojmenované vůbec nebo 2) pojmenované chybně (tzv. sémantické parafráze). Tyto chyby si můžete označit zakroužkováním nebo přeškrtnutím čísla obrázku.

Správné názvy obrázků jsou: 1. ježek, 2. kalhoty, 3. velbloud, 4. ucho, 5. želva, 6. ponožka, 7. lev, 8. česnek, 9. klokan, 10. ananas, 11. hroch, 12. kukuřice, 13. netopýr, 14. kaktus, 15. labuť, 16. píla, 17. zebra, 18. košile, 19. slepice, 20. strom. Jako správně pojmenované uznáváme i názvy s gramatickými chybami (např. netopír, pyla).

Kromě správných názvů tolerujte také výrazy: džiny, manžestráky, pantalóny, dromedár, jednohrbý velbloud, boltec, ušní boltec, lvíče, klokanice, hrošík, kukuřičný klas, turkyně (kukuřice), pilka, listnatý strom, lípa, dub, buk, jasan, javor, jablůň, ev. další druhy odpovídající nakreslenému stromu. Ostatní názvy jsou chybné.

Většina starších osob by měla udělat chybu v pojmenování nejméně jednoho obrázku.

Vyhodnocení 2. části: Zjistíte počet správně vybavených slov. Pro vlastní kontrolu zapisujte ke každému názvu obrázku buď číslo obrázku nebo zkratku chyby. Jako správně vybavené uznáváme názvy i s gramatickými chybami.

Chyby jsou dvojího typu a označte je takto: 1) K – konfabulace, což je vymyšlený název nepřítomného obrázku (např. krtek), 2) OP – opakování. Od celkového počtu odečtete počet chyb, a tak dostanete počet správně vybavených názvů obrázků.

Většina starších osob by si měla vzpomenout na 7 a více správných názvů obrázků.

Bližší informace jsou v původním článku Bartoš A. Netestuj, ale POBAV: písemné záměrné Pojmenování Obrázků A jejich Vybavení jako krátká kognitivní zkouška. *Cesk Slov Neurol N* 2016; 2016; 79/112(6), 671-679 dostupném volně na www.csnn.eu a na internetových stránkách AD Centra www.nudz.cz/adcentrum.

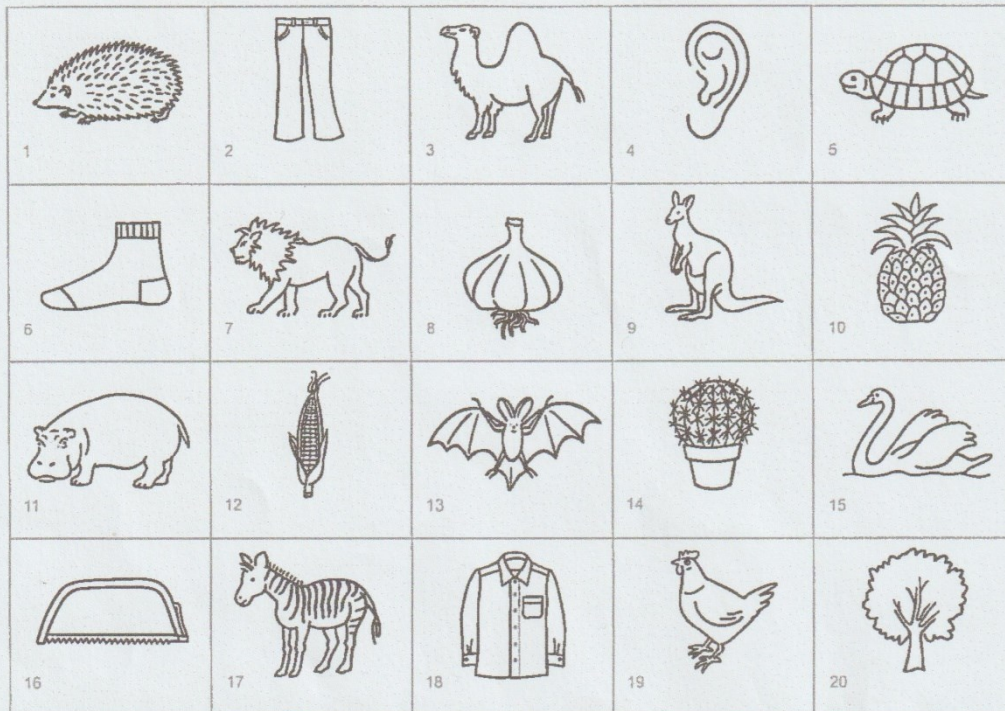


Doc. Bartoš ©, záznamový arch k písemnému POBAV, 2017 www.nudz.cz/adcentrum

N DZ

Test POBAV

verze A



Zde přeložte na polovinu

Pořadí	Obrázek ↓	Číslo obr.	Pořadí	Obrázek ↓	Číslo obr.
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

1. **Pojmenované** (zapište počet obrázků):

- chybně:
 - vůbec:
- počet CHYB v pojmenování celkem:

orientační norma ≤ 1

- A) **mezi chyby počítáme:** špatný, zkomolený nebo nadřazený pojem (např. cibule, kabát, uch, kuřic, oblečení)
- B) **jako správné počítáme:** také podobný název, zdvojnásobení nebo podřazený pojem (např. slepička, lípa)

2. **Vybavené** celkem:

- A) **ponechává se:**
- pojmenovaný špatně a vybavený stejně nebo správně (např. prase – prase nebo prase – hroch)
 - nepojmenovaný a přesto vybavený (např. 0 – hroch)

- B) **odečítá se:**
- neexistující (konfabulace):
 - opakující se (počítá se jako jeden):

počet SPRÁVNĚ vybavených obrázků (po odečtu chyb):

orientační norma ≥ 7



Doc. Bartoš ©. záznamový arch k písemnému POBAV, 2017 www.nudz.cz/adcentrum



Příloha C – Dotazník WHOQOL-BREF s osobními údaji

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Ondřej Bradáč a jsem studentem bakalářského programu všeobecné ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. V mé bakalářské práci se zaměřuji na kvalitu života pacientů s jaterní cirhózou. Rád bych Vás požádal o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží k získání informací o dopadu tohoto onemocnění na každodenní život pacientů.

Prosím zakroužkujte vždy pouze jednu odpověď. V záhlaví dotazníku uveďte svůj věk, pohlaví a dobu trvání onemocnění. Dotazník je anonymní a získané informace budou využity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Předem Vám velmi děkuji za Váš čas a ochotu vyplnit tento dotazník.

Osobní údaje

Věk: 20-30 let 31-40 let 41-50 let 51-65 let

Pohlaví: Muž/Žena

Jak dlouho onemocněním trpíte: méně než 1 rok 1-2 roky 3-5 let 5 let a více

Co je hlavní příčinou Vašeho onemocnění: Alkohol

Virová hepatitida

Nealkoholová tuková choroba jater

Autoimunitní onemocnění

Toxické poškození jater

Jiná, napište jaká: _____

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA (WHOQOL-BREF)

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. Budou Vám přečteny jednotlivé otázky spolu s možností odpovědi. **Vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější.** Pokud si nejste jistý/á, jak na otázku odpovědět, obvykle je nejlepší ta odpověď, která Vás napadne jako první.

Berte v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Prosím, abyste přemýšlel/a o svém životě v posledních 2 týdnech před vstupem do léčby.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

		Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
1	Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	1	2	3	4	5

		Velmi nespokojen/ a	Nespokojen /a	Ani spokojen/a ani nespokojen/ a	Spokojen/a	Velmi spokojen/a
2	Jak jste spokojený/á se svým zdravím?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních dvou týdnů, před vstupem do léčby, prožíval/a určité věci.

		Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
3	Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4	Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5	Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6	Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5

(Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s.86–88)

		Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
7	Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8	Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9	Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech před vstupem do léčby.

		Vůbec ne	Spíš ne	Středně	Většinou ano	Zcela
10	Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11	Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12	Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13	Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14	Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

		Velmi špatně	Špatně	Ani špatně ani dobře	Dobře	Velmi dobře
15	Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech před vstupem do léčby.

(Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s.86–88)

		Velmi nespokojen/a	Nespokojen/a	Ani spokojen/á ani nespokojen/a	Spokojen/a	Velmi spokojen/a
16	Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17	Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18	Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19	Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5

20	Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21	Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22	Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?	1	2	3	4	5
23	Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24	Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25	Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, jak často jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů před vstupem do léčby.

		Nikdy	Někdy	Celkem často	Velmi často	stále
26	Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Máte nějaké připomínky/chcete ještě k hodnocení něco říci?
