

# **Péče o nemocného s ascitem na interním oddělení**

Simona Janečková

---

Bakalářská práce  
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

|                   |   |
|-------------------|---|
| Jméno a příjmení: | Simona Janečková                                |
| Osobní číslo:     | H19028  |
| Studijní program: | B5341 Ošetrovatelství                           |
| Studijní obor:    | Všeobecná sestra                                |
| Forma studia:     | Prezenční                                       |
| Téma práce:       | Péče o nemocného s ascitem na interním oddělení |

### Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti péče o nemocné s ascitem.  
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.  
Formulace kritérií pro výběr participantů.  
Realizace výzkumu technikou rozhovoru.  
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.  
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

- FIGUEROA, E. *Ascites: Aetiology, Symptoms and Treatment*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers, 2016. ISBN 978-1-63485-459-7.
- HOFLAND, J., S. LISTER, H. GRAFTON. *The Royal Marsden Manual of Clinical Nursing Procedures*. 10<sup>th</sup> edition. Hoboken, NJ: Wiley Blackwell, 2020. ISBN 978-11-195-1097-0.
- HŮLEK, P., P. URBÁNEK a kol. *Hepatologie*. 3. vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0394-2.
- CHAMBERS, J. and D. SPRIGINGS. *Acute Medicine: A Practical Guide to the Management of Medical Emergencies*. 5<sup>th</sup> edition. Hoboken, NJ: Wiley Blackwell, 2017. ISBN 978-1-118-64428-7.
- MARTÍNEK, J., P. TRUNEČKA a kol. *Gastroenterologie a hepatologie v algoritmech*. Praha: Maxdorf, 2021. ISBN 978-80-7345-684-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Silvie Svobodová**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan

L.S.

---

**PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně .....<sup>19.4.2023</sup>

.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce je věnována péči o nemocné podstupující punkci ascitu. Cílem práce bylo zjistit, jak pacienti vnímají samotný výkon, proběhlou edukaci a jaké využívají informační zdroje. Řešení práce je postaveno na kvalitativním výzkumu. K získání informací byla využita technika polostrukturovaného nestandardizovaného rozhovoru s deseti vybranými pacienty, kteří podstoupili punkci ascitu na konkrétním interním oddělení. Z rozhovorů vyplynulo, že na konkrétním interním oddělení jsou nemocným podány informace k punkci ascitu. Rozhovory nám také pomohly nalézt oblasti, kde je možné péči a edukaci nemocných zlepšit. Mezi problematické oblasti patří poloha pacienta při punkci a lokální anestezie před punkcí. Z rozhovorů vyplynulo, že účastníci na konkrétním interním oddělení by měli zájem o tištěný edukační materiál k punkci ascitu, a proto jsme se ho rozhodli vytvořit v rámci praktického výstupu práce.

Klíčová slova: ascites, punkce, edukace, péče, pacient

## **ABSTRACT**

The bachelor's thesis is dedicated to caring for the sick undergoing a puncture of ascites. The aim of the paper was to find out how patients perceived the procedure itself, the education carried out, and what information sources they used. The solution to the work is built on qualitative research. A semi-structured, non-standardised interview technique was used to obtain the information with ten selected patients undergoing an ascites puncture in a specific internal ward. The interviews revealed that in a particular internal ward, patients are given information to punctuate the ascites. Interviews have also helped us to find areas where care and educating the sick can be improved. The patient's position during puncture and local anesthesia prior to puncture are some of the most problematic areas. The interviews showed that participants in a particular internal department would be interested in printed educational material to punctuate the ascites, so we decided to create it as part of the practical output of the work.

Keywords: ascites, ascites puncture, education, care, patient

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Silvii Svobodové za odborné vedení. Vážím si její trpělivosti, ochoty a cenných rad, které mi poskytovala během zpracování mé bakalářské práce. Poděkování patří i personálu na interním oddělení za spolupráci při zpracování praktické části práce a také participantům, kteří byli ochotni se podílet na mém výzkumu. Děkuji rodině a přátelům za trpělivost a oporu během mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ÚVOD.....</b>  | <b>10</b> |
| <b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>1 ASCITES.....</b>   | <b>12</b> |
| 1.1 ETIOLOGIE A PATOGENEZE ASCITU .....   | 12        |
| 1.2 DIAGNOSTIKA A PROGNÓZA ASCITU .....   | 13        |
| 1.3 TERAPIE ASCITU .....  | 15        |
| 1.4 KOMPLIKACE A DŮSLEDKY ASCITU .....  | 15        |
| <b>2 PUNKCE ASCITU .....</b>  | <b>17</b> |
| 2.1 PŘÍPRAVA PACIENTA A INSTRUMENTÁRIA K PUNKCI ASCITU .....                                | 17        |
| 2.2 POSTUP PŘI PUNKCI ASCITU .....  | 18        |
| 2.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ PŘI ASCITU .....  | 19        |
| 2.4 KOMPLIKACE A KONTRAINDIKACE PŘI PUNKCI ASCITU.....                                      | 20        |
| 2.5 MEDIKAMENTÓZNÍ A ALTERNATIVNÍ MOŽNOSTI REDUKCE ASCITU.....                              | 21        |
| <b>3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÉHO<br/>S ASCITEM NA INTERNÍM ODDĚLENÍ .....</b> | <b>23</b> |
| 3.1 PÉČE O NEMOCNÉHO S ASCITEM NA INTERNÍM ODDĚLENÍ.....                                    | 23        |
| 3.2 INVAZIVNÍ VSTUPY .....  | 25        |
| 3.3 VÝŽIVA A NUTRIČNÍ DOPORUČENÍ PŘI ONEMOCNĚNÍ JATER A ASCITU.....                         | 26        |
| <b>4 EDUKACE PACIENTA PODSTUPUJÍCÍHO PUNKCI ASCITU NA<br/>INTERNÍM ODDĚLENÍ.....</b>        | <b>28</b> |
| 4.1 ZÁKLADNÍ POJMY .....  | 28        |
| 4.2 EDUKACE PACIENTA PŘED PUNKCÍ ASCITU .....   | 29        |
| 4.3 EDUKACE NEMOCNÉHO V PRŮBĚHU A PO PUNKCI ASCITU.....                                     | 30        |
| <b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>  | <b>32</b> |
| <b>5 METODOLOGIE VÝZKUMU .....</b>  | <b>33</b> |
| 5.1 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....  | 33        |
| 5.2 METODA A TECHNIKA VÝZKUMU.....  | 34        |
| 5.3 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ .....  | 34        |
| 5.4 ORGANIZACE VÝZKUMU A METODY ZPRACOVÁNÍ DAT .....  | 36        |
| <b>6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ .....</b>                                   | <b>37</b> |
| 6.1 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ .....  | 37        |
| 6.2 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ Z ROZHOVORŮ.....                                       | 40        |
| 6.2.1 Cíl č. 1 .....  | 40        |
| 6.2.2 Cíl č. 2 .....  | 47        |
| 6.2.3 Cíl č. 3:.....  | 50        |



|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>7</b> | <b>DISKUZE .....</b>                            | <b>55</b> |
| <b>8</b> | <b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>                | <b>60</b> |
|          | <b>ZÁVĚR .....</b>                              | <b>61</b> |
|          | <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>           | <b>62</b> |
|          | <b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b> | <b>69</b> |
|          | <b>SEZNAM TABULEK.....</b>                      | <b>71</b> |
|          | <b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>                       | <b>72</b> |

## ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma týkající se ošetrovatelské péče o pacienta s ascitem na interním oddělení. Ascites se objevuje jako varovné znamení závažných stavů, onemocnění jater, srdce nebo přítomnost metastáz. Při rozsáhlém ascitu bývá indikována punkce. S paracentézou ascitu se setkávám ve svém zaměstnání a zajímalo mě, jak nemocní výkon vnímají a prožívají. Jak hodnotí proběhlou edukaci ze strany zdravotnického personálu.

Péče o nemocné se odvíjí od velikosti ascitu a progresi onemocnění. Pacienti s velkým ascitem mají bolesti břicha a zad, trpí dušností a je u nich velmi omezená hybnost. Z plně soběstačných osob se velmi rychle stávají pacienti závislí na péči zdravotníků. Nemocní přestávají zvládat každodenní činnosti, dochází u nich k velkému nárůstu hmotnosti a otokům dolních končetin. Pacienti s refrakterním ascitem jsou odkázáni na velkoobjemové paracentézy, které jim přinášejí, ale jen dočasnou úlevu.

Paracentéza je invazivní výkon, při kterém se zavede punkční jehla do peritoneální dutiny za účelem odebrání vzorků a vypuštění nadměrného množství volné tekutiny. Před výkonem je nutné pacienta edukovat o důvodu punkce, přípravě, průběhu, režimových opatření a o možných komplikacích během samotného vyšetření. Nemocní stráví při každé punkci mnoho času na vyšetřovacím lehátku a je potřebné jim zajistit co největší komfort.

Po vypuštění velkého množství ascitické tekutiny se aplikuje intravenózně albumin. Smyslem opatření není jen náhrada odstraněných bílkovin při punkci, ale i prevence hypovolémie.

Osoby jsou kvůli punkci hospitalizováni i několikrát do měsíce a jejich zdravotní stav se postupně zhoršuje po každé punkci. Kromě provádění paracentéz existují i jiné metody, které vedou k redukci ascitické tekutiny. Záleží na zdravotním stavu pacienta a progresi onemocnění.

U maligního ascitu lze využít peritoneální drén, nemocní si mohou vypouštět ascitickou tekutinu sami v domácím prostředí a nemusí podstupovat opakovaně punkce.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ASCITES

Ascites je abnormální hromadění tekutiny v dutině břišní, která je za fyziologických podmínek přítomna v peritoneálním prostoru do objemu 150 ml. Vyskytuje se v podobě transsudátu nebo exsudátu v závislosti na koncentraci proteinu v tekutině (Figueora, 2016, s. 85).

### 1.1 Etiologie a patogeneze ascitu

Ascites vzniká z několika možných příčin. Nejčastější příčinou je jaterní cirhóza, ale vyskytuje se i u pacientů s maligními chorobami orgánů dutiny břišní, při onemocnění pankreatu, srdce (pravostranné srdeční selhání, konstruktivní perikarditida), hypoalbuminémii, blokáde odtoku lymfy, Budd-Chiariho syndromu a u některých bakteriálních nebo parazitických infekcí (Klener a kol., 2014, s. 668). Patogeneze cirhotického ascitu souvisí s arteriální vazodilací při portální hypertenzi a s hyperkinetickou cirkulací, která je v určité fázi vývoje následována snížením efektivního krevního objemu. Následkem sníženého efektivního krevního objemu a sníženého krevního tlaku dochází k aktivaci vasokonstrikčních a antinatriuretických faktorů. Důsledkem je v ledvinách retence sodíku i vody a rozvoj otoků, ascitu, diluční hyponatremie a případný vznik hepatorenálního syndromu (Češka a kol., 2020, s. 506).

Jak už bylo zmíněno v úvodu kapitoly, ascites se může vyskytovat i u pacientů s maligním onemocněním orgánů v dutině břišní. Mechanismus vzniku ascitu je potom ovlivněn lokalizací tumoru. Jednou z nejčastějších onkologických diagnóz spojených s výskytem ascitu je ovariální karcinom. Produkce peritoneálního výpotku je pozorována u pacientů v pokročilejších stádiích onemocnění, v období, kdy se vytváří intraperitoneální metastázy. Rakovinné buňky z vaječnicků mohou migrovat a rozptýlit se do peritoneální dutiny, následně způsobí obstrukci lymfatických cév, omezí lymfatickou drenáž a zabrání tím jejímu vstřebávání. Množství produkce ascitu je závislé na abnormální vaskularitě a permeabilitě nádoru (Figueora, 2016, s. 85).

Další příčina směřující ke vzniku ascitu souvisí s onemocněním pankreatu. Rozvíjí se důsledkem přetrvávajícího úniku pankreatických sekretů do oblasti peritoneální dutiny při poranění pankreatického vývodu. Narušení mohou mít podobu vnitřních nebo zevních píštělí. Vnitřní pankreatické píštěle vznikají otevřením pankreatického vývodu do pouzdra

pseudocysty, zevní se objevují v důsledku diagnostických či terapeutických výkonů na slinivce břišní. Zvýšená produkce tekutiny v dutině břišní bývá spojena i s chronickou pankreatitidou, při které mohou aktivované pankreatické enzymy způsobit digesci tkání dutiny břišní. Peritoneální výpotek u těchto stavů je exsudativní s vysokou amylázovou aktivitou (Česák a Koláčková, 2013, s. 101).

Podílejícím se faktorem na vzniku ascitu může být také hypoalbuminémie, při které dochází k poklesu koncentrace albuminu v krvi, jejíž příčinou může být malnutrice nebo nefrotický syndrom. Vzhledem k tomu, že albumin je potřebný pro transport hormonů, vitamínů, mastných kyselin, minerálů a pro udržení onkotického tlaku, je jeho nedostatek spojen s celou řadou patologických projevů včetně edému tkání (Astapenko a Černý, 2019).

Příčina vzniku chylózního ascitu může souviset i s problémem odtoku lymfy. Buď dochází k překročení kapacity lymfatických cév v dutině břišní a důsledkem je její stagnace v cévách, které se zmnožují, nebo se zvyšuje propustnost jejich stěn, a tím i sekrece lymfy do dutiny břišní (Klener a kol., 2014, s. 669).

## 1.2 Diagnostika a prognóza ascitu

Diagnostika ascitu je stanovena na podkladě anamnézy, fyzikálního vyšetření a zobrazovacích metod. U ascitu se stanovují se tři stupně podle jeho velikosti. První stupeň je zjistitelný pouze zobrazovacími metodami, druhý je zjistitelný fyzikálním vyšetřením, nazývá se netenzní a způsobuje mírnou symetrickou detenzi břicha. U třetího stádia dochází k výraznému zvětšení břicha a je označován termínem tenzní ascites. Můžeme se setkat také s pojmem refrakterní ascites, který vzniká při rezistenci na diuretika nebo v situaci, kdy nelze podat efektivní maximální dávku diuretik pro vznik jimi vyvolaných komplikací (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 209).

Fyzikálním vyšetřením je možné identifikovat pohledem vyklenuté břicho s přítomností většího množství ascitu. Pokožka břicha je napjatá až lesklá, mohou se tvořit strie. Pacienti mohou pociťovat diskomfort v dutině břišní, tlakové bolesti a plynatost. Dochází k nárůstu hmotnosti pacienta a zvětšení obvodu břicha. Při velkém ascitu se objevuje dušnost. Současně je u nemocných nápadná svalová atrofie, tenké končetiny kontrastují s výrazně vyklenutým břichem. Pacient je často dehydratovaný, subikterický a na kůži břicha se objevují pavoučkovité névy. Můžeme pozorovat rozšířenou žilní pleteni v okolí

pupku, která se nazývá caput medusae, neboli hlava medúzy. Otoky dolních končetin jsou různého rozsahu, od perimaleolárního prosáknutí až k mohutným otokům po třísla (Kleiner a kol., 2014, s. 670).

Fyzikálním vyšetřením poklepem je lékař schopen spolehlivě prokázat ascites, pokud břišní dutina obsahuje okolo 1 000 ml tekutiny. Poklep se provádí v poloze na zádech, pravém boku, levém boku a ve stoje. Poklep nad tekutinou v dutině břišní bývá temný, při poloze vleže má ztemnění konkávní charakter, protože se volná tekutina rozlévá do stran celé dutiny břišní, ve stoje bývá hladina téměř vodorovná. U vyšetření ascitu se zjišťuje také undulace neboli vlnění. Lékař ji vyvolá jemným úderem ze strany břicha, kterým rozvlní hladinu tekutiny (Špínar a kol., 2013, s. 493).

*„V diagnostice ascitu má nezastupitelné místo ultrasonografické vyšetření břicha. Kromě průkazu ascitu a posouzení jeho množství v peritoneální dutině se využívá také k ověření uzlovité přestavby jater, k průkazu známek portální hypertenze, případné trombózy portální žíly či jaterních žil a u nádorových infiltrací“ (Martínek a kol., 2021, s. 536).*

Další možnosti zobrazení volné tekutiny v dutině břišní poskytuje CT vyšetření a magnetická rezonance. Při trvajících nejasnostech v diagnostice ascitu lze využít laparoskopii, která umožní prohlédnutí jaterního parenchymu, sleziny, známek portální hypertenze a stav peritonea, současně vyloučí metastatické postižení a poskytne příležitost provést cílenou biopsii jater (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 207).

Diagnostická punkce volné tekutiny v dutině břišní se provádí u všech hospitalizovaných pacientů s nově vzniklým ascitem, při zhoršení zdravotního stavu nemocných s diagnostikovaným ascitem, při objevení se febrilií, nárůstu objemu tekutiny v peritoneální dutině, při zhoršení jaterních funkcí a rozvoji jaterní encefalopatie (Martínek a kol., 2021, s. 537).

Prognóza u pacientů s ascitem u pokročilé jaterní cirhózy není příznivá. Nález ascitu u nemocného v pokročilé fázi jaterního onemocnění by měl vždy vést k úvaze o transplantaci jater. Pětileté přežití těchto nemocných se pohybuje kolem 50 %, ještě mnohem horší prognózu mají pacienti s refrakterním ascitem, u kterého umírá polovina pacientů již v průběhu prvního roku po stanovení diagnózy. Přibližně 10-30 % pacientů prodělá během terapeutických punkcí ascitu epizodu spontánní bakteriální peritonitidy (v textu SBP), která velmi zhoršuje prognózu zdravotního stavu. Do jednoho roku po

první epizodě SBP umírá 50-70 % pacientů, do dvou let je to 70-75 % pacientů (Martínek a kol., 2021, s. 540).

### 1.3 Terapie ascitu

Léčba ascitu se odvíjí od klinického stavu nemocného. Nejprve se z léčby vyloučí všechny nefrotoxické léků, nesteroidní antirevmatika a aminoglykosidová antibiotika. Následně je doporučeno dietní opatření (omezení soli v potravě) a spíše klidový pohybový režim s polohováním dolních končetin. Nastaví se diuretická léčba (antagonista aldosteronu spironolakton, kličkové diuretikum furosemid), jejich dávky se mohou postupně navyšovat až na 400 mg spironolaktonu a 160 mg furosemidu za den. Cílem je vymizení ascitu při co nejmenší denní dávce diuretik. Uvedená léčba by měla být ukončena při natriemii <120 mmol/l, jaterní encefalopatii či progresivním renálním selháním. K léčbě diuretiky je rezistentních asi 10 % nemocných s ascitem. Jedná se většinou o pacienty s pokročilou jaterní cirhózou a s rozvíjejícím se hepatorenálním syndromem. Obvykle je rezistentní na léčbu diuretiky refrakterní ascites a vyžaduje provádění velkoobjemových paracentéz s následným podáním albuminu (6-8 g albuminu/l vypuštěné tekutiny). Frekvence punkcí je individuální, doporučuje se je provádět v intervalu 2-4 týdnů (Češka a kol., 2020, s. 506).

Při dekompenzaci jaterní cirhózy může být zvážena transplantace jater. Při refrakterním ascitu se zachovalou syntetickou funkcí může dočasně pomoci zavedení transjugulární intrahepatální portosystémové spojky (TIPS). Indikace se nedoporučuje u pacientů s pokročilou jaterní cirhózou, závažným renálním selháním, kardiopulmonálním onemocněním, u jaterní encefalopatie a probíhajících infekcí (Martínek a kol., 2021, s. 540). Při spontánní bakteriální peritonitidě se zahajuje okamžitě antibiotická léčba i bez kultivačního průkazu infekčního agens (Češka a kol., 2020, s. 507).

### 1.4 Komplikace a důsledky ascitu

Častá a závažná komplikace ascitu je SBP, jedná se o bakteriální infekci ascitické tekutiny (Šenkeříková a kol., 2015, s. 134). Etiologicky se podílí na této infekci translokované bakterie ze střevního mikrobiomu např.: *Escherichia coli* nebo enterokoky, ale vyvolavatelem mohou být také streptokoky nebo *Klebsiellapneumoniae* (Dvořák a kol., 2022, s. 23). SBP se vyskytuje až u 30 % nemocných s volnou tekutinou v dutině břišní a často se rozvine při hospitalizaci. Klinický obraz je nespecifický, často probíhá asymptomaticky. V minulosti mortalita SBP přesahovala 90 %, v současné době při včasné

diagnostice a antibiotické léčbě se snížila přibližně na 20 %. Dlouhodobá prognóza nemocných s prodělanou bakteriální peritonitidou je nepříznivá pro vysoký výskyt recidiv (Šenkeříková a kol., 2015, s. 134). Po prodělané epizodě SBP je nutné podávání profylaktické antibiotické léčby do vymizení ascitu, do transplantace jater nebo dožití (Martínek a kol., 2021, s. 540). Další poměrně častá komplikace u ascitu je trombóza portální žíly, která se dělí na akutní a chronickou. U většiny pacientů s jaterní cirhózou probíhá trombóza asymptomaticky a je náhodně diagnostikovaná na zobrazovacích metodách nebo se akutně manifestuje jako komplikace portální hypertenze varikózním krvácením (Čabelková a kol., 2020, s. 86). U nemocných s tenzním ascitem bývá komplikací umbilikální hernie, u které může dojít k jejímu uskřínutí. Operační řešení není, vzhledem k celkovému vážnému stavu nemocných, možným řešením, a pokud se uskuteční, může být zatíženo značnými komplikacemi. V místě hernie může dojít k prasknutí břišní stěny s následným vylitím ascitu, jedná se o život ohrožující stav (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 210).

Ne příliš často se lze setkat s hepatálním hydrothoraxem. Ascites a hydrothorax vznikají při portální hypertenzi a jsou důsledkem změn oběhu, vodního a elektrolytového hospodářství. Dochází k nadměrné filtraci na bílkoviny bohaté lymfy v jaterních sinusoidách, která uniká do peritoneální dutiny v kombinaci s nadměrnou akumulací extracelulární tekutiny, která volně uniká do peritoneální dutiny podle osmotického gradientu. Následně bránici prosakuje tekutina z peritoneální dutiny a hromadí se v dutině pleurální (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 184).

*„Pickwickův syndrom je další možností, které ascites může vyvolat. Je to stav, který bývá častěji spojován s obezitou, ale i při výskytu ascitu dochází ke zvýšení tlaku na bránici, která se nemůže při dýchání přirozeně stahovat dolů, a tak zajistit dostatečný objem plic. Následně vážně výměna dýchacích plynů a dochází ke hromadění oxidu uhličitého v krvi, který působí narkoticky“ (Špinar a kol., 2013, s. 76).*

V důsledku zvýšeného tlaku v dutině břišní může dojít ke vzniku a rozvoji refluxní ezofagitidy, která způsobuje reflux žaludečních kyselin do jícnu. Agresivně na sliznici jícnu působí kyselina solná, trávicí enzymy, které vznikají v žaludku a slinivce břišní, i žluč. Chorobu můžeme prokázat při endoskopickém vyšetření nebo pomocí histologie. Nejčastějším symptomem je pálení žáhy (Vela a kol., 2015, s. 18). Samotná střeva uložená v dutině břišní bývají nahromaděnou tekutinou stlačena, a to vede k jejich ochabnutí, důsledkem vzniká zácpa (Ehrmann a kol., 2016, s. 556).



## 2 PUNKCE ASCITU

Paracentéza neboli punkce ascitu je klinická procedura, při které je zavedena jehla do peritoneální dutiny k odběru ascitické tekutiny za aseptických podmínek. Během jedné procedury je doporučeno vypustit 5-7 litrů po dobu 60-90 minut. Výkon může sloužit jako terapeutická, diagnostická ale i jako paliativní léčba při odpuštění nadměrného množství tekutiny v dutině břišní (Klener a kol., 2014, s. 671).

### 2.1 Příprava pacienta a instrumentária k punkci ascitu

Před samostatnou přípravou pomůcek je nutné s pacientem podepsat informovaný souhlas a obeznámit ho s výkonem. Příprava instrumentária před punkcí zahrnuje přípravu sterilního stolku; vydezinfikovaný instrumentační stolek, překryjeme sterilní roušku, na který připravíme speciální jehly nebo intravenózní kanyly o velikosti 14-18 G. Přichystáme další potřebné pomůcky, mezi které patří sběrná nádoba či sběrný vak, stříkačka o velikosti 10-20 ml, spojovací hadička nebo trojcestný kohout, peán, sterilní perforovaná rouška, sterilní rukavice, sterilní plášť pro lékaře, nesterilní rukavice pro sestru, dezinfekci, tampony a sterilní krytí, kontejner na ostré předměty a emitní misky, tonometr, osobní váhu, krejčovský metr pro změření obvodu břicha nemocného a přenosný ultrazvuk. Sestra připraví lokální anestetikum, jehlu a stříkačku, označí sterilní zkumavky štítkem pacienta, vyplní žádanky k vyšetření podle žádosti lékaře. Pro odstranění případného ochlupení pacienta se použije clipper. Podle dostupnosti lze využít jednorázový kompletní set pro provedení punkce ascitu (Kolektiv autorů, 2018, s. 63).

Před samotným výkonem je nutné provést laboratorní vyšetření krve, krevní obraz, aPTT a INR pacienta, kde zjišťujeme počet krevních destiček a hodnoty koagulačních vyšetření. Lékař zhodnotí anamnézu. Posoudí, zda pacient netrpí poruchou krevní srážlivosti a zda jsou vysazena antikoagulantia z chronické medikace. Proveďte se identifikace pacienta a ověřte se případné alergie pacienta. Před výkonem jsou změřeny fyziologické funkce, obvod břicha, tělesná hmotnost pacienta a vše je zaznamenáno do dokumentace (Drábková, 2022).

Zdravotnický personál informuje nemocného o zákazu vstávání během punkce a upozorní na omezení hlubokých náhlých nádechů či kašláním. Samostatné odsávání ascitické tekutiny je obvykle nebolestivé, ale je potřeba pacienta upozornit, aby ihned informoval zdravotnický

personál při rozvinutí bolesti, tlaku v břiše, pocitu na omdlení, zhoršení dýchání či při jakýkoliv jiných obtížích (Informovaný souhlas punkce ascitu,... 2015).

## 2.2 Postup při punkci ascitu

Punkci provádí lékař s asistencí sestry. Lékař provede fyzikální vyšetření s poklepovým stanovením rozsahu ascitu. Výběr místa vpichu lze lokalizovat ultrasonograficky. Před začátkem punkce je ověřeno dotazem, zda u pacienta došlo k vyprázdnění močového měchýře. Zdravotnický personál uloží pacienta do Fowlerovy polohy. Sestra asistuje lékaři při oblékání sterilního pláště, ochranných pomůcek, při dezinfekci kůže, rouškování, lokální anestezii a při provádění evakuace ascitu přiložením sběrné nádoby nebo napojení sběrného vaku (Drábková, 2022).

Paracentéza je prováděna vlevo nebo vpravo na hranici mezi mezogastriem a hypogastriem, zevně od středu levé umbilikospánální čáry v Monroově bodu (viz PŘÍLOHA P I), je výhodné, je-li možno ascitickou tekutinu drénovat pod mírným negativním tlakem. Vhodnější je přístup z levé strany, z důvodu předcházení náhodné punkce střeva, protože colon sigmoideum je mobilnější, má silnější stěnu než cékum a má menší průměr. Punkci lze provést také ve střední čáře mezi pupkem a symfýzou v místě temného poklepu, protože v tomto místě je méně kolaterál a menší možnost vzniku případného hematomu v břišní stěně (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 209).

Označené místo si lékař před punkcí prohmatá a ozřejmí si anatomické poměry. Místo vpichu je vydezinfikováno a podle žádosti pacienta se aplikuje lokální anestetikum. Po nástupu účinku anestetika následuje provedení vpichu punkční jehlou přes stěnu do dutiny břišní. Lékař aspiruje a odebere tekutinu k laboratornímu vyšetření. Jedná-li se pouze o diagnostickou punkci, jehla se po odebrání vzorků vytáhne a místo vpichu se překryje sterilním krytím. V případě odlehčovací punkce se jehla po odebrání vzorků napojí na spojovací hadičku, která se vloží do nádoby na ascites pod úroveň pacienta. Jehla se zafixuje náplastí ke stěně břišní. Po vypuštění požadovaného množství ascitu, lékař jehlu vytáhne a místo vpichu je zakryto sterilním krytím (Informovaný souhlas punkce ascitu..., 2017).

Po celou dobu výkonu je nutné udržovat s pacientem oční a slovní kontakt, sledují se případné změny zdravotního stavu a při změně zdravotnický personál na ně okamžitě reaguje. Během punkce je sledováno množství a vzhled vypuštěné tekutiny, fyziologické funkce, obvod břicha, hmotnost pacienta a je proveden záznam do dokumentace. Po výkonu

následuje úklid veškerých pomůcek a odebrané vzorky jsou zaslány do laboratoře. Pacient je edukován o dodržování klidového režimu, ležet dvě hodiny na levém, event. pravém boku se stlačením místa vpichu. Sledují se fyziologické funkce, monitoruje se bolest a místo vpichu. Podle ordinace lékaře se po punkci nemocnému aplikuje intravenózně albumin (Drábková, 2022).

### 2.3 Laboratorní vyšetření při ascitu

Ascitickou tekutinu lze vyšetřit různými laboratorními metodami. Při jaterní cirhóze bývá tekutina obvykle nažloutlá nebo jasně žlutá (viz PŘÍLOHA P II), při komplikacích může být zakalená (spontánní bakteriální peritonitida), krvavě zbarvená (viz PŘÍLOHA P II) tzv. hemoragický ascites (nejčastěji při malignitách, ale může se objevit i po traumatu), tmavohnědé zbarvení tekutiny (vysoká koncentrace bilirubinu nebo při perforaci žlučovodů) (Souček a Svačina a kol., 2019, s. 309).

V rámci laboratorního rozboru tekutiny z dutiny břišní se vyšetřuje sérum-ascites albuminový gradient (v textu SAAG), kdy se odečítá hodnota albuminu v ascitu od hodnoty v séru. Při transsudátu je hodnota SAAG větší než 11 g/l, naopak hodnota menší než 11 g/l odpovídá exsudátu. Je-li podezření na malignitu nebo je hodnota SAAG menší než 11 g/l posílá se vzorek tekutiny na cytologii. V cytologickém nálezu mohou být přítomné buňky peritoneálních metastáz (Češka a kol., 2020, s. 506).

Ascitická tekutina při podezření na pankreatitidu se vyšetřuje na celkovou bílkovinu, glukózu, triglyceridy, LDH a amylázy podezření na pankreatitidu. (Chamber a kol., 2017, s. 156). K dalším vyšetření patří celkový a diferenciální rozpočet bílých krvinek. Vzorek je odeslán ve zkumavce s EDTA aditivem do hematologické laboratoře. U nekomplikované cirhózy je celkový počet bílých krvinek  $<500/\text{mm}^3$  a počet neutrofilů je  $<250/\text{mm}^3$ . Neutrofilů bývají zvýšené také při nepřilíš časté peritoneální tuberkulóze, kdy se bílé krvinky pohybují v rozmezí  $150-4000/\text{mm}^3$ . Při průkazu zvýšeného počtu neutrofilů svědčícím pro SBP odebíráme před nasazením antibiotik také hemokulturu. Při podezření na infekci nebo u nemocných s nově vzniklým ascitem lze provést kultivaci ascitu, vzorek je odeslán v hemokultivačních lahviček. Pozitivní kultivace, ale není podmínkou pro diagnózu SBP. Případy výskytu ascitu s pozitivní kultivací bez splnění kritéria počtu neutrofilů jsou označovány jako bakterascites. Ten může být jen přechodnou spontánně reverzibilní kolonizací ascitu, vyvinout se v SBP, nebo se může jednat o sekundární infekci z extraperitoneálního zdroje. Diagnostickým kritériem je počet neutrofilů nad  $250/\text{mm}^3$  (Dvořák a kol., 2022, s. 23).

## 2.4 Komplikace a kontraindikace při punkci ascitu

Komplikace při punkci ascitu nebývají příliš časté, ale mohou zahrnovat krvácení z místa vpichu, alergickou reakci, prosakování ascitické tekutiny, perforaci střeva a močového měchýře nebo vznik postparacentické cirkulační dysfunkce (PCD), ke které může dojít po vypuštění většího množství ascitické tekutiny. Následně se bývá výrazně aktivována plazmatická reninová aktivita, která není spontánně reverzibilní a je spojena s rychlou reakumulací ascitu a sníženým přežíváním. Této situaci lze předcházet aplikací albuminu, který výrazně snižuje možnost klinické i subklinické hypovolemie. Doporučovaná dávka albuminu je v minimální dávce 6-8 g na litr vypuštěného ascitu. Albumin není nutné podávat, pokud množství vypuštěné tekutiny nepřesáhne 4-5 litrů, podávají se syntetické plazmaexpandery. Alternativou podání albuminu může být terlipresin, a to v dávce 1 mg každé čtyři hodiny po dobu 48 hodin (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 209).

Alergické reakce se mohou objevit na lokální anestetikum nebo dezinfekci. Při krvácení z místa vpichu může vznikat krevní sraženina v okolí místa vpichu nebo může dojít ke krvácení v souvislosti s punkcí hlouběji uložené podkožní žíly nebo tepny, kdy může dojít ke krvácení do dutiny břišní. Řešením je podávání transfuzí, v některých případech se musí zavést drén do břišní dutiny nebo je nutný operační výkon (Informovaný souhlas, 2016). Obvykle krátkodobý charakter má komplikace, kde dochází k mírnému prosakování ascitické tekutiny a objevuje se bolestivost v místě vpichu. Prosakování je zastaveno stlačením místa vpichu a přiložením sterilního krytí s fixací ke stěně břišní (Informovaný souhlas punkce ascitu,... 2017).

K závažným komplikacím patří perforace střeva nebo močového měchýře. Riziko perforace močového měchýře je možné snížit jeho vyprázdněním před punkcí. Při zavedení jehly se vyhýbáme zjizveným místům na břicho, protože mohou být zde mohou být přítomny vnitřní adheze mezi střevem a pobřišnicí. Při poranění střeva s možnou perforací může vzniknout zánět pobřišnice. Při opakovaných punkcích stoupá riziko zavedení infekce do dutiny břišní, kterou řešíme podáváním antibiotik (Hofland a kol., 2020, s. 401). Relativní kontraindikace zahrnuje těhotenství, závažné distenze střeva, močového měchýře a předchozí rozsáhlé břišní nebo pánevní operace. Při relativních kontraindikacích se nedoporučuje paracentéza bez použití ultrazvuku. Mezi absolutní kontraindikace spadá klinicky evidentní fibrinolýza, diseminovaná intravaskulární koagulace a náhlá příhoda břišní vyžadující operační zákrok (Harvey a kol., 2022).

## 2.5 Medikamentózní a alternativní možnosti redukce ascitu

Ascites je možné redukovat kromě již zmíněné paracentézy také pomocí transjugulární intrahepatální portosystémové spojky (v textu TIPS). Jedná se o účinný přístup používaný k ovlivnění komplikací portální hypertenze. Metoda je indikována k redukci většinou refrakterního ascitu. Umístění TIPS snižuje sinusový a portální tlak, což pomáhá zmírnit zadržování tekutin v organismu a zvyšuje předpětí pravého srdce, čímž se zvyšuje srdeční výdej, a to v důsledku vede ke zlepšení natriurézy a vylučování tekutin. Kombinace těchto účinků působí také na redukci ascitu. Autor Burgos s kolektivem (2018, s. 166) uvádí, že TIPS poskytuje významně lepší kontrolu refrakterního ascitu ve srovnání s klasickou paracentézou. Metoda se nedoporučuje k ovlivnění ascitu u pacientů se závažným selháním jater, nekontrolovanou systémovou infekcí, nekontrolovanou encefalopatií nebo závažnými kardiopulmonálními chorobami, ke kterým patří městnavé srdeční selhání nebo těžká plicní hypertenze. Mobilizace ascitu bývá pomalá a nemocným jsou současně podávány diuretika a omezuje se přísun sodíku v dietě. Nevýhodou spojky je kromě vzniku encefalopatie i neprůchodnost zkratu. Pacienti jsou sledováni a pravidelně vyšetřováni pomocí sonografie a porucha funkce spojky bývá řešena perkutánní angioplastikou. Výhodou je minimální invazivnost výkonu. TIPS je indikována i v případech nutnosti častých punkcí ascitu a u nemocných, u kterých není punkce účinná. Případným chirurgickým zákrokem je distální splenorenální shunt, který propojuje portální oběh se systémovým, snižuje se tak tlak krve v portálním systému a lze ho použít při léčbě portální hypertenze (Hůlek a kol., 2018, s. 210).

K redukci ascitu je možné využít implantaci alfapumpy, která odvádí ascitickou tekutinu z peritoneální dutiny do močového měchýře, kde se tekutina odstraní mikcí. Pumpa zlepšuje kvalitu života i nutriční parametry hlavně u nemocných s refrakterním ascitem. Kontraindikací jsou pacienti s chronickým selháním ledvin (Rudler a kol., 2020, s. 132).

Ascites je možné ovlivnit také koncentrací a reinfuzí, nejčastěji se jedná o koncentrování suchou ultrafiltrací dialyzačním přístrojem. Výhodné je využít tento přístup k prevenci vzniku spontánní bakteriální peritonitidy u nemocných, kteří opakovaně podstupují punkci ascitu (Hůlek, Urbánek a kol., 2018, s. 210). Variantou je použití LeVeen shuntu, který odvádí ascites podkožním tunelem z dutiny břišní do vena jugularis interna. Variací také je denverský shunt opatřený pumpičkou, kterou si nemocný může zvýšit tlak v dutině břišní, a tím zajistit přesun ascitu do oběhu. Jsou zaznamenány však časně i časté komplikace, mezi které patří akutní bakteriální infekci a subklinická diseminovaná intravaskulární

koagulopatie, a proto indikací pro vytvoření uvedené spojky jsou většinou nemocní, kterým nemůže být zavedena TIPS, nelze u nich provádět opakované punkce a nejsou indikováni k transplantaci jater (Klener a kol., 2014, s. 671).

Možností je také transplantace jater, která je pro nemocné s ascitem život zachraňující. K zařazení pacienta na čekací listinu je nutné posouzení pokročilosti jaterní choroby a stanovení prognózy, posuzují se klinické příznaky, skórovací systémy a laboratorní výsledky. Mezi absolutní kontraindikace transplantace jater patří aktivní toxikomanie, aktivní alkoholismus, pokročilá kardiopulmonální choroba, rozvinutý AIDS, sepse, rozvinutá mimojaterní zhoubná onemocnění, nespolupráce nemocného a technické problémy transplantace jater. Za relativní kontraindikace lze považovat aktivní infekci a závažné komorbidity s omezenou prognózou přežití (Trunečka a kol., 2009, s. 658).

U pacientů s maligním tenzním ascitem, kteří mají bolesti, jsou dušní nebo zvrací je potřeba zvážit možnosti kauzální protinádorové léčby, především systémovou a intraperitoneální chemoterapii a imunoterapii. V případě, že byly tyto možnosti vyčerpány, využíváme komplexní léčbu symptomatickou pomocí diuretik, paracentézy nebo zavedení peritoneálního drénu. Je zaváděn tenký drén pro dětskou peritoneální dialýzu se dvěma dakronovými manžetami v analgosedaci kombinované s lokální anestézií pod ultrazvukovou kontrolou transabdominální sondou. Výhodou zavedení peritoneálního drénu je možnost opakovaného odpuštění tekutiny i v domácím prostředí. Mezi komplikace, které se mohou objevit, patří neprůchodnost drénu či prosakování ascitu v jeho okolí (Plch a kol., 2021, s. 127).

### 3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÉHO S ASCITEM NA INTERNÍM ODDĚLENÍ

*„Ošetrovatelská péče je poskytována pomocí ošetrovatelského procesu s přihlédnutím ke všem oblastem lidského bytí, tj. psychosociálním, spirituálním a fyziologickým potřebám. Hlavním cílem je vždy poskytování kvalitní péče vycházející z nejnovějších poznatků vědy“ (Plevová a kol., 2018, s. 239).*

#### 3.1 Péče o nemocného s ascitem na interním oddělení

Ascites ovlivňuje pacientův život a většinou ho přivádí do invalidního důchodu. Často bývají pacienti hospitalizováni na lůžkovém interním oddělení. Při dekompenzaci zdravotního stavu až rozvoji jaterního selhání mohou být umístěni na jednotce intenzivní péče. Od ošetrujícího personálu se vyžaduje trpělivost a empatický přístup, komunikace a naslouchání. Snahou zdravotníků je pacienta motivovat k zapojení do ošetrovatelského procesu a k léčbě (Pokorná a kol., 2013, s. 394). Při příjmu nemocného s ascitem je odebrána ošetrovatelská anamnéza, zhodnocen jeho stupeň soběstačnosti. U nemocných, kteří mají velký ascites, otoky a jsou dušní, je nutné zajistit pomoc při každodenních činnostech, nabádáme je k dodržování klidového režimu na lůžku se zvýšenou polohou dolních končetin (Češka a kol., 2020, s. 506).

Pravidelně jsou sledovány fyziologické funkce, frekvence vyprazdňování moče a stolice. U nemocných s pokročilou jaterní cirhózou (jaterní encefalopatie) se podávají laxativa (např.: Laktulóza), abychom vyvolali osmotický průjem, což vede ke snížení množství amoniaku, který je neurotoxický a je vytvářen střevními bakteriemi. Cílem je abychom u těchto nemocných dosáhli 2-3 měkkých stolic denně (Kleiner a kol., 2014, s. 667). Pokud u pacientů dochází ke krvácení jícnových varixů může se objevit ve stolici příměs krve. U jaterní cirhózy sledujeme také barvu stolice, která bývá nápadně světlá až acholická. Informace dokumentujeme. Při léčbě diuretiky pacient více močí, proto bývá zavedena bilance tekutin. Pokud je pacient alespoň částečně soběstačný močí do sběrné nádoby, u těch, kteří to nezvládnou je potřeba zavést permanentní močový katetr. Moč bývá tmavá z důvodu nahromadění bilirubinu při snížené schopnosti cirhotické jaterní tkáně, která nedokáže bilirubin zpracovat a vyloučit do žluče. Při prováděných punkcích sledujeme pravidelně hmotnost pacienta a obvod břicha (Šafránková a kol., 2006, s. 249).

Dopomoc a zajištění hygienické péče záleží na stupni soběstačnosti nemocného, na závažnosti a rozsahu ascitu a dalších symptomů. Sestra dohlíží na dodržování hygienických návyků, zejména u alkoholiků s jaterní cirhózou, kteří o sebe nechtějí příliš pečovat. Důležitý je dohled a zajištění péče o dutinu ústní. Při jaterních onemocněních dochází k atrofickým změnám na sliznici jazyka. Atrofují filiformní papily, nejprve na hrotu jazyka, později může být postižen celý jeho povrch. Probíhající změny na sliznici doprovází typický zápach z úst. Úkolem ošetrovatelského personálu je zajistit péči o kůži, všimnout si jakýkoliv změn a ihned na ně reagovat. Sledujeme a kontrolujeme barvu kůže (ikterické zbarvení u jaterní cirhózy) a výskyt kožních erozí, zvýšenou tvorbu puchýřů. Kůže je velmi suchá a snadno dochází ke vzniku exkoriací. Kvůli nedostatku bílkovin nutných ke srážení krve můžeme pozorovat na kůži projevy krvácení. Pacienti si také stěžují na svědění kůže z důvodu ukládání toxinů a produktu lidského metabolismu, bilirubinu, do kůže (Jarešová, 2014, s. 164). U nemocných po provedené punkci ascitu sledujeme místo vpichu, jeho okolí, vzhled krytí, eventuálně případnou alergii na náplast. Při kontinuálním prosakování ascitické tekutiny je vhodné využít sběrný drenážní sáček, abychom kůži udržovali v suchu. Další oblastí, která spadá do ošetrovatelské péče je prevence vzniku dekubitů. Sestra identifikuje včas pacienty v riziku vzniku dekubitů, specifikuje rizikové faktory, realizuje opatření k minimalizaci rizika porušení pokožky a podpoře neporušené pokožky vhodně zvolenými intervencemi. V případě vzniku dekubitu zvolí správnou léčbu na základě určení jeho stupně. Kontroluje riziková predilekční místa a zajišťuje pravidelné polohování. Technika polohování a pravidelné změny polohy pacienta patří mezi nejúčinnější preventivní opatření, doporučený interval je po 2 hodinách, ale pokud to stav nemocného vyžaduje, intervaly se zkracují. Lze využít i preventivní krycí materiály na predilekční místa u nemocných s vysokým rizikem vzniku dekubitů. U pacientů s močovou inkontinencí je nutná zvýšená péče o pokožku a preventivní opatření zamezující vznik opruzenin a iritační plenkové dermatitidy (Česko, 2020).

Jak už bylo zmíněno, pacienti s velkým ascitem trpí dušností. Sledujeme u nich pravidelně hodnoty saturace kyslík (SpO<sub>2</sub>) pomocí pulzního oxymetru a podle potřeby je indikována oxygenoterapie přes kyslíkovou masku nebo kyslíkové brýle. Kapacitu kyslíku ordinuje lékař, pozor si musíme dávat u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí (Bartůněk a kol., 2016, s. 83).

Při onemocnění jater se vyskytuje často únava, slabost, rychlá ztráta sil, malátnost, letargie a poruchy spánku. Úkolem zdravotníků je zajistit pro pacienty vhodné podmín-



ky pro odpočinek a dostatek spánku. Důležité je také sledovat psychické projevy, které jsou specifické při jaterní encefalopatii, patří mezi ně snížená pozornost, změny nálad, zmatenost, poruchy paměti, chování a vědomí (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 249).

Při ošetřování nemocných s ascitem setkáváme také s bolestí. Pacienty trápí většinou bolesti břicha a zad, především u velkého ascitu. Ošetřovatelský personál pomáhá nemocnému zaujmout úlevovou polohu a zajistí mu dostatek pohodlí a odpočinku. Zdravotnický personál monitoruje bolest. V každém zdravotnickém zařízení existují standardy pro hodnocení, léčbu a dokumentaci bolesti. Na konkrétním interním oddělení se využívá vizuální analogovou škálu (VAS) k jejímu hodnocení. Úkolem sestry je ji monitorovat, všimnout si neverbálních projevů, chování pacienta a jeho změn, podávat analgetika podle ordinace lékaře a následně po nástupu jejich účinku bolest zhodnotit. Pacientům s chronickými bolestmi jsou obvykle indikovány opiáty ve formě tablet, transdermálních náplastí nebo injekcí (Gregorová a Holečková, 2016, s. 48).

### 3.2 Invazivní vstupy

U nemocných s maligním tenzním ascitem se můžeme setkat se zavedeným peritoneálním drénem. Všeobecná sestra kontroluje pravidelně krytí drenáže, drén převazuje podle potřeby. Při obtékání drénu musí včas zareagovat, aby kůže nebyla macerována a zabránilo se vzniku infekce. Při obtékání drénu lze využít drenážní sáček, který se napojí na sběrný sáček a monitorujeme barvu tekutiny a její množství, které následně dokumentujeme do bilancí tekutin (Plevová a Zoubková, 2021, s. 286).

Pacientům podstupujícím punkci ascitu se následně aplikuje intravenózně Alburex, jehož účinnou složkou je albumin. Alburex se vyrábí v koncentraci 5% a 20%. Dávku ordinuje lékař podle množství vypuštěného ascitu. Nejčastěji se podává 7-8 gramů albuminu při punkci o objemu vyšším než 5 litrů (Češka kol., 2020, s. 506).

Sestra zajišťuje péči o invazivní žilní vstupy, které máme u pacientů s ascitem krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé. Mezi nejčastější krátkodobé žilní vstupy zaváděné u těchto nemocných patří periferní žilní kanyla (v textu PŽK). Velikost kanyly je zvolena podle stavu periferního žilního řečiště nemocného a aplikované infuzní terapie. Nejčastěji jsou zaváděny kanyly s velikostí 22G, 20G a 18G (Sedlářová a kol., 2017, s. 95). Místo vpichu i okolí je nutné pravidelně sledovat podle standardního ošetřovatelského postupu. K hodnocení zavedené PŽK se na konkrétním interním oddělení využívá skóre podle Madona (Vašáková, 2022).

U nemocných s nedostatečným periferním řečištěm a dlouhodobou terapií lékař zavádí centrální žilní katétry přes vena subclavia nebo vena jugularis interna, nejčastěji pomocí Seldingerovy metody. Místo vpichu okolí je hodnoceno pomocí CLISA skóre (Central Line Insertion Site Assessment) (Charvát a kol., 2016, s. 560).

Při péči o pacienty s ascitem jsou zaváděny také mini-midline nebo midline katétry a PICC katétry. Ošetrovatelská péče je u všech invazivních žilních vstupů klíčová v prevenci katéetrových infekcí (Daniš a kol., 2021, s. 174). Na uvedeném oddělení se postupuje při péči o katétry podle Ošetrovatelského standardu o zavedení a péči o PICC a midline katétry (Balogová, 2022). Podle něho je dodržován přísný aseptický přístup při manipulaci, technika „start-stop“ při proplachu, pravidelné kontroly a převazy místa invazivního vstupu.

### 3.3 Výživa a nutriční doporučení při onemocnění jater a ascitu

*„Játra jsou centrálním metabolickým orgánem, který má významnou syntetickou funkci. Vztah mezi játry a výživou je komplexní. Při jaterní dysfunkci dochází k zhoršování nutričního stavu a vzniku malnutrice, ta sama o sobě vede k jaternímu poškození“* (Zlatohlávek a kol., 2019, s. 282).

U nemocných s ascitem se zavádí režimová opatření. Při přítomných známkách retence tekutin, které se projevují otoky a ascitem, omezujeme přísun kuchyňské soli v potravě. Doporučená dávka je maximálně 2 g/den. Omezení tekutin se již nepřikládá velký význam, denní příjem by se měl pohybovat kolem 1500 ml, pokud není přítomna hyponatremie nižší než 120 mmol/l, kdy se zavádí restrikce tekutin na méně než 1 l/den (Hůlek a kol., 2018, s. 208).

U pokročilých jaterních onemocnění je narušena syntetická funkce jater a je přítomna těžká hypalbuminémie, která přispívá k malnutrici stejně jako venostatická enteropatie, malabsorbce a pankreatopie. Pacienti mají zvýšený bazální energetický výdej a jsou u nich navíc přítomny i poruchy metabolismu cukrů (inzulinová rezistence, snížení zásob jaterního glykogenu) a tuků (snížení syntézy lipoproteinů v játrech). K akutnímu zhoršení nutričního stavu vede dekompenzace cirhózy při infekcích nebo akutním krvácení do zažívacího traktu. Je nutné upravit životosprávu a doporučuje se dodržovat dlouhodobý až celoživotní dietní režim, u kterého je samozřejmostí absolutní abstinence alkoholu a příjem stravy bohaté na kvalitní bílkoviny v dávce 1,2-1,5 g/kg/den, v omezeném množství lehce stravitelné tuky a dostatek vitamínů, především skupiny B a C. Z běžných potravin jsou pro ně zcela

nevhodné uzeniny, suché polotovary a konzervy. Energetický příjem by se měl pohybovat okolo 25-35 kcal/kg/den (Zlatohlávek a kol., 2019, s. 282). Při nedostatečném příjmu plnohodnotných bílkovin lze nemocným podávat práškový přípravek s vysokým obsahem naštěpených proteinů (např.: Protifar). Podává se do běžných hotových jídel, jogurtů, kaší nebo nápojů. Dávkování určuje lékař. U nemocí jater způsobených alkoholem je malnutrice přítomna u 50-90 % případů. Podvýživa je u těchto pacientů prediktorem mortality a dochází u nich k výraznému snížení energetického příjmu multifaktoriální etiologie. Současně u nich ubývá tuková tkáň, protože ethanol inhibuje akumulaci lipidů a nastává deficit zinku, thiaminu, kyseliny listové, vitamínu B<sub>12</sub> a selenu. U 70 % takto postižených jedinců dochází také k úbytku svalové hmoty. Z nutričního hlediska jsou tyto pacienti velmi rizikovou skupinou, u které dominují kombinované nutriční deficity. V rámci nutriční intervence se doporučuje zkrátit intervaly mezi jídly. Sledovat, aby nebyl snížen příjem energie pod 21,5 kcal/kg/den, protože tyto hodnoty jsou spojeny s vyšší mortalitou. Perorální příjem a enterální výživa formou sippingu nebývají vždy nejefektivnější cestou na zlepšení nutričního stavu. Sipping je nutno u těchto případů redukovat ze stran objemu a pokud jsou přípravky používány, preferují se polymerní preparáty s kalorickou denzitou 1,5 kcal/ml a přípravky enterální výživy, které obsahují upravené aminokyseliny a specifický poměr cukrů a tuků (Kohout, 2021, s. 660). Pacientům s intolerancí bílkovin nebo ti, kteří nejsou schopni přijímat dostatečné množství energie v běžné stravě, je indikována enterální výživa, která obsahuje upravené aminokyseliny a specifický poměr cukrů a tuků, příkladem je Fresubin Hepa, který má vysoký podíl rozvětvených aminokyselin, vlákniny a redukovaný obsah aromatických aminokyselin. Dávkování určuje lékař nebo nutriční terapeut. Pacienti s jaterními chorobami a ascitem často vyžadují substituci draslíkem pro sekundární hyperaldosteronismus. V dekompenzovaném stádiu cirhózy nebo při rozvoji jaterní encefalopatie se podávají parenterálně infuzní roztoky aminokyselin VLI (valin, leucin, izoleucin) s větveným řetězcem (Dastych, 2012, s. 154).

## 4 EDUKACE PACIENTA PODSTUPUJÍCÍHO PUNKCI ASCITU NA INTERNÍM ODDĚLENÍ

Při hospitalizaci nemocného s ascitem na interním oddělení efektivní edukace pozitivně ovlivňuje kvalitu zapojení nemocného do ošetrovatelského procesu a kontinuity péče. Pomáhá přispět k dodržování léčebných doporučení, zvýšit odpovědnost a maximalizovat nezávislost při vykonávání každodenních činností a sebeobsluhy, přispívá ke snížení úzkosti a zlepšení kvality života nemocného (Bastable, 2019, s. 13).

### 4.1 Základní pojmy

Základní pojmy v oblasti edukace je potřeba znát proto, abychom byli schopni si osvojit edukační proces, jenž je definován jako činnost osob, při kterém dochází k záměrnému i nezáměrnému procesu učení a probíhá od prenatálního života až do smrti (Gurková, 2017, s. 206).

Do procesu edukace vstupují čtyři determinanty, kterými jsou edukanti, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí. Edukační proces se často srovnává s ošetrovatelským procesem, jeho cíle jsou však rozdílné. K dosažení cíle u ošetrovatelského procesu dochází při naplnění biopsychosociálních potřeb nemocného, u edukačního procesu nedochází k naplnění cíle, pokud nedojde ke změnám ve zručnosti, vědomostech a postojích nemocného (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 377).

Edukant je osoba, která je vzdělávána a vychovávána. V ošetrovatelství to bývá nejčastěji nemocný, ale může se jednat i o zcela zdravého jedince. Edukanta ovlivňuje řada faktorů, etnická příslušnost, sociální prostředí, sociálně-kulturní podmínky i víra (Dušová, 2019, s. 23)

Edukátor je osoba, která vede proces edukace, řídí vzdělávání a výchovu nemocných i zdravých osob, může to být lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, nutriční terapeut nebo fyzioterapeut. Od edukátora se očekává určité jednání a chování, měl by disponovat správnými předpoklady, především charakterovými, mezi které patří zodpovědnost, tolerance, trpělivost a důslednost (Juřeníková, 2010, s. 10).

Edukační konstrukty, modely, plány, předpisy, zákony, edukační materiály a standardy určují, normují a ovlivňují reálné procesy edukace a celkovou kvalitu edukačního procesu. Místo, kde edukace probíhá je označováno edukačním prostředím. Může být ovlivněno řadou různých faktorů, především fyzikálními, hlukem, osvětlením, teplotou, barvou

místnosti či samotnou velikostí konkrétního prostoru. Ovlivňují ho také osoby, které jsou přítomné a mohou být v rámci edukačního procesu nápomocné, ale jsou také schopné samotnou atmosféru edukace výrazně narušit (Dušová a kol., 2019, s. 18).

## 4.2 Edukace pacienta před punkcí ascitu

Edukace nemocného začíná už před přijetím do nemocnice, nejčastěji v ordinaci praktického nebo odborného lékaře, kdy je mu vysvětlen důvod hospitalizace. Po příchodu na interní oddělení lékař informuje a edukuje pacienta o následující péči, o vyšetřovacích metodách, léčbě a souběžně s ním podepisuje informované souhlasy s hospitalizací a vyšetřeními. Úkolem sestry je nemocného na indikovaná vyšetření připravit, poskytnout mu informace týkající se ošetrovatelské péče a zodpovědět jeho případné otázky. Před rozhodnutím provedení punkce si lékař zkontroluje hodnoty krevního rozboru, krevní obraz, koagulace a jaterní soubor (Národní zdravotnický informační portál, ... 2023).

Pacienti, kteří přichází k punkci ascitu opakovaně, jsou s důvodem přijetí obeznámeni. Instrukce o provedení paracentézy již znají, i přesto je úkolem lékaře a sester vše zopakovat, protože si nemusí předchozí informace pamatovat nebo mohou mít nové dotazy. Cílem edukace je nemocného připravit na nadcházející výkon, omezit úzkost, strach a zajistit pocit důvěry ve zdravotnický personál a bezproblémovou spolupráci v průběhu punkce. Pokud je pacient přiměřeně informován a vnímá podporu zdravotníků, je kompliantní, lépe zvládá jednotlivé terapeuticko-diagnostické výkony, léčbu a adekvátně kooperuje. Edukace má být cílená, je potřebné držet se tématu, volit srozumitelná slova, vynechávat odbornou terminologii. Přizpůsobit hlasitost a rychlost řeči edukantovi. Všimnout si také jeho nonverbálních projevů, které nám mohou vyjádřit obavy, psychické rozpoložení a nepochopení obsahu edukace (Bastable, 2019, s. 15).

Před samotnou punkcí lékař pacientovi jednoduše objasní důvod jejího provedení a průběh, odpoví na případné otázky. U osob s ascitem probíhá edukace individuální formou a je nejčastěji je využita metoda rozhovoru. Lze také využít tištěné edukační materiály nebo edukační video pro lepší představivost nemocného (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 523). Na konkrétním interním oddělení edukace pacienta před punkcí ascitu probíhá na vyšetřovně, kde je zajištěno soukromí a nejsou zde přítomní ostatní pacienti. Před punkcí jsou nemocní nabádáni k restrikci tekutin a před samotným výkonem se musí vymočit, protože přerušování punkce je obtížné a může dojít k dislokaci punkční jehly. Současně potřebujeme vyprázdněný močový měchýř z důvodu jeho možné perforace při punkci. Samotná punkce může trvat i několik hodin a je velmi problematické se přesouvat

se zavedenou punkční kanylou na toaletu. U osob se zavedeným permanentním močovým katetrem tento problém neřešíme (Navrátil a kol., 2017, s. 1038).

Sestra před punkcí připraví sterilní stůl a sběrné nádoby na ascitickou tekutinu. Následně změří krevní tlak, pulz, obvod břicha, hmotnost pacienta a uloží ho do fowlerovy polohy. U mužů nezapomínáme na případné ochlupení, které odstraníme pomocí clipperu (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 249). Na konkrétním interním oddělení probíhá punkce ascitu na vyšetřovně, na vyšetřovacím lehátku. Ošetřovaní jedinci si občas stěžují na bolesti zad a páteře, snažíme se proto do bederní oblasti vkládat perličkové polštáře, ale někdy jsou bolesti tak silné, že je to i důvod k předčasnému ukončení výkonu. U částečně imobilních či ležících punkci provádíme na nemocničním lůžku, které převezeme na vyšetřovnu. Pozornost věnujeme i oblečení, které má klient na sobě. Doporučujeme ústavní pyžamo, kabátek a kalhoty. Pokud však ošetřovaná osoba trvá na vlastním oděvu, poučíme ji, aby volila volnější oděv, který nebude zasahovat do místa vpichu a o nutnosti oblečených kalhot, které jsou překryty jednorázovou podložkou.

### **4.3 Edukace nemocného v průběhu a po punkci ascitu**

Pacient je edukován o režimovém opatření týkajícím se omezení pohybu, restrikci hlubokých nádechů a výdechů během punkce a o zákazu manipulovat s punkční jehlou. Je potřeba nemocnému vysvětlit, že po celou dobu výkonu musíme dodržovat sterilní prostředí, proto je důležité, aby si své ruce nepřikládal na břicho k místu vpichu (Informovaný souhlas punkce ascitu,... 2017).

Pacientovi sdělíme, aby nás během výkonu ihned informoval o změnách jeho zdravotního stavu, náhlé bolesti, dušnosti, točení hlavy, nevolnosti nebo náhle vzniklých pocitech na zvracení. Lékař zahájí přípravu na punkci a vysvětluje nemocnému jeho následný postup. Upozorní na bolest při vpichu jehly do dutiny břišní. Každý jedinec vnímá bolest při vpichu odlišně, většina nemocných udává na vizuální analogové škále (VAS) stupeň 3-5 (Hloch, 2013).

Lékař by měl informovat pacienta, že je možné punkci provést v lokálním znecitlivění. Přestože se pacient před punkcí vymočil a má nucení na močení poskytneme mu močovou láhev nebo podložní mísu. Vyzveme ho k maximální opatrnosti, fixujeme punkční jehlu a současně zajišťujeme jeho intimitu. Po celou dobu punkce sestra kontroluje množství a barvu ascitické tekutiny, mění sběrné nádoby, zapisuje množství vypuštěného objemu.

Při výrazném zpomalení, zastavení průtoku tekutiny nebo objevení se příměsi krve ihned informuje lékaře (Pokorná a Komínková, 2014, s.150).

Když lékař odstraní punkční jehlu a ukončí paracentézu, ponecháme pacienta ještě 10 minut na vyšetřovacím lehátku v klidu sedět a změříme fyziologické funkce, krevní tlak, pulz, obvod břicha a hmotnost. Vše následně zaznamenáme do dokumentace. Nemocní mívají po punkci nižší krevní tlak, mají doporučen klidový režim. Zajistíme k dosahu signalizační zařízení (Drábková, 2022).

První dvě hodiny by měli ležet na tom boku, kde byla provedena punkce. Mohou pociťovat slabost a únavu, bez doprovodu nesmí chodit na toaletu ani opouštět interní oddělení. Je jim doporučen odpočinek. Po vypuštění více jak 5 litrů ascitické tekutiny podáváme intravenózně infuzi albuminu. Poučíme ho o hlášení jakýchkoliv nežádoucích změn v místě zavedení periferní žilní kanyly, bolest, otok nebo zarudnutí (Pokorná a Komínková, 2014, s. 152).

Místo vpichu je po punkci zakryto sterilním krytím a mělo by zůstat suché. Pokud by ascitická tekutina prosakovala i přes krytí, poučíme pacienta, aby nás ihned upozornil, místo je následně převázáno. Při kontinuálním prosakování ascitické tekutiny jsou využívány drenážní sáčky nalepené v okolí vpichu. Soběstačné pacienty můžeme edukovat o manipulaci a vypouštění sáčků. Množství ascitické tekutiny zaznamenáváme (Plevová a Zoubková, 2021, s. 286).

Pokud byli jedinci hospitalizováni z důvodu odlehčovací punkce, jsou z konkrétního interního oddělení většinou propuštěni do domácího prostředí následující den. Při komplikacích se délka pobytu v nemocnici prodlužuje podle aktuálního zdravotního stavu.

Po propuštění do domácího prostředí jsou pacienti edukováni o omezení soli ve stravě a podle základní diagnózy o dalších dietních a režimových opatřeních. Zdůrazňuje se šetřící režim s dostatečným odpočinkem a užívání léčiv, která ovlivňují vylučování tekutiny z organismu (Informovaný souhlas punkce ascitu,... 2019).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 5 METODOLOGIE VÝZKUMU

### 5.1 Cíle práce a výzkumné otázky

#### Cíle:

Cíl č. 1: Zjistit, jak vnímali pacienti po punkci ascitu proběhlou edukaci.

Cíl č. 2: Zjistit, jaké zdroje opory měli pacienti před punkcí ascitu

Cíl č. 3: Zjistit, jak pacienti prožívali punkci ascitu.

#### Výzkumné otázky:

1. Jak u vybraných hospitalizovaných pacientů na konkrétním interním oddělení probíhala edukace k punkci ascitu?

Zaměřili jsme se na sdělené informace o punkci ascitu, na jejich srozumitelnost, na formu a místo proběhlé edukace a na čas, po který se jim zdravotnický personál věnoval.

2. Jak ovlivnila u vybraných pacientů s ascitem hospitalizovaných na konkrétním interním oddělení proběhlá edukace k punkci?

Soustředili jsme na přínos a vliv proběhlé edukace na punkci u pacientů s ascitem. Na možnost pacientů klást zdravotnickému personálu otázky, které je zajímali k punkci.

3. Z jakých zdrojů čerpali informace k punkci ascitu vybraní pacienti hospitalizovaní na konkrétním interním oddělení?

Soustředili jsme na otázky, kdo byl edukátorem nemocných o postupu při punkci, jaké další informační zdroje pacienti využívali a jaká byla jejich dostupnost.

4. Jaké prožitky doprovázely punkci ascitu u vybraných pacientů na konkrétním interním oddělení?

Zaměřili jsme na prožitky, které výkon doprovázely a na diskomfort u punkce. Dotazovali jsme na bolest při výkonu, na možnost lokální anestezie i na volbu ambulantního výkonu.

**Praktický výstup:** Vytvořit edukační materiál v podobě tištěné brožury pro nemocné podstupující punkci ascitu.

## 5.2 Metoda a technika výzkumu

Pro praktickou část práce byl zvolen kvalitativní výzkum, který je definován jako proces hledání porozumění a zjišťuje sociální a lidské problémy. Výzkumník analyzuje rozhovory, texty, instruuje o názorech účastníků výzkumu a realizuje zkoumání v běžných podmínkách (Hendl, 2016, s. 50). Pro získání informací byla zvolena technika polostrukturovaného nestandardizovaného rozhovoru, kdy tazatel pokládá osobně otázky dotazovanému, tak aby obdržel informace, které potřebuje. Zásadní roli při dotazování hrají kvalitně a srozumitelně formulované otázky, které umožňují participantovi schopnost volně mluvit o tématu, reflektovat svůj postoj k němu a rozvíjet své myšlenky (Jandourek, 2013, s. 212).

Údaje sociodemografického charakteru a informace o zdravotním stavu byly zjišťovány ze zdravotnické dokumentace. Rozhovor se odehrával za fyzické účasti obou stran. Před každým interview proběhla neformální konverzace, během které se participant a výzkumnice seznámili. Bylo pohovořeno o cíli a významu výzkumu. Všichni participanti souhlasili s pořízením audiozáznamu rozhovoru pro účely bakalářské práce. Podepsané souhlasy jsou k dispozici u autorky práce.

Pro naplnění cílů a výzkumných otázek byla s vedoucí práce sestavena sada otázek, jejichž schéma je uvedeno v (PŘÍLOZE P III). Otázky byly tvořeny na základě prostudované literatury, stanovených výzkumných otázek a cílů a zkušeností z praxe autorky práce. Pořadí použitých otázek nebylo bráno jako závazné a v průběhu individuálních rozhovorů se upravovalo kontextu a okolnostem. Některé otázky byly upraveny, protože participanti nerozuměli jejich obsahu. Významem dotazů pokládaných při rozhovoru bylo otevřít prostor pro témata, o kterých se domníváme, že mohou přispět k hloubkovému poznání zkoumaného jevu.

## 5.3 Charakteristika participantů

Výběr participantů byl cílený. Soubor tvořili dospělí pacienti bez rozdílu věku a pohlaví, kteří podstoupili první punkci ascitu na konkrétním interním oddělení. Byli ochotni spolupracovat při rozhovoru a souhlasili s pořízením audiozáznamu rozhovoru.

Rozhovory probíhaly na pokoji nebo na vyšetřovně interního oddělení, nebyly nikým rušené, bylo zajištěno soukromí. Celkově bylo realizováno deset rozhovorů, kterých se účastnilo sedm mužů a tři ženy. Pro identifikaci bylo využito označení participantů P1 až P10.

Základní charakteristika jednotlivých participantů, se kterými byly vedeny rozhovory, je uvedena v Tabulce 1.

Tabulka 1 Charakteristika participantů

| Participant    | Označení | Pohlaví | Věk    | Lékařská diagnóza  | Konzumace alkoholu                    |
|----------------|----------|---------|--------|--|---------------------------------------|
| Participant 1  | P1       | Žena    | 54 let | Cirhosis hepatis<br>ethylická etiologie                        | Abstinence od<br>června 2022          |
| Participant 2  | P2       | Žena    | 65 let | Cirhosis hepatis<br>ethylická etiologie                        | Abstinence od<br>května 2020          |
| Participant 3  | P3       | Muž     | 53 let | Cirhosis hepatis<br>ethylická etiologie                        | Abstinence od<br>prosince 2020        |
| Participant 4  | P4       | Muž     | 60 let | Primomanifestace<br>cirhosis hepatis<br>ethylická etiologie    | Abstinence<br>1 měsíc                 |
| Participant 5  | P5       | Muž     | 60 let | Konstriktivní<br>perikarditida,<br>cholestáza                  | Abstinence více<br>než 20 let         |
| Participant 6  | P6       | Muž     | 68 let | Levostranná portální<br>hypertenze, chronická<br>pankreatitida | Celoživotní<br>abstinence<br>alkoholu |
| Participant 7  | P7       | Muž     | 45 let | Cirhosis hepatis<br>ethylická etiologie                        | Abstinence od<br>roku 2018            |
| Participant 8  | P8       | Žena    | 67 let | Cirhosis hepatis,<br>chronický fluidothorax                    | Abstinence více<br>než 30 let         |
| Participant 9  | P9       | Muž     | 60 let | Cirhosis hepatis<br>ethylická etiologie                        | Abstinence od<br>roku 2022            |
| Participant 10 | P10      | Muž     | 57 let | Cirhosis hepatis<br>ethylická etiologie                        | Abstinence 2<br>měsíce                |

(Zdroj: Autorka práce, 2023)

#### 5.4 Organizace výzkumu a metody zpracování dat

V lednu roku 2023 bylo získáno souhlasné stanovisko k realizaci výzkumu od náměstkyně ošetrovatelské péče v nemocnici krajského typu, které je k dispozici u autorky práce. Záznamy z rozhovorů jsou k dispozici v digitální podobě také u autorky práce a pro příklad je v (PŘÍLOZE P IV) uveden jeden z rozhovorů. Z důvodu zachování anonymity participantů nejsou v rozhovorech uvedena jejich jména nebo jiné identifikační údaje.

Výzkum probíhal od ledna až do konce března roku 2023. V dubnu 2023 byly získané informace analyzovány a následně byl připraven edukační materiál pro pacienty s ascitem podstupující paracentézu. Průměrná délka jednotlivých rozhovorů byla 10 minut, nejdelší rozhovor trval u P10, a to 22 minut, nejkratší proběhl u P3 a P4 za 7 minut. Rozhovor u participanta P1 proběhl za 11 minut, u P2 za 9 minut, u P5 a P6 za 8 minut, u P7 za 20 minut, u P8 za 13 minut, u P9 za 16 minut.

Fixace informací byla provedena pořízením audiozáznamu z každého interview a jeho následnou doslovnou transkripcí. Audiozáznam zachycuje opravdový mluvený projev participantů, který je nezaujatý a vše je na něm prokazováno přesně tak, jak se událo.

V první fázi třídění byly informace rozděleny podle určených kritérií ve shodě se stanovenými výzkumnými otázkami. V druhé fázi proběhlo kódování informací a tvorba individuálních tematických celků, ke kterým byla přiřazena klíčová slova jako pracovní názvy. *„Kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Porovnáváním jsou zjištěny podrobnosti a rozdílly“* (Kutnohorská, 2009, s. 68). Kódování bylo realizováno tak, že rozhovory byly nejdříve přepsány a vytištěny. Následně byly barevně vyznačeny jednotlivé zkoumané oblasti, které měly vzájemnou spojitost a propojení. Operacionalizace je převod výzkumného problému do empiricky širitelné podoby (Buriánek, 2017). Informace jsme následně třídili a interpretovali. Ke každé otázce v rozhovoru byl vložen komentář. Pro tvorbu tabulek byl využit Microsoft Word 2010.

## 6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

### 6.1 Charakteristika participantů

Před každým rozhovorem s participantem byly získány stručné informace ze zdravotnické dokumentace o jeho věku a diagnóze. Zjišťovali jsme také informace o hodnotách fyziologických funkcí, hmotnosti, množství, barvě vypuštěné tekutiny pacientů při punkci ascitu a o aplikaci albuminu po výkonu. Uvedené informace jsou popsány v Tabulce 2.

Tabulka 2 Informace ze zdravotnické dokumentace

| Označení | Informace ze zdravotnické dokumentace  |
|----------|--|
| P1       | <p>Věk: 54 let</p> <p>Pohlaví: žena</p> <p>Základní diagnóza: ascites</p> <p>TK před punkcí: 108/70 mmHg</p> <p>TK po punkci: 88/55 mmHg</p> <p>Hmotnost před punkcí: 117 kg</p> <p>Hmotnost po punkci: 106,9 kg</p> <p>UZ kontrola před vpichem: ne</p> <p>Místo punkce: vyšetřovna</p> <p>Množství a barva vypuštěné ascitické tekutiny při punkci: 11 100 ml, jasně žlutá barva</p> <p>Aplikace infuze albuminu po punkci: Alburex 60 g</p> |
| P2       | <p>Věk: 65 let</p> <p>Pohlaví: žena</p> <p>Základní diagnóza: ascites</p> <p>TK před punkcí: 125/80 mmHg</p> <p>TK po punkci: 105/65 mmHg</p> <p>Hmotnost před punkcí: 59,5 kg</p> <p>Hmotnost po punkci: 50,5 kg</p> <p>UZ kontrola před vpichem: ano</p> <p>Místo punkce: vyšetřovna</p> <p>Množství a barva vypuštěné ascitické tekutiny při punkci: 6 100 ml, nažloutlá barva</p> <p>Aplikace infuze albuminu po punkci: Alburex 20 g</p>  |
| P3       | <p>Věk: 53 let</p> <p>Pohlaví: Muž</p> <p>Základní diagnóza: ascites</p> <p>TK před punkcí: 115/96 mmHg</p> <p>TK po punkci: 110/85 mmHg</p> <p>Hmotnost před punkcí: 112 kg</p> <p>Hmotnost po punkci: 107 kg</p> <p>UZ kontrola před vpichem: ano</p> <p>Místo punkce: vyšetřovna</p>  |

|    |  |
|----|--|
|    | Množství a barva vypuštěné ascitické tekutiny při punkci: 5000 ml, nažloutlá barva<br>Aplikace infuze albuminu po punkci: Alburex 20 g   |
| P4 | Věk: 60 let<br>Pohlaví: muž<br>Základní diagnóza: ascites<br>TK před punkcí: 115/75 mmHg<br>TK po punkci: 105/68 mmHg<br>Hmotnost před punkcí: 98 kg<br>Hmotnost po punkci: 88,5 kg<br>UZ kontrola před vpichem: ano<br>Místo punkce: vyšetřovna<br>Množství a barva vypuštěné ascitické tekutiny při punkci: 10 000 ml, jasně žlutá barva<br>Aplikace infuze albuminu po punkci: Alburex 40 g                   |
| P5 | Věk: 60 let<br>Pohlaví: muž<br>Základní diagnóza: ascites<br>TK před punkcí: 135/90 mmHg<br>TK po punkci: 100/60 mmHg<br>Hmotnost před punkcí: 88,9 kg<br>Hmotnost po punkci: 84 kg<br>UZ kontrola před vpichem: ano<br>Místo punkce: vyšetřovna<br>Množství a barva vypuštěné ascitické tekutiny při punkci: 5 000 ml, nažloutlá barva<br>Aplikace infuze albuminu po punkci: Alburex 20 g                      |
| P6 | Věk: 68 let<br>Pohlaví: muž<br>Základní diagnóza: chronická pankreatitida<br>TK před punkcí: 128/74 mmHg<br>TK po punkci: 105/62 mmHg<br>Hmotnost před punkcí: 105,7 kg<br>Hmotnost po punkci: 99,6 kg<br>UZ kontrola před vpichem: ano<br>Místo punkce: vyšetřovna<br>Množství a barva vypuštěné ascitické tekutiny při punkci: 5 400 ml, jasně žlutá barva<br>Aplikace infuze albuminu po punkci: Alburex 20 g |
| P7 | Věk: 45 let<br>Pohlaví: muž<br>Základní diagnóza: ascites<br>TK před punkcí: 107/75 mmHg<br>TK po punkci: 100/68 mmHg<br>Hmotnost před punkcí: 76 kg<br>Hmotnost po punkci: 67,5 kg  |

|     |   |
|-----|---|
|     | <p>UZ kontrola před vpichem: ne</p> <p>Místo punkce: vyšetřovna</p> <p>Množství a barva vypuštěné ascitické tekutiny při punkci: 10 900 ml, zkalená barva</p> <p>Aplikace infuze albuminu po punkci: Alburex 40 g</p>   |
| P8  | <p>Věk: 67 let</p> <p>Pohlaví: žena</p> <p>Základní diagnóza: ascites</p> <p>TK před punkcí: 150/82 mmHg</p> <p>TK po punkci: 113/62 mmHg</p> <p>Hmotnost před punkcí: 98,4 kg</p> <p>Hmotnost po punkci: 94,8 kg</p> <p>UZ kontrola před vpichem: ano</p> <p>Místo punkce: vyšetřovna</p> <p>Množství a barva vypuštěné ascitické tekutiny při punkci: 3 600 ml, nažloutlá barva</p> <p>Aplikace infuze albuminu po punkci: neaplikováno</p>           |
| P9  | <p>Věk: 60 let</p> <p>Pohlaví: muž</p> <p>Základní diagnóza: ascites</p> <p>TK před punkcí: 86/60 mmHg</p> <p>TK po punkci: 80/55 mmHg</p> <p>Hmotnost před punkcí: 99,5 kg</p> <p>Hmotnost po punkci: 95,6kg</p> <p>UZ kontrola před vpichem: ano</p> <p>Místo punkce: vyšetřovna</p> <p>Množství a barva vypuštěné ascitické tekutiny při punkci: 3 200 ml, nažloutlá barva</p> <p>Aplikace infuze albuminu po punkci: neaplikováno</p>               |
| P10 | <p>Věk: 57 let</p> <p>Pohlaví: muž</p> <p>Základní diagnóza: funkční dyspepsie</p> <p>TK před punkcí: 148/86 mmHg</p> <p>TK po punkci: 125/74 mmHg</p> <p>Hmotnost před punkcí: 104 kg</p> <p>Hmotnost po punkci: 97,4 kg</p> <p>UZ kontrola před vpichem: ano</p> <p>Místo punkce: vyšetřovna</p> <p>Množství a barva vypuštěné ascitické tekutiny při punkci: 7 300 ml, jasně žlutá barva</p> <p>Aplikace infuze albuminu po punkci: Alburex 40 g</p> |

(Zdroj: Autorka práce, 2023)

## 6.2 Interpretace získaných informací z rozhovorů

### 6.2.1 Cíl č. 1

Zjistit, jak vnímali pacienti po punkci ascitu proběhlou edukaci.

**Výzkumná otázka 1:** Jak u vybraných hospitalizovaných pacientů na konkrétním interním oddělení probíhala edukace k punkci ascitu?

Informace byly sdělovány pacientům lékařem a všeobecnými i praktickými sestrami na konkrétním interním oddělení. Všichni participanti podstoupili punkci ascitu za hospitalizace. Sdělené informace před samotnou punkcí se týkaly účelu provedení výkonu, místa vpichu, polohy, místa, kde bude punkce probíhat, možných komplikací při punkci a režimových opatření po výkonu. Před samotným výkonem všichni pacienti podepsali informovaný souhlas a souhlasili s provedením punkce. Po ukončení punkce byli participanti i nadále hospitalizováni na konkrétním interním oddělení.

#### Byly pro Vás poskytnuté informace srozumitelné?

P1: „...*chvilku mi to trvalo, protože to bylo pro mě všechno nové, ale myslím si, že jsem to docela rychle pochopila...*“

P2: „...*ano, hezky mi to tady vysvětlili...*“

P3: „...*vcelku jsem to pochopil...*“

P4: „...*já jsem docela chápavý člověk, takže jsem neměl problém, ano všemu jsem rozuměl...*“

P5: „...*tak ono na tom není nic nesrozumitelného, že mi vypustí vodu, vcelku jsem rozuměl...*“

P6: „...*ano, všemu jsem rozuměl, když mi to doktor vysvětloval...*“

P7: „...*byly i nebyly, to bylo prostě takové nové, já nevím ale tu podstatu jsem pochopil...*“

P8: „...*ano, paní doktorka mi to vysvětlila tak, že jsem všemu docela rozuměla, něco bylo pro mě nové, takže to chvilku trvalo, ale to je jasné...*“

P9: „...*jako jo, ale proč se mi tam ta voda tvoří, to já nevím...*“

P10: „...*tak byly srozumitelné...*“



**Komentář:**

Pro 60 % participantů byly poskytnuté informace srozumitelné, 30 % participantů uvedlo, že většina informací byla srozumitelná a jeden participant uvedl, že informacím spíše nerozuměl.

**Jakým způsobem byly informace k punkci sděleny?**

P1: „...pan doktor mi to vysvětlil během rozhovoru...“

P2: „...paní doktorka si mě zavolala na vyšetřovnu a tam mi to vysvětlila během našeho rozhovoru...“

P3: „...vše probíhalo jako rozhovor...“

P4: „...bylo mi to podáno jako výklad...“

P5: „...no podepsal jsem vlastně souhlas a víceméně mi ti informace řekli během toho a potom ještě při tom zákroku...“

P6: „...byl to výklad ze strany lékaře...“

P7: „...bylo to formou rozhovoru, oni mi řekli, že se mi uleví a o to mi šlo...“

P8: „...normálně mi doktorka řekla, co se bude dít a že se ta voda z břicha musí odčerpát...“

P9: „...probíhalo to ústně jako rozhovor...“

P10: „...informace jsem se dozvěděl při rozhovoru s lékařkou...“

**Komentář:**

Všechny informace byly sděleny formou rozhovoru, 80 % participantů uvedlo, že se jednalo o dialog mezi lékařem a pacientem a 20 % odpovědělo, že šlo o monolog ze strany lékaře.

**Kolik času Vám zdravotnický personál věnoval při sdělování informací k punkci?**

P1: „...trvalo to až 20 až 30 minut...“

P2: „...určitě čtvrt hodiny jsme si povídali...“

P3: „...asi 10 minut, já jsem chápavý a víc času nepotřebuji...“

P4: „...10 minut...“

P5: „...10 minut až čtvrt hodiny...“

P6: „...to je těžko říct, vysvětlovali mi to při vizitě, mohlo to trvat asi 20 až 30 minut...“

P7: „...trvalo to asi tak 20 minut...“

P8: „...nebylo to zas tak na dlouho, asi čtvrt hodiny...“

P9: „...myslím si, že tak 20 minut, možná půl hodiny...“

P10: „...asi 10 minut...“

#### **Komentář:**

Lékař věnoval edukaci k punkci ascitu 10 až 15 minut u 60 % participantů, u 40 % edukace trvala 20 až 30 minut.

#### **Kde proběhlo sdělení informací o punkci ascitu, bylo pro Vás místo přijatelné?**

P1: „...na pokoji i na vyšetřovně, ano místo mi vyhovovalo...“

P2: „...na vyšetřovně, je mi to zcela jedno, kde mi to vysvětlují...“

P3: „...na pokoji, ano místo mi vyhovuje...“

P4: „...na vyšetřovně, místo bylo pro mě přijatelné...“

P5: „...na pokoji i na vyšetřovně, a tak mi to i vyhovuje...“

P6: „...víceméně na pokoji, místo mi nevadí...“

P7: „...na vyšetřovně, vcelku mi to vyhovuje...“

P8: „...na vyšetřovně, tam je to dobré, to mi vyhovuje...“

P9: „...na vyšetřovně i na pokoji při vizitě, místo mi vyhovuje tady na pokoji...“

P10: „...něco proběhlo tady na pokoji a pak i na vyšetřovně během té punkce, místo mi vyhovovalo...“

#### **Komentář:**

Všichni participanté uvedli místo edukace za akceptovatelné. U 40 % participantů proběhla edukace jak na nemocničním pokoji, tak na vyšetřovně konkrétního interního oddělení, 20 % participantů uvedlo jako místo edukace nemocniční pokoj a u 40 % participantů proběhla edukace na vyšetřovně.

**Podpisoval jste informovaný souhlas s punkci ascitu? Jednalo se pouze o formalitu nebo byl souhlas spojen se sdělením informací k punkci? A kdo s Vámi souhlas podepisoval?**

P1: „...ano podepisovala jsem ho po edukaci lékařem, kdy pak zamnou přišla sestřička s tím papírem...“

P2: „...ano podepisovala, zhruba mi u toho něco řekli, co bude následovat a tak, podepisoval ho semnou lékař...“

P3: „...ano podepisoval, byla to jen formalita a podepisovala ho semnou sestra...“

P4: „...ano, podepisovala ho semnou sestra, která mi k tomu i něco říkala...“

P5: „...jo, podepisoval, byly mi k tomu sděleny i nějaké informace a podepisovala ho semnou sestra...“

P6: „...ano, podepisoval, podepisoval ho semnou lékař, a i mi k tomu řekl nějaké informace...“

P7: „...ano, podepisoval, byla to spíš formalita, přečetl jsem si to a podepisovala ho semnou sestra...“

P8: „...ano, podepisovala jsem ho, první mi řekli, co se bude dít a pak jsem to podepsala se sestřičkou...“

P9: „...ano podepisoval jsem ho s paní doktorkou, když mi u toho vysvětlovala tu punkci...“

P10: „...ano, něco jsem podepisoval, myslím, že to bylo ono a byla to jen formalita, přinesla mi to sestřička...“

### **Komentář:**

Všichni pacienti podepsali informovaný souhlas s punkcí ascitu, 40 % participantů uvedlo, že souhlas s nimi podepisovala sestra a jednalo se o formalitu; 30 % participantů uvedlo, že s nimi souhlas podepisovala sestra a současně jim poskytla informace k punkci a 30 % sdělilo, že souhlas s nimi podepisoval lékař, který jim zároveň poskytnul informace.

### **Kódování:**

srozumitelnost poskytnutých informací, způsob provedení edukace, věnovaný čas v rámci edukace, podpis informovaného souhlasu

### **Kategorie:**

průběh edukace na konkrétním interním oddělení

**Shrnutí:** Všem participantům podal informace k punkci lékař ústně, 80 % participantů uvedlo, že jim lékař poskytl prostor pro pokládání otázek, projevení názoru a vnímali z jeho strany pochopení jejich obav, 20 % participantů vnímali edukaci pouze jako souvislé sdělení lékaře. Pro 90 % dotazovaných byly poskytnuté informace k výkonu srozumitelné. Všichni participanté podepisovali informovaný souhlas s punkcí ascitu, který u 70 % dávala podepsat sestra. Nejčastěji probíhala edukace k punkci na vyšetřovně a na pokojích konkrétního interního oddělení a žádný z participantů neměl k místu edukace výhrady. Lékař interního oddělení věnoval v rámci edukace nemocných k punkci ascitu 10-30 minut.

**Výzkumná otázka č. 2:** Jak ovlivnila u vybraných pacientů s ascitem hospitalizovaných na konkrétním interním oddělení proběhlá edukace k punkci?

**Měl/a jste možnost klást otázky zdravotnickému personálu k punkci ascitu?**

P1: „...ano, dali mi prostor...“

P2: „...měla jsem tu možnost, ale nepotřebovala jsem se doptávat...“

P3: „...jo měl, ale nebylo to potřeba...“

P4: „...ano, měl...“

P5: „...jo měl, to já jsem se ptal, když jsem potřeboval...“

P6: „...možnost jsem měl, ale nepotřeboval jsem se doptávat...“

P7: „...jo měl, ptal jsem se jako co to obnáší a jaké budou následky...“

P8: „...měla, mohla jsem se optat jako co jsem potřebovala...“

P9: „...tak já jsem se zas tak nevyptával, abych řekl pravdu, ale prostor jsem měl...“

P10: „...ano měl...“

**Komentář:**

Všichni participanté uvedli, že měli prostor a možnost klást otázky zdravotnickému personálu, ale všichni tuto možnost nevyužili, protože všem sdělením rozuměli a neměli potřebu dalších údajů.

**Byl Vám sdělen důvod provedení punkce?**

P1: „...ano, kvůli odebrání té tekutiny a aby se mi ulevilo...“

P2: „...ano, řekli mi, že se ta voda musí odpustit...“

P3: „...ano byl...“

P4: „...ano, všechno mi řekli...“

P5: „...ano, protože srdce nestihá a ta voda se mi tam hromadí...“

P6: „...ano, bylo mi to sděleno...“

P7: „...ano byl...“

P8: „...ano, všechno mi bylo sděleno a vysvětleno, vodu musí odčerpat, aby se mi ulevilo...“

P9: „...ano, řekli mi, že jsem plný tekutin a bez té punkce by to nešlo...“

P10: „...určitě, to břicho se muselo odlehčit, aby tam byl větší prostor na dýchání a aby to netlačilo na ty ostatní orgány...“

#### **Komentář:**

Všichni participanti uvedli, že důvod punkce ascitu jim byl sdělen.

#### **Byly pro Vás sdělené informace k punkci přínosné?**

P1: „...ano, dozvěděla jsem se spoustu informací...“

P2: „...tak určitě...“

P3: „...jo, aspoň jsem se dozvěděl, co semnou bude...“

P4: „...ano byla...“

P5: „...jo, pochopil jsem o co jde...“

P6: „...no v každém případě jo, předtím jsem nevěděl o co se bude jednat...“

P7: „...byly i nebyly...“

P8: „...no tak ano byly...“

P9: „...tak jo jako, dozvěděl jsem se o co se bude jednat...“

P10: „...určitě, byla pro mě edukace přínosná...“

#### **Komentář:**

Informace poskytnuté k punkci vnímalo za přínosné 90 % participantů, jeden participant odpověděl, že část informací pro něho přínosné byly a část informací nebyly přínosné, přínos vnímal z 50 %.

**Jak poskytnuté informace z Vašeho pohledu ovlivnily prožívání punkce ascitu?**

P1: „...*pozitivně, byla jsem připravená i na mírnou bolest při vpichu...*“

P2: „...*alespoň jsem věděla do čeho jdu, ale člověk se bojí vždycky...*“

P3: „...*myslím si, že mě to nijak neovlivnilo, já jsem strach neměl, bylo mi to jedno...*“

P4: „...*nijak mě to neovlivnilo...*“

P5: „...*spíš mě to nijak neovlivnilo...*“

P6: „...*tak věděl jsem pak o co jde a byl jsem na to psychicky připravený a celkově klidnější...*“

P7: „...*nevím, mě to bylo vcelku jedno, měl jsem takové bolesti, že hlavní bylo, že mi řekli, že se mi po tom uleví...*“

P8: „...*to nevím, tak věděla jsem, že to trochu zabolí ale i tak jsem se bála...*“

P9: „...*ani nevím, bral jsem to tak, že se to břicho prostě musí propíchnout...*“

P10: „...*věděl jsem co mě čeká a na co se tak připravit...*“

**Komentář:**

Poskytnuté informace k punkci ovlivnily prožívání výkonu u 40 % participantů, které zprostředkované informace uklidnily a připravily na samotný výkon; 60 % participantů uvedlo, že poskytnuté informace nijak neovlivnily u nich samotný výkon ani jeho prožívání.

**Kódování:**

poskytnutí informací, přínos edukace, ovlivnění prožívání punkce

**Kategorie:**

vliv poskytnutých informací na průběh výkonu

**Shrnutí:**

Všichni participanté uvedli, že jim byl sdělen důvod provedení punkce. Všem dotazovaným byl umožněn prostor pro pokládání dotazů. Možnost nevyužilo 40 % participantů, protože všem informacím rozuměli. Všichni pacienti uvedli, že sdělené informace byly pro ně přínosné. Proběhlá edukace ovlivnila prožívání výkonu u 40 % participantů; 60 % uvedlo, že sdělené informace jejich prožívání neovlivnilo.

**Závěr k cíli č. 1:**

Edukace na konkrétním interním oddělení proběhla u všech našich participantů ústní formou. Informace nemocných sdělil lékař interního oddělení, který věnoval edukaci k punkci 10 až 30 minut. Více jak polovina dotazovaných hodnotila informace za srozumitelné a přínosné. Každý pacient musí před samotným výkonem podepsat informovaný souhlas, který má podle zákona o zdravotních službách s nemocným podepisovat vždy ten pracovník, který je způsobilý k provedení výkonu, jehož se souhlas týká (Česko, 2011). Z toho vyplývá, že souhlas s punkcí ascitu musí s pacientem podepsat lékař, který bude výkon provádět. Naše rozhovory nám poukázaly na to, že u 70 % participantů dávala podepisovat informovaný souhlas všeobecná nebo praktická sestra.

**6.2.2 Cíl č. 2**

Zjistit, jaké zdroje opory měli pacienti před punkcí ascitu.

**Výzkumná otázka 3:** Z jakých zdrojů čerpali informace k punkci ascitu vybraní pacienti hospitalizovaní na konkrétním interním oddělení?

**Kdo Vám poskytl informace k punkci ascitu?**

P1: „...*pan doktor tady na oddělení...*“

P2: „...*probírala jsem to s mojí obvodní doktorkou a pak mi to vysvětlili tady před tou punkcí...*“

P3: „...*paní doktorka tady na interně...*“

P4: „...*obvodní mi řekla ať jedu do nemocnice a tady mi to vysvětlila paní doktorka na oddělení...*“

P5: „...*obvodní mě poslal sem do nemocnice a tady mi doktor na oddělení řekl, co se bude dít...*“

P6: „...*pan primář tady v nemocnici a ošetřující doktor...*“

P7: „...*tady na sonu mi řekli, že mám v břiše vodu a doktor na urgentu mi to vysvětlil a pak před tím výkonem tady doktoři...*“

P8: „...*paní doktorka, tady z etáže na interně...*“

P9: „...praktický lékař mi řekl, že budu muset na punkci a tady mi to pak vysvětlila paní doktorka...“

P10: „...na urgentu mi pan doktor řekl, že mi budou muset vypouštět vodu a pak tady paní doktorka na oddělení...“

#### **Komentář:**

Pro všechny naše participanty byl zdrojem informací k punkci ascitu lékař na konkrétním interním oddělení, z toho 20 % současně uvedlo i lékaře na urgentním příjmu, P2 uvedla i svého obvodního lékaře a P6 uvedl současně také primáře konkrétního interního oddělení.

#### **Jaké jiné informační zdroje k získání informací k punkci jste využil/a?**

P1: „...žádné...“

P2: „...jiné zdroje jsem nevyužila, nic vědět nechci proto ani nikde nehledám...“

P3: „...já sám jsem jiné zdroje nevyužil, ale manželka hledá na internetu...“

P4: „...hledal jsem si informace na internetu...“

P5: „...nikde jinde jsem nehledal, stačilo mi to od lékařů...“

P6: „...nevyužil jsem žádné jiné zdroje...“

P7: „...díval jsem se na internetu...“

P8: „...nevyhledávám si nikde informace, můj manžel se díval na internet“

P9: „...žádné...“

P10: „...nikde jsem se nedíval, zbytečně bych se rozptyloval...“

#### **Komentář:**

Jiný zdroj informací využili P4 a P5, kteří si hledali informace na internetu; P3 a P8 se uvedli že, oni sami si jinde informace nevyhledávali, ale jejich partneři ano a 60 % participantů nevyužilo žádné jiné zdroje informací.

#### **Byly pro Vás zdroje informací o punkci ascitu dostupné?**

P1: „...nevyhledávám to, ale myslím si, že ano...“

P2: „...to asi ano, ale nezajímám se o to, stačí mi to od lékařů...“

P3: „...tak určitě, na tom internetu je toho hodně...“



P4: „...ano, našel jsem toho dost...“

P5: „...nezjišťoval jsem si to...“

P6: „...já si myslím, že jo ale moc to nezjišťuju...“

P7: „...ani ne, spíš i ti mladí lékaři jsou neinformovaní bych řekl...“

P8: „...no teď toho zavodnění přibývá, takže je toho víc...“

P9: „...to nevím, nehledám to...“

P10: „... nevyhledávám to...“

#### **Komentář:**

Třetina participantů uvedlo, že zdroje informací k punkci ascitu jsou dostupné; 60 % participantů si informace k výkonu nevyhledávalo, polovina z nich si, ale myslí, že informace dostupné jsou; P7 uvedl, že informace jsou spíše nedostupné.

#### **Jaký zdroj informací byl pro Vás nejpřínosnější?**

P1: „...doktoři tady, jinde ani nevyhledávám...“

P2: „... doktoři tady na oddělení...“

P3: „...ten ústní rozhovor od lékařů tady na oddělení...“

P4: „...tak lékaři a ten internet...“

P5: „...tady v nemocnici lékaři, jinde nehledám...“

P6: „...od lékaře...“

P7: „...zkušené lékaři a internet...“

P8: „...lékaři v nemocnici a obvodní lékař...“

P9: „...tady od doktorů, jinde nehledám...“

P10: „...nevyhledávám jinde, takže tady doktoři...“

#### **Komentář:**

Všichni participanté sdělili, že nejpřínosnějším zdrojem informací k punkci ascitu byl pro ně lékař a 20 % z nich současně uvedlo také internet.

**Vnímali byste za přínosné, kdyby Vám byly informace před punkcí ascitu podány ve formě e-learningové prezentace nebo informační brožury?**

P1: „...možná bych uvítala tu brožuru...“

P2: „...asi to ani být nemusí, stačí mi to slovně od lékařů...“

P3: „...v žádném případě ne...“

P4: „...ano, tu brožuru bych uvítal...“

P5: „...možná by ta brožura byla dobrá...“

P6: „...to určitě tu brožuru, aby člověk věděl, do čeho jde...“

P7: „...ani ne, já si myslím, že pacienta nezajímají nějaké obrázky a brožury, teda aspoň mě ne...“

P8: „...ani ne, já prostě vím, že ti lékaři to dělají a nechám to na nich...“

P9: „...tak mohlo by to být, nakreslené, kam se to píchne...“

P10: „...nějaká ta brožura to není špatné, člověk se může podívat, jak to bude vypadat...“

#### **Komentář:**

Zájem o informační brožuru by mělo 60 % participantů; 40 % zájem nemá.

#### **Kódování:**

zdroje informací, nejpřínosnější zdroj informací, využití edukační brožur a e-learningových prezentací

#### **Kategorie:**

informační zdroje

#### **Závěr k cíli č. 2 a výzkumné otázce č. 3:**

Participantů uvedli jako nejčastější a nejpřínosnější zdroj informací k punkci ascitu lékaře konkrétního interního oddělení. Jiné informační zdroje využilo 20 % dotazovaných, kteří k doplnění informací použili také internet. Zdrojem informací může být také písemný materiál. Ve zdravotnictví se nejčastěji používá edukační leták, brožura nebo článek v časopise. Pacienti se mohou k informacím kdykoliv vrátit. Písemný materiál by ale neměl být jediným zdrojem informací pro nemocné (Juřeníková, 2010, s. 45). Naše rozhovory poukázaly na to, že edukační brožuru by uvítalo 60 % dotazovaných.

#### **6.2.3 Cíl č. 3:**

Zjistit, jak pacienti prožívali punkci ascitu.

**Výzkumná otázka 4:** Jaké prožitky doprovázely punkci ascitu u vybraných pacientů na konkrétním interním oddělení?

**Jaký diskomfort Vás provázel při punkci ascitu?**

P1: „...žádný...“

P2: „...nepocítovala jsem nic...“

P3: „...nepocítoval jsem nic...“

P4: „...asi únava...“

P5: „...únava a pak mě bolela záda a kostrč...“

P6: „...byl jsem unavený...“

P7: „...tak byl jsem unavený...“

P8: „...byla jsem unavená a pak bolí ty záda...“

P9: „...byl jsem unavený a potom jsem omdlel...“

P10: „...nic jsem nepocítoval...“

**Komentář:**

Žádný diskomfort nepocítovala 40 % participantů; 60 % uvedlo únavu a 20 % z nich bolesti zad, P9 pocítoval také únavu a následně během výkonu ztratil vědomí.

**Co Vám pomohlo zvládnout samotnou punkci?**

P1: „...zdravotnický personál tady na oddělení a taky to, že se pak dostaví úleva...“

P2: „...že se mi potom uleví a budu se cítit líp...“

P3: „...mně to zase tak moc nevadí ta punkce, zvládám to dobře...“

P4: „...myslet na něco jiného...“

P5: „...hlavně myslím na to, že se mi potom uleví...“

P6: „...podpora rodiny...“

P7: „...že se mi pak uleví...“

P8: „...asi to, že se pak dostaví ten pocit úlevy...“

P9: „...prášky, které jsem dostal před punkcí...“

P10: „...následný pocit úlevy...“

**Komentář:**

U 60 % participantů pomohlo zvládnout samotný výkon následující pocit úlevy a jedné participantce pomohlo punkci zvládnout i přítomnost zdravotnického personálu, P4 sdělil, že při výkonu se snažil myslet na něco jiného a P6 uvedl podporu rodiny, P3 sdělil, že mu samotný výkon nevádí a P9 uvedl užití medikace před výkonem.

**Byl pro Vás samotný vpich bolestivý, Pokud ano, jak byste bolest popsal/a na škále VAS?**

P1: „...ani ne, jen trochu citlivé, možná na stupni 1 nebo 2...“

P2: „...byl nepříjemný to je jasné, bolí to tak na stupni 5...“

P3: „...je to bolestivé ale jen chvilku, ten vpich bych hodnotil na stupni 8...“

P4: „...vpich bolestivý nebyl, pak mě štípala ta dezinfekce, to bylo nepříjemné...“

P5: „...tak jsou horší věci ale je to citlivé, řekl bych tak na stupni 4 až 5...“

P6: „...píchl mi to doktor, kterému to moc nešlo, a to mě bolelo tak na stupni 5...“

P7: „...tož ono to trošku bolí, na tom stupni tak 4 až 5...“

P8: „...tlačí to, bolí to i to píchá, na stupni kolem té 4 maximálně 5...“

P9: „...ano, bylo to nepříjemné, asi tak na té 4...“

P10: „...ze začátku to bylo cítit no, pohybuje se to asi kolem té 4 maximálně 5...“

**Komentář:**

Samotný vpich byl bolestivý pro 90 % participantů; P4 uvedl, že vpich pro něj bolestivý nebyl, ale byla pro něho nepříjemná reakce dezinfekce v místě vpichu. Podle škály VAS hodnotilo vpich 70 % participantů stupni 4 až 5, P1 uvedla stupeň 1 až 2 a P3 stupeň 8.

**Byla Vám nabídnuta lokální anestezie před punkcí? Případně měl/a byste o ní zájem?**

P1: „...nebyla ani bych tuhle možnost nevyužila...“

P2: „...ne nebyla, nikdo mi nic nenabízel, možná by to bylo lepší...“

P3: „...ne, zájem bych taky neměl...“

P4: „...nebylo mi nic nabídnuto a zájem bych asi měl...“

P5: „...tady na oddělení se mě nikdo neptal, v jiné nemocnici mi to umrtvili automaticky, asi bych to uvítal...“

P6: „...nenabídli, zájem bych neměl, trvá to chvíli...“

P7: „...nebyla ani bych o to zájem neměl...“

P8: „...ne, myslím, že to není ani potřeba...“

P9: „...nenabídli, určitě bych to uvítal...“

P10: „...nebylo mi to nabídnuto, nevím, jestli bych měl zájem, to by se zase muselo čekat, než ten účinek nastoupí...“

### **Komentář:**

Všichni participanté uvedli, že lokální anestezii na konkrétním interním oddělení jim nikdo nenabídl. Zájem o ni by mělo 40 % participantů, polovina dotazovaných uvedla, že to není potřeba a P10 sdělil, že si není jistý z důvodu čekání na nástup účinku anestezie.

### **Uvítali byste ambulantní provedení punkce?**

P1: „...možná ano...“

P2: „...ne, já si myslím, že ten jeden den není špatný tu zůstat, protože když mi odpustí 10 litrů tak to je tak 7 kg, to se potom motám...“

P3: „...ne, vyhovuje mi, že jsem tady v nemocnici a odpočinu si...“

P4: „...ne, vyhovuje mi hospitalizace, je tady víc času...“

P5: „...určitě, bylo by lepší, kdybych pak mohl jít domů...“

P6: „...ano bylo by to lepší, kdyby to šlo ambulantně...“

P7: „...já bych to určitě uvítal...“

P8: „...asi je pro mě lepší, že jsem hospitalizovaná...“

P9: „...asi ne, radši jsem tady v nemocnici, myslím si, že je to i bezpečnější...“

P10: „...lepší je pro mě být hospitalizovaný v nemocnici...“

**Komentář:**

Ambulantní provedení punkce by uvítalo 40 % participantů, z toho jedna participantka (P 1) uvedla, že by patrně zájem měla a 60 % participantům vyhovuje provedení punkce za hospitalizace.

**Kódování:**

diskomfort při výkonu, bolest při vpichu, lokální anestezie před punkcí, možnost ambulantního provedení punkce

**Kategorie:**

prožitky při punkci

**Závěr k cíli č. 3 a výzkumné otázce č. 4:**

Diskomfort lze chápat jako nepříjemný pocit nebo jako celkovou či specifickou nepohodu (Kohoutek, 2005, online). Z našich rozhovorů vyplynulo, že více jak polovina participantů během výkonu pocítovala únavu a jedna pětina z nich současně uvedla bolesti zad. Více jak polovina dotazovaných sdělila, že samotnou punkci jim pomohl zvládnout následný pocit úlevy. Bolest při vpichu punkční jehlou uvedlo devět desetin participantů. Samotný vpich hodnotila více jak polovina participantů na stupni 4 až 5 podle škály VAS. Pacienti mohou před výkonem využít lokální anestezii. O znecitlivění místa vpichu by měla zájem více jak jedna třetina dotazovaných. Punkci ascitu lze provést také ambulantní cestou. Na konkrétním interním oddělení probíhají punkce ascitu za hospitalizace. O ambulantní provedení projevilo zájem 40 % participantů.

## 7 DISKUZE

Cíl č. 1 Zjistit, jak vnímali pacienti po punkci ascitu proběhlou edukaci.

K tomuto cíli byly stanoveny dvě výzkumné otázky:

Jak u vybraných hospitalizovaných pacientů na konkrétním interním oddělení probíhala edukace k punkci ascitu?

Jak ovlivnila u vybraných pacientů s ascitem hospitalizovaných na konkrétním interním oddělení proběhlá edukace k punkci?

Zaměřili jsme se na sdělené informace o punkci ascitu, na jejich srozumitelnost, na formu a místo proběhlé edukace a na čas, který se jim zdravotnický personál věnoval. Soustředili jsme se také na přínos a vliv proběhlé edukace na punkci, a zda měli pacienti možnost klást zdravotníkům otázky, které je zajímali. U pacientů s ascitem je dodržování léčebného režimu a spolupráce nemocného ovlivněna úrovní edukace. Zdravotnický personál by měl poskytovat informace pacientům srozumitelně a přiměřeně, protože efektivní edukace nám pomáhá připravit psychicky i tělesně nemocné na různé výkony, omezit jejich úzkosti, obavy a motivovat ho k dodržování léčebného režimu (Dušová a kol., 2019, s. 37).

Od participantů jsme zjistili, že poskytnutá edukace k punkci ascitu byly srozumitelná a u všech dotazovaných proběhla ústní formou. Informace nemocným sděloval lékař konkrétního interního oddělení. Čtyři pětiny participantů uvedlo, že při edukaci měli prostor pro projevení názoru a vnímali, že lékař chápe jejich obavy, edukace probíhala formou dialogu. Obdobné výsledky uvádí i autorka Procházková (2019, str. 39) ve výzkumu své bakalářské práce zaměřené na edukaci ve zdravotnictví. Jedna pětina nemocných vnímala sdělení informací k výkonu za souvislou monologní zprávu lékaře. Domníváme se, že by bylo vhodné, aby ústní forma edukace byla doplněna písemnou v podobě edukační brožury nebo letáku. Edukační materiál k punkci ascitu by mohl obsahovat i obrázky s popisem místa vpichu. Souhlasíme s autorem Cabrnchem (2008, online), že písemné edukační materiály jsou pro nemocné názornou pomůckou, zdrojem informací, ke kterým se mohou kdykoliv vracet a v klidu je postupně vstřebat.

Edukace k výkonu u jednotlivých participantů probíhala individuálně na pokojích a na vyšetřovně konkrétního interního oddělení. Participantů neměli výhrady k místu edukace. Z rozhovorů vyplynulo, že edukace k punkci ascitu na konkrétním interním oddělení probíhala 10 až 30 minut. Podobný časový úsek k poskytnutí informací ve své práci

zmiňuje také autorka Kutilová (2016, s. 34). Délka edukace závisela na tom, jak pacienti poskytnutým informacím porozuměli a zda pokládali lékaři dotazy.

Před punkcí ascitu musí být pacient obeznámen s možnými komplikacemi a podepsat informovaný souhlas, kterým dává lékaři informativní rozhodnutí s konkrétním výkonem. Svým podpisem klient/pacient stvrzuje, že byl lékařem edukován, a že souhlasí se zvoleným postupem. Informovaný souhlas s nemocným k punkci ascitu podepisuje lékař, který je způsobilý k provedení výkonu (Česko, 2011). Při rozhovorech jsme zjistili, že před punkcí ascitu na konkrétním interním oddělení u 70 % participantů dala podepsat souhlas s výkonem všeobecná či praktická sestra. Autorka Bartošková (2014, s. 53) uvádí, že v jejím výzkumu také sestra zajišťovala podpis informovaného souhlasu k výkonu u 60 % participantů. Domníváme se, že je nutné dodržovat kompetence, a proto informovaný souhlas k výkonu by měl s pacientem podepisovat na konkrétním interním oddělení lékař, který je oprávněný k provedení výkonu. Souhlasíme s tvrzením autora Řezníčka (2017, online), že právně sebelépe vypracovaný písemný informovaný souhlas je pouhým cárem papíru, pokud je prokázáno, že lékař s pacientem vůbec nehovořil a souhlas mu poskytla k podpisu sestra. Předání informací pacientovi probíhalo vhodnou formou a jasně srozumitelným způsobem, všichni participanté uvedli, že měli příležitost a prostor zdravotnickému personálu pokládat dotazy k výkonu. Téměř polovina dotazovaných možnost nevyužila, protože sděleným informacím rozuměla. Ke stejným výsledkům dospěla ve svém výzkumu také autorka Brotanová (2020, s. 42), která uvedla, že před podstoupením výkonu všichni její participanté měli prostor pro položení dotazů zdravotníkům. Souhlasíme s tvrzením autorek Tomové a Křivkové (2016, s. 93), že nemocnému je při edukaci sděleno velké množství informací, které vnímá většinou zkresleně a ihned jich část zapomene. Je nutné mu poskytnout čas a možnost pokládat dotazy a opakovaně s ním o výkonu hovořit. Z rozhovorů vyplynulo, že u více jak jedné třetiny dotazovaných proběhlá edukace připravila nemocné na výkon, ovlivnila jejich prožívání při samotném výkonu, zmírnila u nich obavy a nervozitu. Více jak polovina nemocných však uvedla, že proběhlá edukace neměla vliv na jejich prožívání během výkonu a nepřispěla ke zmírnění jejich obav. Vztah mezi lékařem a pacientem je vždy specifický, je nezbytné respektovat autonomii ošetřovaného a péči poskytovat po řádně podaném sdělení k výkonu. Ale i přes to, že lékař poskytne informace k výkonu může být na straně nemocného informační deficit, protože mu chybí odborné znalosti, na základě, kterých by byl schopen proti lékaři činit veškeré podstatné dotazy ve



vztahu k jeho zdravotnímu stavu nebo výkonu a v důsledku toho sdělené informace nemusí být přínosné (Šerá, 2019).

Cíl č. 2: Zjistit, jaké zdroje opory měli pacienti před punkcí ascitu.

K tomuto cíli byla stanovena jedna výzkumná otázka:

Z jakých zdrojů čerpali informace k punkci ascitu vybraní pacienti hospitalizovaní na konkrétním interním oddělení?

Před punkcí ascitu je potřeba pacientovi vysvětlit v čem výkon spočívá, jak probíhá a jaká jsou případná rizika. Z rozhovorů jsme zjistili, že na webových stránkách konkrétní nemocnice krajského typu nejsou uvedené informace k punkci ascitu. Myslíme si, že by informace k výkonu mohly být uvedeny na webových stránkách nemocnice krajského typu a staly by se tak dostupným ověřeným edukačním materiálem. Některé nemocnice tento typ informací na svých oficiálních stránkách uvádějí a pro pacienty je to seriózní zdroj informací. Pokud lékař může nabídnout nemocnému ověřenou webovou stránku, kde všechny informace k punkci ve srozumitelné podobě nalezne, přinese to výhody oběma stranám. Informace si pacienti mohou dopředu nastudovat, vstřebat je a kdykoliv se k nim vrátit. K výkonu pak přichází poučený, připravený a plně informovaný pacient (Cabrnoch, 2008). Z našich participantů internetový zdroj využila jen jedna pětina. Dotazovaní nám sdělili, že na internetu jsou podle nich informace zkreslené a nemají přehled o ověřených webových stránkách. Domníváme se, že pacienti k punkci ascitu nemají dostatek ověřených informací a bylo by přínosné, aby zdravotnický personál měl přehled o ověřených zdrojích a následně o nich informoval své pacienty.

Z analýzy našich rozhovorů vyplynulo, že nejprínosnějším zdrojem informací k punkci ascitu byl pro všechny participanty lékaři na konkrétním interním oddělení. Stejně výsledky ve svém výzkumu bakalářské práce zmiňuje i autorka Krupíková (2020, s. 37), která uvedla, že nejvýznamnějším zdrojem informací pro nemocné podstupující punkci lumbální byli zdravotničtí pracovníci.

V mnoha zdravotnických zařízeních jsou k dispozici tištěné edukační materiály, které se využívají pro pacienty při prevenci onemocnění nebo k edukaci před vyšetřením či jinými výkony. Materiál slouží k doplnění provedené ústní edukace (Mandysová, 2016, s. 47). Na konkrétním interním oddělení není k dispozici tištěný materiál k punkci ascitu. Domníváme se, že by bylo vhodné doplnit ústní edukaci lékaře tištěnou informační brožurou, protože z rozhovorů vyplynulo, že více jak polovina našich participantů by měla zájem o tento edukační materiál k výkonu, ve které by získali informace, jak bude výkon

probíhat, jakou zaujmou polohu během punkce a jaká opatření budou muset dodržovat před a po paracentéze ascitu.

Cíl č. 3: Zjistit, jak pacienti prožívali punkci ascitu.

K tomuto cíli byla stanovena jedna výzkumná otázka:

Jaké prožitky doprovázely punkci ascitu u vybraných pacientů na konkrétním interním oddělení?

Zaměřili jsme se na prožívání výkonu z pohledu pacienta, na bolestivost samotného vpichu, nabídku lokální anestezie a na ambulantní provedení punkce. U každého pacienta probíhá výkon individuálně a záleží na množství vypuštěné ascitické tekutiny. Poloha, ve které se paracentéza provádí je buď v polosedě nebo vleže (Harvey a kol., 2022). Na konkrétním interním oddělení se punkce ascitu provádí ve Fowlerově poloze. Při velkoobjemové paracentéze nemocný stráví i několik hodin v jedné pozici na vyšetřovacím lehátku. Z rozhovorů vyplynulo, že více jak polovině participantů poloha nevyhovuje. Po určité době se u nich začnou objevovat bolesti zad a chtěli by využít při další punkci polohu vleže. Ztotožňujeme se s výsledky výzkumu bakalářské práce autorky Hornové (2018, s. 35), která uvedla, že nemocným při časově náročném vyšetření vyhovuje poloha vleže. Domníváme se, že by lékař pacientovi, který podstupuje punkci ascitu měl dát na výběr mezi polohou v polosedě nebo vleže pro zajištění většího komfortu během výkonu.

Paracentéza je invazivní výkon, který sebou přináší bolest při nabodnutí břišní stěny punkční jehlou. Z našich rozhovorů vyplynulo, že samotný vpich byl bolestivý pro devět desetin participantů, z toho více jak polovina uvedla stupeň bolesti 4 až 5 podle škály VAS. Místo vpichu může lékař na přání pacienta znecitlivět pomocí lokální anestezie. Z rozhovorů vyplynulo, že ani jednomu z participantů nebyla na konkrétním interním oddělení nabídnuta před výkonem lokální anestezie. Více než jedna třetina dotazovaných by o ni měla zájem. Někteří lékaři i odborná literatura sdílí názor, že lokální anestezie je před výkonem bezdůvodná a dva vpichy, jeden s lokálním anestetikem a druhý samotný, je více zatěžující než jedno bodnutí u samotné punkce bez lokálního umrtvení. Přesto část odborné veřejnosti uvádí, že má pacient právo lokální anestezii využít (Havel a kol., 2020, s. 221). Souhlasíme s uvedeným tvrzením autora Havelky a kol. (2020, str. 211), že je vhodné nemocným před punkcí ascitu lokální anestezii nabídnout a sdělit jim případné výhody či nevýhody s ní spojené.

Punkci ascitu lze provést za hospitalizace i ambulantní cestou, obě možnosti sebou nesou pro pacienty určité výhody i nevýhody. Autorka Šlaufová (2014, s. 49) ve svém výzkumu v bakalářské práci uvedla, že nemocným vyhovuje výkon v ambulanci, protože mají možnost mít na blízku své rodinné příslušníky a brzy po výkonu mohou odejít domů. Z našich participantů by ambulantní provedení punkce uvítala pouze jedna třetina. Pacienti uvedli, že jsou po punkci unavení a vyhovuje jim jednodenní hospitalizace, během které si odpočinou a cítí se bezpečně, když jsou pod dohledem zdravotníků.

## 8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Praktickým výstupem bakalářské práce bylo vytvoření edukačního materiálu v tištěné podobě pro pacienty před punkcí ascitu (viz PŘÍLOHA P V). Pacienti mohou výkon podstoupit za účelem odebrání vzorků tekutiny k laboratornímu vyšetření nebo z důvodu vypuštění nadměrného množství ascitické tekutiny. Edukace je nezbytnou součástí přípravy nemocného k výkonu. Edukační brožura v tištěné formě patří k materialistickým didaktickým prostředkům a plní funkci motivační, informačně-logickou, názornou, propojení teorie a praxe a doplňující. Tištěný materiál si mohou nemocní nechat u sebe a k informacím se kdykoliv vrátit (Dušová a kol., 2019, s. 127). Jejím účelem je poskytnout osobám více informací k punkci ascitu, přiblížit jim jak a kde výkon probíhá a jakou zaujmou při něm polohu. Vysvětlili jsme odborné pojmy, ascites a punkce a popsali je v jednoduchém textu. Krátce jsme se věnovali přípravě k výkonu, ke kterému nemusí být vyšetřovaná osoba nalačno. Popsali jsme možné komplikace a režimové opatření po punkci. Pacientů je doporučeno a nabídnuto ústavní pyžamo, protože může dojít ke znečištění jejich oděvu. Pokud si pacient přeje ponechat vlastní oblečení, mělo by být volné a nemělo by zasahovat k místu vpichu. Před výkonem jsou změřeny fyziologické funkce, krevní tlak, pulz, současně i obvod břicha a hmotnost.

Jsou popsány polohy, které pacient při výkonu zaujme na vyšetřovacím lehátku. Uvedli jsme také činnosti lékaře před punkcí, fyzikální vyšetření, kontrolu dutiny břišní ultrazvukem, zjištění množství tekutiny a označení místa vpichu.

Do edukačního materiálu jsme vložili náčrt místa vpichu, aby nemocní podstupující punkci měli představu, kde se bude punkce provádět. Uvedli jsme možnost využít lokální znecitlivění místa vpichu. Výkon může trvat několik hodin a je potřeba po celou dobu omezit pohyb, abychom zabránili vzniku komplikací.

Punkci ukončuje lékař. Po výkonu sestra nemocnému opět změří krevní tlak, pulz, hmotnost a obvod břicha. Opatření po punkci se týkají polohy a dodržování klidového režimu. Po výkonu je sledováno místo vpichu a celkový stav pacienta.

Edukační materiál bude nabídnut konkrétnímu internímu oddělení.

Informační brožura by měla být přehledná a čitelná. Volí se dostatečná velikost písma, aby klienti text přečetli. Obsah informací je stručný, a ne příliš odborný. Je vhodné brožuru doplnit názornými obrázky nebo fotografiemi (Mandysová, 2016, s. 48).

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali péčí o pacienty s ascitem na interním oddělení. V teoretické části jsme charakterizovali ascites, popsali punkci, přípravu před a po výkonu. V praktické části byl využit kvalitativní výzkum. Ke zjištění informací byla využita technika polostrukturovaného nestandardizovaného rozhovoru s deseti vybranými pacienty, kteří podstoupili punkci ascitu na konkrétním interním oddělení.

Ascites se objevuje u nemocných v pokročilých fázích onemocnění jater, srdce, nádorových chorob a je významný negativní prognostický faktor. V závislosti na celkovém klinickém stavu nemocného se kombinují modality komplexní léčby a symptomatické postupy zaměřené na zmírnění diskomfortu, který ascites vyvolává.

Při rozhovorech jsme zjišťovali informace týkající se proběhlé edukace před punkcí ascitu na konkrétním interním oddělení, prožívání samotného výkonu ze strany pacienta a zaměřili jsme se také na zdroje opory nemocných. Stanovené cíle v praktické části práce byly naplněny a výzkumné otázky zodpovězeny.

Z rozhovorů vyplynulo, že na konkrétním interním oddělení probíhala edukace pacientů před punkcí ascitu ústní formou a jasně srozumitelným způsobem. Informace nemocným poskytli lékaři konkrétního interního oddělení. Všichni participanti měli příležitost a prostor zdravotnickému personálu pokládat dotazy k výkonu. Více jak polovina nemocných uvedla, že proběhlá edukace neměla vliv na jejich prožívání během výkonu a nepřispěla ke zmírnění jejich obav. Pro participanty byl nejpřínosnějším zdrojem informací k punkci lékař na konkrétním interním oddělení a nevyhledávali žádný další zdroj informací.

Na konkrétním interním oddělení se punkce ascitu provádí ve Fowlerově poloze. Více jak polovině participantů poloha nevyhovovala, protože po určité době se u nich objevily bolesti zad. Nemocní by chtěli využít při dalším opakování polohu vleže. Samotný vpich punkční jehlou byl bolestivý pro devět desetin participantů a na škále VAS většina z nich uvedla stupeň 4 nebo 5. Více než jedna třetina z nich projevila zájem o lokální anestezii. Žádnému participantovi nebyla na konkrétním interním oddělení před výkonem nabídnuta.

Polovina našich participantů by měla zájem o edukační materiál, ve kterém by získali informace, jak bude paracentéza probíhat a jaká opatření budou muset před a po ní dodržovat, proto jsme v rámci praktického výstupu vytvořili edukační brožuru, která může přispět ke srozumitelné edukaci, jež je nezbytnou součástí přípravy k punkci ascitu.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ASTAPENKO, D. a V. ČERNÝ, 2019. Albumin a jeho místo v tekutinové terapii kriticky nemocných. *Medical tribune* [online]. Praha: MEDICAL TRIBUNE [cit. 2023-05-05]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/medicina/albumin-a-jeho-misto-v-tekutinove-terapii-kriticky-nemocnych/>
- BALOGOVÁ, L., 2022. *Ošetrovatelský postup: Asistence u zavedení a péče o centrální žilní katétr*. Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně.
- BARTOŠKOVÁ, M., 2014. Souhlas s hospitalizací a informovaný souhlas u pacientů akutně přijatých. [online]. Brno [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/l5p34/diplomova\\_prace\\_bartoskova\\_marketa.pdf](https://is.muni.cz/th/l5p34/diplomova_prace_bartoskova_marketa.pdf). Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.
- BARTŮNĚK, P. a kolektiv, 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.
- BASTABLE, S., 2019. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. 5th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-1284127201.
- BROTANOVÁ, H., 2020. *Péče o pacienta podstupujícího zavedení PICC katétru* [online]. Zlín [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: [https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/48148/brotanová\\_2020\\_dp.pdf?sequence=1](https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/48148/brotanová_2020_dp.pdf?sequence=1). Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.
- BURGOS, A. et al., 2018. Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt Placement for Refractory Ascites: Review and Update of the Literature. *Semin Intervent Radiol* [online]. New York: Thieme, 35(3), 165-168 [cit. 2023-05-10]. ISSN 0739-9529. Dostupné z: [doi:10.1055/s-0038-1661347](https://doi.org/10.1055/s-0038-1661347)
- BURIÁNEK, J., 2017. Operacionalizace. *Sociologická encyklopedie* [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR [cit. 2023-05-10]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Operacionalizace>
- CABRNOCH, M., 2008. *Jaké informace by měl znát pacient?* [online]. Praha: Medical Tribune [cit. 2023-05-10]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/jake-informace-by-mel-znat-pacient>

ČABELKOVÁ, P. a A. KRAJINA a kolektiv, 2020. TIPS v terapii akutní trombozy portální žíly. *Ces Radiol* [online]. 74(2), 85-92 [cit. 2023-05-05]. Dostupné z: [http://www.cesradiol.cz/dwnld/CesRad\\_2002\\_85\\_92](http://www.cesradiol.cz/dwnld/CesRad_2002_85_92).

ČESÁK, V. a H. KOLÁČKOVÁ, 2013. Akutní pankreatitida: Etiologie, diagnostika a léčba. In: HAVLÍČEK, J. a K. VRZALÍKOVÁ. *Plzeňský lékařský sborník*. 79. Plzeň: KAROLINUM, s. 97-113. ISBN 0551-1038.

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČESKO, 2020. Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, č. 2/2020. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18576/40355/NOP%20Prevence%20vzniku%20dekubitů%20a%20péče%20o%20dekubity.pdf>

ČEŠKA, R. a kolektiv, 2020. *Interna*. 3. vyd. Praha: TRITON, 2020. ISBN 978-80-7553-780-5.

DANIŠ, L. a kolektiv, 2021. Dlouhodobý žilní vstup v ordinaci praktického lékaře. *Medicina pro praxi* [online]. Olomouc, 18(2), 171-176 [cit. 2023-05-10]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2021/03/05.pdf>

DASTYCH, M., 2012. Enterální výživa v klinické praxi. *Interní medicína pro praxi* [online]. Brno: Solen, 12(4), 152-156 [cit. 2023-05-10]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/04/04.pdf>

DRÁBKOVÁ, M., 2022. *Standardní ošetrovatelský postup: Asistence u abdominální a pleurální punkce*. Krajská nemocnice Tomáše Bati Zlín.

DUŠOVÁ, B., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0836-7.

DVOŘÁK, K. a P. FALT a kolektiv, 2022. Pacient s jaterní cirhózou na interním oddělení. *Vnitřní lékařství* [online]. 68(1), s. 19-25 [cit. 2023-05-05]. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2022/01/03>.

EHRMANN, J. a P. HŮLEK a kolektiv, 2014. *Hepatologie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 859-404-924-027-2.

FIGUEROA, E., 2016. *Ascites: Aetiology, Symptoms and Treatment*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers. ISBN 978-1-63485-459-7.

GREGOROVÁ, J. a P. HOLEČKOVÁ, 2016. Úskalí farmakoterapie opioidy v klinické praxi. *Farmacie pro praxi* [online]. Praha: Solen, 12(2), 47-49 [cit. 2023-05-10]. Dostupné z: doi:10.36290/lek.2016.012

GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0461-1.

HARVEY, J. et al., 2022. Diagnostic and therapeutic abdominal paracentesis. *Wiley* [online]. Australia, 218(1), 18-21 [cit. 2023-05-10]. Dostupné z: doi:10.5694/mja2.51795

HAVEL, D. a kolektiv, 2020. Bolestivost hrudní punkce a možnost jejího ovlivnění lokální anestezie. *Studia Pneumologica Et Phthiseologica* [online]. Praha: Trios, 80(6), 220-225 [cit. 2023-05-10]. ISSN 1213-810. Dostupné z: <http://www.pneumologie.cz/cislo/1889/6-2020>

HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 9788026209829.

HLOCH, O., 2013. Základní diagnostické a teoretické výkony. In: *Propedeutika* [online]. Praha [cit. 2023-05-10]. Dostupné z: <http://new.propedeutika.cz/?p=428>

HOFLAND, J. et al., 2020. *The Royal Marsden Manual of Clinical Nursing Procedures*. 10th ed. Chichester: Wiley. ISBN 1119634385.

HORNOVÁ, K., 2018. *Potřeby pacientů podstupujících dialyzační léčbu* [online]. České Budějovice [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/ydjzsp/Bakalsk\\_prce.pdf?lang=cs](https://theses.cz/id/ydjzsp/Bakalsk_prce.pdf?lang=cs). Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

HŮLEK, P. a P. URBÁNEK a kolektiv, 2018. *Hepatologie*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0394-2.

CHAMBERS, J. et al., 2017. *Acute Medicine: A practical Guide to the Management of Medical Emergencies*. 5th edition. London: Wiley. ISBN 9781119389613.

CHARVÁT, J. a kolektiv, 2016. *Žilní vstupy: dlouhodobé a střednědobé*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5621-9.



- JANDOUREK, J., 2013. *Úvod do sociologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-644-5.
- JAREŠOVÁ, L., 2014. Virové choroby kůže vyvolané herpesviry, onemocnění kůže vyvolané poxviry a HPV. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Praha, 8(3), 125-127 [cit. 2023-05-10]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2014/03/10.pdf>
- JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- Klaudiánova nemocnice, 2017. *Informovaný souhlas Punkce dutiny břišní s odběrem zmnožené tekutiny* [online]. [cit. 2023-05-10]. Dostupné z: [https://www.klaudianovanemocnice.cz/assets/File.ashx?id\\_org=427004&id\\_dokumenty=1424](https://www.klaudianovanemocnice.cz/assets/File.ashx?id_org=427004&id_dokumenty=1424)
- KLENER, P. a kolektiv, 2014. *Vnitřní lékařství*. 4. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-705-9.
- KOHOUT, P., 2021. *Klinická výživa*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-555-9.
- KOHOUTEK, R., 2005. Pojem diskomfort. In: *Slovník cizích slov* [online]. [cit. 2023-05-10]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/diskomfort>
- KOLEKTIV AUTORŮ, 2018. *Ošetrovatelské postupy*. Pardubice: Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. ISBN 978-80-7560-184-9.
- KRUPÍKOVÁ, K., 2020. *Pacient podstupující lumbální punkci* [online]. Zlín [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/4sbwz4/>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.
- KUTILOVÁ, V., 2016. *Edukační proces u pacienta s lumbální punkcí* [online]. Liberec [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: Edukační proces u pacienta s lumbální punkcí. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- MANDYSOVÁ, P., 2016. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-971-5.
- MARTÍNEK, J. a P. TRUNEČKA a kolektiv, 2021. *Gastroenterologie a hepatologie v algoritmech*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-684-9.

Městská nemocnice Ostrava, 2015. *Informovaný souhlas Punkce ascitu* [online]. [cit. 2023-05-10]. Dostupné z: [https://www.mnof.cz/wp-content/uploads/2015/08/informovany\\_souhlas\\_punkce\\_ascitu.pdf](https://www.mnof.cz/wp-content/uploads/2015/08/informovany_souhlas_punkce_ascitu.pdf)

NAVRÁTIL, L. a kolektiv, 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0210-5.

*Národní zdravotnický informační portál: Příjem do nemocnice*, 2023. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISSN ISSN 2695-0340. Dostupné také z: <https://www.nzip.cz>.

Nemonice Frýdek Místek, 2019. *Informovaný souhlas Punkce ascitu* [online]. [cit. 2023-05-05]. Dostupné z: [https://www.nemfm.cz/cz/stahnout-dokument/1127/130/is-09-\(gpo\)---punkce-ascitu---upr.2019-\(web\).pdf](https://www.nemfm.cz/cz/stahnout-dokument/1127/130/is-09-(gpo)---punkce-ascitu---upr.2019-(web).pdf)

PLEVOVÁ, I. a kolektiv, 2018. *Ošetrovatelství I*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.

PLEVOVÁ, I. a R. ZOUBKOVÁ a kolektiv, 2021. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0890-9.

PLCH, M. a kolektiv, 2021. Paliativní chirurgické a intervenční výkony u vybraných stavů v onkogynekologii. *Solen* [online]. 15(3), 127-130 [cit. 2023-05-10]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2021/03/06.pdf>

POKORNÁ, A. a A. KOMÍNKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. 2. vyd. Brno: Masaryk University. ISBN 978-80-210-7415-6.

PROCHÁZKOVÁ, Z., 2019. *Edukace pacienta ve zdravotnickém zařízení* [online]. Pardubice [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/73647/ProchazkovaZ\\_EdukacePacienta\\_BF\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/73647/ProchazkovaZ_EdukacePacienta_BF_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

RUDLER, M., 2020. Optimal management of ascites. *Liver International* [online]. 128-135 [cit.2023-05-10]. ISSN 1478-3223. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/liv.14361>

ŘEZNÍČEK, D., 2017. Informovaný souhlas a nesouhlas ve zdravotnictví. In: *Synlab* [online]. [cit. 2023-05-10]. Dostupné z: <https://www.synlab.cz/pro-lekare/odborny-casopis-synlabianer/clanek/informovany-souhlas-a-nesouhlas-ve-zdravotnictvi>

SEDLÁŘOVÁ, P. a kol., 2017. Aktuální doporučení v péči o periferní žilní katétry. *Medicina pro praxi* [online]. Praha: Solen, 14(2), 94-97 [cit. 2023-05-10]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2017/02/10.pdf>

SOUČEK, M. a P. SVAČINA a kolektiv, 2019. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2289-9.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1148-5.

ŠENKERŇÍKOVÁ, R. a S. FRAŇKOVÁ a kolektiv, 2015. Spontánní bakteriální peritonitida. *Vnitřní lékařství* [online]. 2015, 61(2), s. 134-140 [cit. 2023-05-05]. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2015/02/10>.

ŠERÁ, H., 2019. Informovaný souhlas pacienta jako podmínka poskytnutí lékařské péče. In: *Právní prostor* [online]. [cit. 2023-05-10]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/informovany-souhlas-pacienta-jako-podminka-poskytnuti-lekarske-pece>

ŠLAUFOVÁ, L., 2014. *Ošetřovatelská péče o nemocného s ascitem v ambulancím provozu* [online]. Plzeň [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: [https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/14814/1/bp\\_slaufova\\_f4\\_cz.pdf](https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/14814/1/bp_slaufova_f4_cz.pdf). Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.

ŠPATENKOVÁ, N. a L. SMÉKALOVÁ, 2015. *Edukace seniorů: Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5446-8.

ŠPINAR, J. a O. LUDKA a kolektiv, 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4356-1.

TOMOVÁ, Š. a J. KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0064-4.

TRUNEČKA, P. a kolektiv, 2019. *Transplantace jater*. Praha. ISBN 978-80-246-1671-1.

VAŠÁKOVÁ, L., 2022. *Standardní ošetrovatelský postup: Zavedení a péče o periferní žilní katétr*. Zlín: Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně.

VELA, M. a J. RICHTER a E. PANDOLFINO a kolektiv, 2015. *Refluxní choroba jícnu – GERD*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4063-8.

ZLATOHLÁVEK, L. a kolektiv, 2019. *Klinická dietologie a výživa*. 2.vyd. Praha: Current media. ISBN 978-80-88129-44-8.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

|                 |   |
|-----------------|---|
| AIDS            | Acquired Immune Deficiency Syndrome             |
| a kol.          | A kolektiv                                      |
| aPTT            | Aktivovaný parciální tromboplastinovaný čas     |
| CLISA           | Central Line Insertion Site Assessment          |
| CT              | Výpočetní tomografie                            |
| EDTA            | Ethylendiamintetraoctová kyselina               |
| et al.          | Et alii   |
| g               | Gram  |
| IASP            | International Association for the study of pain |
| INR             | International Normalized Ratio                  |
| Kcal            | Kilokalorie                                     |
| Kg              | kilogram  |
| LDH             | Laktátdehydrogenáza                             |
| mg              | Miligram  |
| ml              | Mililitr  |
| mmHg            | Milimetr rtuťového sloupce                      |
| mmol/l          | Milimol na litr                                 |
| mm <sup>3</sup> | krychlový milimetr                              |
| P1              | Participant 1                                   |
| P2              | Participant 2                                   |
| P3              | Participant 3                                   |
| P4              | Participant 4                                   |
| P5              | Participant 5                                   |
| P6              | Participant 6                                   |
| P7              | Participant 7                                   |

---

|      |   |
|------|---|
| P8   | Participant 8                                       |
| P9   | Participant 9                                       |
| P10  | Participant 10                                      |
| PCD  | Postparacentická cirkulační dysfunkce               |
| PICC | Peripherally Inserted Central Catheter              |
| PŽK  | Periferní žilní katetr                              |
| SAAG | Serum Ascites Albumin Gradient                      |
| SBP  | Spontánní bakteriální peritonitida                  |
| s.   | Strana  |
| SpO2 | Saturace periferní krve kyslíkem                    |
| TIPS | Transjugulární intrahepatální portosystémová spojka |
| tzv. | Takzvaný  |
| VAS  | Vizuální analogová škála                            |
| WHO  | World Health Organization                           |
| %    | Procenta  |

## SEZNAM TABULEK

|   |    |
|---|----|
| Tabulka 1 Charakteristika participantů .....          | 35 |
| Tabulka 2 Informace ze zdravotnické dokumentace ..... | 37 |

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Místo vpichu punkce ascitu

Příloha P II: Ascitická tekutina

Příloha P III: Otázky k rozhovoru

Příloha P IV: Transkripce vybraného rozhovoru

Příloha P V: Edukační brožura



## PŘÍLOHA P I: MÍSTO VPICHU PUNKCE ASCITU

Fotodokumentace 1 Místo vpichu



(Zdroj: Autorka práce, 2023)

Fotodokumentace 2 Místo vpichu



(Zdroj: Autorka práce, 2023)

## PŘÍLOHA P II: ASCITICKÁ TEKUTINA

Fotodokumentace 3 Ascitická tekutina



(Zdroj: Autorka práce, 2023)

Fotodokumentace 4 Hemoragický ascites



(Zdroj: Autorka práce, 2023)

## **PŘÍLOHA P III: OTÁZKY K ROZHOVORU**

1. Byly pro Vás poskytnuté informace srozumitelné?
2. Jakým způsobem Vám byly informace k punkci sděleny?
3. Kolik času Vám zdravotnický personál věnoval při sdělování informací k punkci?
4. Kde proběhla sdělení informací k punkci ascitu, bylo pro Vás místo přijatelné?
5. Podepisoval jste informovaný souhlas s punkcí ascitu? Jednalo se pouze o formalitu nebo byl souhlas spojen se sdělením informací k punkci? A kdo s Vámi souhlas podepisoval?
6. Měl/a jste možnost pokládat informace zdravotnickému personálu k punkci ascitu?
7. Byl Vám sdělen důvod provedení punkce?
8. Byly pro Vás sdělené informace přínosné?
9. Jak poskytnuté informace z Vašeho pohledu ovlivnily prožívání punkce ascitu?
10. Kdo Vám poskytnul informace o punkci ascitu?
11. Jaké jiné informační zdroje k získání informací k punkci jste využil?
12. Byly pro Vás zdroje informací o punkci ascitu dostupné?
13. Jaký zdroj informací byl pro Vás nejpřínosnější?
14. Vnímali byste za přínosné, kdyby Vám byly informace před punkcí ascitu podány ve formě e-learningové prezentace nebo informační brožury?
15. Jaký diskomfort Vás doprovázel při punkci ascitu?
16. Co Vám pomohlo zvládnout samotnou punkci?
17. Byl pro Vás samotný vpich bolestivý? Pokud ano, jak byste bolest popsal na škále VAS?
18. Byla Vám nabídnuta lokální anestezie před punkcí? Případně měl byste o ni zájem?
19. Uvítali byste ambulantní provedení punkce?

## **PŘÍLOHA P IV: TRANSKRIPCE VYBRANÉHO ROZHOVORU**

### **Byly pro Vás poskytnuté informace srozumitelné?**

*„Tak byli srozumitelné ale byli takové, že člověk měl obavy, co bude, ještě když se to nebude umrtvovat a bude to na živo. Tak jsem měl z toho strach, ale nebylo to zas tak hrozné“.*

### **Jakým způsobem Vám byly informace k punkci sděleny?**

*„Informace jsem se dozvěděl při rozhovoru s lékařkou, řešili jsem to tady na pokoji při vizitě. Řekla mi, že to není jako nic hrozného“.*

### **Kolik času Vám zdravotnický personál věnoval při sdělování informací k punkci?**

*„Já si myslím, že edukace zabrala tak těch 10 minut“.*

### **Kde proběhla sdělení informací k punkci ascitu, bylo pro Vás místo přijatelné?**

*„Něco bylo provedené na pokoji a pak i na vyšetřovně během té punkce. Místo mi vyhovovalo, ještě jsme to kontrolovali na té vyšetřovně přes sono to břicho“.*

### **Podepisoval jste informovaný souhlas s punkcí ascitu? Jednalo se pouze o formalitu nebo byl souhlas spojen se sdělením informací k punkci? A kdo s Vámi souhlas podepisoval?**

*„Ano, něco jsem podepisoval, myslím si, že to bylo ono. Nebylo to spojeno s edukací, to potom co mi to paní doktorka vysvětlila, tak pak přišla sestřička se mnou ten papír podepsat“.*

### **Měl/a jste možnost pokládat informace zdravotnickému personálu k punkci ascitu?**

*„Ano, já se jsem se ptal, jestli se to bude vypouštět, ze stejného místa a jak často. Dozvěděl jsem se, že to může být každých 14 dní, tak jsem z toho byl takový divný. Já jsem si myslel, že to bude potom už v pohodě, že to bude jednorázově“.*

### **Byl Vám sdělen důvod provedení punkce?**

*„Určitě, protože tam vlastně byly tlaky, a to se muselo odlehčit to břicho, aby tam byl větší prostor na dýchání, a aby to netlačilo na ty ostatní orgány“.*

### **Jak poskytnuté informace z Vašeho pohledu ovlivnily prožívání punkce ascitu?**

*„Ani ne, když mi to řekla den předem, že následující den půjdu na tu punkci. Tak jsem nad tím furt přemýšlel, byl jsem nervózní, ale aspoň jsem mohl vědět, co mě čeká a na co se připravit“.*

**Byly pro Vás sdělené informace přínosné?**

*„Ano, byla pro mě přínosná, dozvěděl jsem se nové věci, o kterých jsem nevěděl“.*

**Kdo Vám poskytnul informace o punkci ascitu?**

*„Paní doktorka tady na interně, že mi budou muset vypouštět vodu“.*

**Jaké jiné informační zdroje k získání informací o punkci jste využil?**

*„Nikde jsem se nedíval, zbytečně bych se rozptyloval“.*

**Byly pro Vás zdroje informací o punkci ascitu dostupné?**

*„Nevyhledával jsem to“.*

**Jaký zdroj informací byl pro Vás nejpřínosnější?**

*„Nevyhledávám jinde, takže tady doktoři“.*

**Vnímali byste za přínosné, kdyby Vám byly informace před punkcí ascitu podány ve formě e-learningové prezentace nebo informační brožury?**

*„Nějaká ta brožura, to není špatné, když ji člověk má a může se podívat jako to bude vypadat a tak, ale myslím si, že nejdůležitější je pak ten samotný zážitek. Člověk to musí vyzkoušet sám na sobě, ale brožuru bych uvítal“.*

**Jaký diskomfort Vás doprovázel při punkci ascitu?**

*„Nic jsem nepocítoval“.*

**Co Vám pomohlo zvládnout samotnou punkci?**

*„Asi ten následný pocit úlevy. Nejlepší je, když je to rychlé a není s tím nějaké otálení a tak“.*

**Byl pro Vás samotný vpich bolestivý? Pokud ano, jak byste bolest popsal na škále VAS?**

*„Tak ze začátku to bylo cítit, bolest se pohybovala asi okolo 5“.*

**Byla Vám nabídnuta lokální anestezie před punkcí? Případně měl byste o ni zájem?**

*„Nebylo mi to nabídnuto. Nevím, jestli bych měl zájem, to by se zase muselo čekat, než ten účinek nastoupí, takhle to bylo rychlejší“.*

**Uvítali byste ambulantní provedení punkce?**

*„Lepší je pro mě být hospitalizovaný v nemocnici. Myslím si, že i v té nemocnici jsou větší zkušenosti než v té ambulanci. Tady se to dělá častěji, a to mě i uklidňuje“.*

## PŘÍLOHA P V: EDUKAČNÍ BROŽURA

# PUNKCE ASCITU

Punkce ascitu neboli paracentéza je klinická procedura, při které je zavedena jehla do peritoneální dutiny k získání volné tekutiny z dutiny břišní.

### Důvody provedení výkonu:

- **Diagnostická punkce**  
Odběr malého množství volné tekutiny za účelem laboratorního vyšetření.
- **Léčebná punkce**  
Odběr většího množství volné tekutiny, kdy tento objem tekutiny způsobuje klientovi zdravotní potíže.

### UŽITEČNÉ INTERNETOVÉ ZDOJE

<https://www.casopisvnitrmilekarstvi.cz>

<https://www.csgh.info/cs/intro>

<https://www.mojemedicina.cz/pruvodce-pacienta/vysetrovaci-metody/punkce-ascitu-1.html>

Tento informační materiál byl vytvořen jako součást bakalářské práce Péče o nemocného s ascitem na interním oddělení. Vedoucí práce: Mgr. Silvie Svobodová  
Autor: Simona Janečková, studentka oboru Všeobecná sestra, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2023.

### ZDROJE

ČESKA, R. a kolektiv, 2020. *Interna*. 3. vyd. Praha: TRITON, 2020. ISBN 978-80-7553-780-5.  
DRABKOVÁ, M., 2022. *Standardní ošetrovatelský postup: Asistence u abdominální a pleurální punkce*. Krajská nemocnice Tomáše Bati Zlín.  
MARTÍNEK, J. a P. TRUNEČKA a kolektiv, 2021. *Gastroenterologie a hepatologie v algoritmech*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-684-9.

Nákes místa vpichu, autorka bakalářské práce, 2023.

### UKONČENÍ PUNKCE

- Na konci výkonu lékař vytáhne jehlu a zalepí místo vpichu.
- Sestra opět změří krevní tlak, pulz, obvod břicha a hmotnost.

### REŽIM PO VÝKONU

- Je vhodné ležet dvě hodiny na pravém nebo levém boku podle místa provedené punkce.
- Dodržujte klidový režim v den provedené punkce.

### KOMPLIKACE

- krvácení z místa vpichu
- alergická reakce
- bolestivost
- prosakování ascitické tekutiny

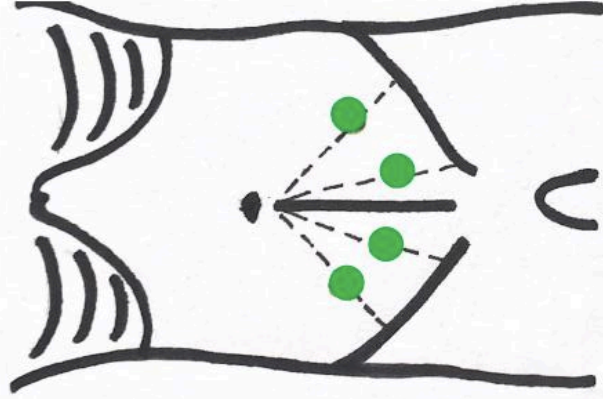
(Zdroj: Autorka práce, 2023)

### **PŘÍPRAVA NA VÝKON**

- Před punkcí není nutné být nalačno.
- Je vhodné využít ústavní pyžamo, protože může dojít ke znečištění vašeho oděvu dezinfekcí nebo ascitickou tekutinou.
- Pokud trváte na vlastním oblečení, zvolte volný oděv, který nebude zasahovat k místu vpichu.
- Můžete si s sebou přinést polštářek pod hlavu.
- Průběh výkonu je u každé osoby individuální, čas závisí na množství vypuštěné tekutiny. Punkce může trvat i více hodin.

### **MÍSTO VPICHU**

Punkce ascitu se provádí v dolní části břicha. Lze využít pravou i levou stranu dutiny břišní. Je nutné se vyhnout místům v blízkosti jizev.



### **PRŮBĚH VÝKONU**

- Před punkcí bude změřen krevní tlak, pulz, obvod břicha a hmotnost.
  - Punkce se provádí v polosedě nebo vleže na vyššířovací lehátku.
  - Lékař si místo vpichu prohmátá a následně ho zkontroluje pomocí ultrazvuku.
  - Punkce lze provést v lokální anestezii.
  - Lékař pomocí punkční jehly propíchně břišní stěnu, odebere vzorky tekutiny a napojí na jehlu spojovací hadičku či sběrný sáček.
- Během výkonu se nesmí manipulovat s jehlou. Je nutné omezit pohyb a hluboké dýchání, aby se zabránilo vzniku komplikací.

(Zdroj: Autorka práce, 2023)