

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Leona Šlaufová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Leona Šlaufová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO
S ASCITEM V AMBULANTNÍM PROVOZU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Plzeň 2014

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

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

V Plzni dne 20. 2. 2014.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji rodině za trpělivost během mého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Šlaufová Leona

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o nemocného s ascitem v ambulantním provozu

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran - číslované: 40

Počet stran – nečíslované: 16

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 31

Klíčová slova: ascites – edukace – punkce - ambulantní péče

Souhrn:

Tématem bakalářské práce je péče o nemocného s ascitem v ambulantním provozu. V teoretické části jsou popsány nejčastější příčiny vzniku ascitu, diagnostika onemocnění, péče o pacienta s ascitem a prognóza onemocnění. Ascites je mnohdy následkem závažných onemocnění, která vedou ke smrti nemocných, a proto nedílnou součástí péče o takto nemocného člověka je i paliativní péče. V praktické části vidíme onemocnění z pohledu pacienta. Cílem je zjistit, zda pacienti preferují ambulantní péči před hospitalizací a proč. Zvolila jsem formu kvalitativního výzkumného šetření pomocí rozhovorů se třemi respondenty. Rozhovory byly s jejich souhlasem nahrávány, po přepsání do bakalářské práce smazány.

Annotation

Surname and name: Šlaufová Leona

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing care of patient with ascites in ambulatory working

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages: 56

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 31

Keywords: ascites - education - puncture – outpatient care

Summary:

This bachelor thesis endeavors to provide readers with the understanding of the management of the patients with ascites on an outpatient basis. The theoretical part of the thesis gives an overview on general symptoms of ascites, medical diagnosis, treatment and prognostic factors in patients as well. Management of developed ascites (pathological accumulation of fluids in the peritoneal cavity) due to serious diseases as cirrhosis of the liver commonly deals with a palliative care. The practical part of the thesis gives an overview on ascites from patients' perspective. The aim of the analysis is to examine whether the patients prefer and outpatient treatment or hospitalization care. The structured interviews were used as a qualitative research methodology. Patients agreed to be recorded – after rewriting, the recorded interviews were safely deleted.

OBSAH

Obsah	9
Úvod	11
1 Ascites	12
1.1 Definice ascitu	12
1.2 Typy ascitu.....	12
1.3 Klinický obraz při ascitu	12
2 Etiologie vzniku ascitu.....	14
3 Etiopatogeneze ascitu	15
4 Diagnostika ascitu	16
4.1 Vyšetřovací metody	17
4.2 Příprava nemocného na vyšetření	17
4.2.1 Diagnostická punkce	17
4.2.2 CT (computerová tomografie) vyšetření.....	18
4.2.3 MR (magnetická rezonance) břicha	18
4.2.4 Laparoskopické vyšetření	19
5 Léčba ascitu	20
5.1 Terapie diuretiky	20
5.2 Paracentéza	20
5.3 TIPS	21
6 Role sestry v péči o nemocného s ascitem v ambulantním provozu	22
6.1 Edukace nemocného	22
6.2 Edukace doprovázející osoby	23
6.3 Punkce ascitu v ambulantním provozu	23
6.4 Zajištění potřeb nemocného	24
6.5 Zdravotnická dokumentace	25
7 Paliativní péče	26
PRAKTICKÁ ČÁST	27
8 Formulace problému	27

9 Cíl a úkol výzkumu	27
9.1 Hlavní cíl.....	27
9.2 Dílčí cíle.....	27
10 Metodika	28
10.1 Osnova polostrukturovaného rozhovoru.....	28
11 Výzkumné otázky.....	29
12 Vzorek respondentů.....	30
13 Prezentace a interpretace získaných údajů	31
13.1 Přepisy rozhovorů s respondenty	31
14 Diskuse	45
Závěr	50
Seznam zdrojů.....	51
Seznam příloh.....	54
Příloha č. 1	55

ÚVOD

V horizontu dvou až třech letech je na II. interní klinice Fakultní nemocnice v Plzni zajištěna péče o nemocné s ascitem nejen za hospitalizace, ale i ambulantní cestou. K provedení punkce ascitu již není nutné nemocného hospitalizovat, ale je možné ji provést ambulantně. Záleží samozřejmě na zdravotním stavu nemocného, a to jak fyzickém, tak psychickém. Ne u všech je možné zvolit tento postup. Je nutná alespoň částečná mobilita nemocného a také spolupráce rodiny. Vzhledem k tomu, že jsou to nemocní, se kterými se setkáváme opakovaně, a tím si k nim vytvoříme bližší vztah, zajímalo mne, jak se u nás cítí, jestli jim tato varianta péče vyhovuje, co je vede k volbě ambulantní péče, případně jestli jim něco nevyhovuje nebo by chtěli něco zlepšit. Péči o nemocné ambulantní cestou považují za vítanější, příjemnější, zbavující stresu provázejícího hospitalizaci a odloučení od blízkých osob. Zajímalo mě, zda to tak vnímají i nemocní, zda existuje něco, co vnímají jako nevýhodu tohoto postupu. U nemocných s ascitem je třeba zaměřit se i na psychickou stránku, protože velké procento z nich trpí život ohrožujícím onemocněním a ascites je jeho následkem. Literatura uvádí, že přibližně polovina nemocných s ascitem do roka od jeho objevení se umírá. Proto jsem si výzkumným šetřením chtěla ověřit, jak je v době jejich onemocnění ovlivňuje přítomnost osoby blízké při evakuační punkci, či jsou-li raději při punkci sami s ošetřovatelským personálem.

1 ASCITES

Výraz ascites byl odvozen z řeckého slova „askos“, kterým byly označeny kožené měchy k přechovávání vody a vína. (Fraňková 2012)

1.1 Definice ascitu

Ascites je patologický stav, definovaný jako zvýšené množství volné tekutiny v dutině břišní, které může dosahovat až několika desítek litrů. Je známkou pokročilé fáze základního onemocnění. Fyziologicky se v peritoneální dutině nachází asi 150 ml tekutiny, která ji udržuje vlhkou a snižuje tření peritonea a ostatních orgánů. (Pacáková 2006, s. 42)

1.2 Typy ascitu

Ascitická tekutina může mít charakter transsudátu, což je nezánnětlivý výpotek, nebo exsudátu, který je zánětlivý, zpravidla infekční. (Slezáková aj. 2010, s. 238).

Toto dělení vychází z množství bílkoviny v tekutině. Transudát má nižší specifickou hmotnost (méně než 1015) a koncentrace bílkoviny je v rozmezí 10 – 20g/l. Exsudát je zánětlivý výpotek se specifickou hmotností vyšší než 1020 a s obsahem bílkovin nad 40g/l. (Klener 2006, s. 654)

V současné době se již častěji hodnotí albuminový gradient sérum– ascites (používána zkratka SAAG = sérum – ascites albumine gradient). Ten získáme tak, že odečteme koncentraci albuminu v ascitu od koncentrace albuminu v séru. Tento výpočet vzájemně souvisí s portálním tlakem, a proto hodnoty vyšší než 11g/l potvrzují jako vznik ascitu portální hypertenzi. Hodnota nižší naopak ukazuje na jinou příčinu. (Dítě 2007, s. 322)

1.3 Klinický obraz při ascitu

Ascites se obvykle vyvíjí postupně a je příznakem zhoršující se prognózy základního onemocnění. Prvními příznaky jsou tlaky a nepříjemné pocity v břiše, říhání, meteorismus, flatulence. Někdy se naopak může vyskytnout zácpa střídající se s průjmy, nechutenství, hubnutí. Může klesat diuréza až nykturie. Výrazným příznakem je zvětšující se objem břicha, u mužů se objevuje hydrokéla či otok skrota. Otoky dolních končetin mohou být varovným příznakem, nebo se vyvíjejí až se vznikem ascitu. Je-li ascites objemný, bránice je ve vyšším postavení, což způsobuje dušnost.

Objektivními příznaky jsou bledost, celková zchvácenost, výrazná svalová atrofie horních i dolních končetin v kontrastu s velmi objemným břichem. Pacient může být subikterický, dehydratovaný a některá základní onemocnění způsobí i četné pavoučkové névy. Bránice je ve vyšším postavení, břicho je tekutinou i meteorismem vzedmuté nad úroveň hrudníku a břišní stěna je napnutá. Objevují se kýly v různé lokalizaci jako následek rozestupu přímých břišních svalů, nejčastěji umbilikální kýla, vytváří se kolaterální oběh. Otoky dolních končetin mohou být pouze perimaleolární nebo mohou dosahovat až k tříslům. (Klener 2006, s. 654)

2 ETIOLOGIE VZNIKU ASCITU

Nejčastější příčinou vzniku ascitu jsou jaterní cirhóza a chronická onemocnění jater. Ascites vzniká i při onemocněních způsobujících překrvení a městnání krve v játrech, jako jsou pravostranná kardiální dekompenzace, konstriktivní perikarditida či Buddův – Chiariho syndrom. Dále jsou to tumory, a to buď primární tumory jater, nebo metastatická postižení jater a peritonea. V neposlední řadě způsobují ascites onemocnění pankreatu, a to převážně akutní pankreatitida, hypoalbuminémie z různých příčin – nefrotický syndrom či malnutrice, onemocnění ovarií, různé druhy infekce – bakteriální, tuberkulózní, mykotické, parazitární. Při vzniku problémů odvodu lymfy může vznikat chylózní ascites. (Klener 2006, s. 652)

3 ETIOPATOGENEZE ASCITU

Ascites vzniká na podkladě portální hypertenze při onemocnění jater, ale i u kardiální dekompenzace a nefrotického syndromu, při nichž se výrazně zvýší tlak v jaterních sinusoidech. Fyziologicky je tlak v jaterních sinusoidech velmi nízký, a to méně než 10 mm Hg. Vzniká bloádou portální žíly a jejích ostatních větví z různých příčin, které se dělí na prehepatální, intrahepatální a posthepatální. (Fakan 2008, s. 91; Povýšil aj. 2007, s. 211)

Jaterními sinusoidami volně prochází albumin do extravaskulárního prostoru. Zvýší-li se v nich tlak, dojde ke zvýšení úniku tekutiny do jaterního intersticia, odkud je tekutina drénována lymfatickými cestami. Fyziologicky je lymfatickou drenáží odváděno 1000ml/den, v případě zvýšeného úniku tekutiny do jaterního intersticia se drenáž lymfatickými cestami zvýší až na 10 l/den. Drenáž pak nestačí tekutinu odvádět a ta uniká povrchem jater do peritoneálního prostoru a tam vytváří ascites. (Češka 2010, s. 434)

U pacientů s maligním onemocněním je mechanismus vzniku ascitu ovlivněn lokalizací tumoru. Chylózní ascites při onemocnění lymfomy je způsoben infiltrací metastáz do lymfatických uzlin, zhoršením průchodnosti až rupturou lymfatických cév. (Fraňková 2012, s. 144)

4 DIAGNOSTIKA ASCITU

Česká hepatologická společnost dělí dle klinického obrazu ascites na tři stadia. První stadium je ascites zjistitelný pouze zobrazovacími metodami. Nejčastěji používanou, přesnou, pacienta nezatěžující, neinvazivní, nejdostupnější a finančně nenáročnou metodou je sonografické vyšetření. Ultrasonografie dokáže prokázat již 200ml ascitu v dutině břišní. (Šafránková aj. 2006, s. 247)

Druhým stadiem je nevelký ascites, který lze zjistit již fyzikálním vyšetřením. Poklepem je možné vyšetřit ascites o objemu přibližně od 1500ml. Břicho bývá v poloze ve stoje skleslé, při poloze vleže má kulovitý tvar a rozlévá se do stran. Poklep při výskytu volné tekutiny v dutině břišní je ztemnělý a přesouvá se podle polohy nemocného.

Jako třetí stadium je označován tenzní ascites. V této fázi se již břicho vyklenuje do značné velikosti, pokožka je napjatá až lesklá, mohou se tvořit strie. U většiny nemocných je velké břicho v kontrastu s kachektizujícím vzhledem. U nemocných s hepatální příčinou ascitu se na břišní stěně vytváří dobře patrný kolaterální oběh. Objemný ascites v dutině břišní prokáže undulace (z latinského unda – vlna). Undulaci lze zjistit v poloze ve stoje tak, že se dlaň jedné ruky přiloží mezi hypogastrium a mezogastrium. Druhou rukou krátce udeříme na opačné straně břicha asi ve výši pupku. Volná tekutina vytvoří vlnu, kterou ucítíme v dlani přiložené ruky. (Chrobák 2007, s. 137)

Česká hepatologická společnost doporučuje provedení diagnostické punkce při každém nově vzniklém ascitu, při přijetí nemocného s ascitem do nemocnice, při resistenci ascitu na léčbu, při výskytu teplot u pacienta s ascitem a při zhoršení klinického stavu pacienta. Je to rychlá a efektivní metoda v diagnostice příčiny ascitu. V punktátu se vyšetřuje celková bílkovina, albumin, amylázy, triglyceridy, LDH, počet erytrocytů a leukocytů (ideálně hlavně granulocyty), stanovuje se albuminový gradient serum – ascites (viz typy ascitu). Kultivační vyšetření se provádí k vyloučení spontánní bakteriální peritonitidy a cytologicky prokazujeme maligní onemocnění. (Lukáš aj. 2007, s. 176; ČHS 2011-13)

Neinfikovaný ascites je sterilní, transparentní, nažloutlá tekutina. Pokud je patrný zákal, může jít o infekční exsudát. Krvavé zbarvení svědčí pro malignitu, ale nevyloučíme poranění cévy při odběru. Tmavohnědé zbarvení s vysokou koncentrací bilirubinu je charakteristické pro perforaci žlučovýchodů. (Fraňková 2012)

K upřesnění diagnózy a k časnému prokázání ascitu je možné indikovat ještě CT vyšetření, vyšetření magnetickou rezonancí. Pokud přetrvávají nejasnosti v diagnostice, je možné provést laparoskopii, kterou je možné prohlédnout jaterní parenchym, slezinu, zjistit známky portální hypertenze, prohlédnou peritoneum, vyloučit eventuální metastatické postižení a také provést cílenou biopsii jater. (Pacáková 2006, s. 42)

4.1 Vyšetřovací metody

Z výše uvedeného vyplývá, že k diagnostice ascitu je nutná anamnéza, fyzikální vyšetření, a to zejména vyšetření pohledem, kdy sledujeme napětí břišní stěny, velikost břicha, zanikající pupek až hernii, otok skrota či penisu, poklepem, který je při ascitu tlumený, a pohmatem, který může odhalit splenomegalii, hepatomegalii a hemoroidy. Dalšími metodami jsou sonografické vyšetření při méně objemném ascitu, rentgenologické vyšetření ve stoje, CT vyšetření a magnetická resonance. Eventuálně ještě, dle základní diagnózy, gynekologické vyšetření, endoskopie či laparoskopie. Nejdůležitější metodou je však diagnostická punkce ascitu, která upřesní jeho etiologii. (Hehlmann 2010, s. 38-39)

4.2 Příprava nemocného na vyšetření

Na všechna tato vyšetření musíme nemocného více či méně připravit. U některých vyšetření stačí jen poučit nemocného, k jiným vyšetřením je třeba nemocného, byť jen krátkodobě, hospitalizovat. Rozhodujeme se podle náročnosti vyšetření, schopností, možností a také intelektu pacienta. (Venglářová 2005, s. 30-31)

4.2.1 Diagnostická punkce

Diagnostická punkce ascitu se většinou provádí za hospitalizace. Jejím cílem je zjištění etiologie ascitu. Kontraindikací k výkonu by potenciálně mohla být závažná koagulopatie. Jde však o velmi ojedinělé případy a většinou se projeví pouze hematomem v dutině břišní. S výkonem pacienta podrobně seznámí lékař, zvláštní příprava není nutná. Základem je dostatečná edukace nemocného. Pokud je pacient správně edukován a jsou mu zodpovězeny všechny dotazy, přistupuje k vyšetření klidný a lépe spolupracuje. Diagnostická punkce je krátkodobý, invazivní výkon, kdy lékař odsaje za přísně sterilních podmínek výpotek. Množství postačující pro všechna vyšetření je přibližně 30ml. Po dobu výkonu s pacientem komunikujeme, informujeme ho o tom, co se děje. Po odsátí vzorku ascitu lékař vytáhne jehlu a stříkačku, sestra

sterilně překryje místo vpichu a sleduje stav nemocného. Změří krevní tlak, puls a sleduje, zda místo vpichu nekrvácí. (Češka 2010, s. 799)

4.2.2 CT (computerová tomografie) vyšetření

CT vyšetření je zobrazovací rentgenologická metoda, která je cenná pro detekci patologií, jako jsou ložiskové procesy, abscesy, píštěle a podobně. Je-li aplikována kontrastní látka, jsou zobrazeny i duté orgány. (Lukáš 2005, s. 56)

Nevýhodou computerové tomografie je stejné ionizující záření jako u běžného rentgenového vyšetření, ale v mnohem větších dávkách. Vyšetření může být provedeno ambulantně, pokud je možné spoléhat na pacientovu spolupráci. K vyšetření břicha je nutná příprava tekutou kontrastní látkou, nejčastěji Telebrixem. Při vyšetření s kontrastní látkou je nutné 6 hodin před vyšetřením lačnit a 2 hodiny před vyšetřením užít 2 tablety Dithiadenu jako prevenci alergie po podání kontrastní látky. Pacient může být vlivem léků spavý a hůře orientovaný, proto je nutný doprovod dospělé osoby. Pokud nemáme jistotu, že pacient je schopný připravit se na vyšetření v domácím prostředí, je lepší provést vyšetření za hospitalizace. Pacient je opět lékařem seznámen s výkonem a podepíše informovaný souhlas s výkonem, který je nedílnou součástí dokumentace k provedení vyšetření. Sestra pacienta opět edukuje, zodpoví mu dotazy týkající se výkonu i přípravy. Správná příprava má opět kladný vliv na průběh i výsledek vyšetření. Pokud není pacient správně připraven Telebrixem, mohou být výsledky zkreslené nebo špatně hodnotitelné. V rámci prevence alergie na kontrastní látku je vyžadováno podání dvou tablet Dithiadenu hodinu před vyšetřením, nebo aplikace jedné ampule Dithiadenu intravenózně krátce před vyšetřením. Pacient musí mít zavedený růžový nebo zelený periferní katétr, kterým bude aplikována kontrastní látka, bude-li potřeba. Po návratu z vyšetření budeme sledovat místo vpichu. Pacienta poučíme o nutnosti dostatečně pít, aby byla kontrastní látka co nejvíce naředěna a vyloučena z těla bez toho, aby došlo k poškození ledvin. (FN Plzeň 2012)

4.2.3 MR (magnetická rezonance) břicha

Magnetická rezonance je velmi šetrná, přesná a neinvazivní vyšetřovací metoda s velkou citlivostí. Jednou z výhod je zobrazení dutých orgánů i bez kontrastní látky, což je velkým přínosem pro pacienty s alergií na jodové preparáty. Další nespornou výhodou je nulové radiační zatížení. Magnetická rezonance využívá fyzikální principy magnetického pole elektromagnetického vlnění. Jediná nevýhoda spočívá pouze v určité

hlučnosti přístroje, která se však řeší individuálně s každým pacientem nasazením sluchátek s hudbou. Pacient dostává do ruky ovladač s tlačítkem a mikrofonem, kterým je spojen s laborantem, a je nepřetržitě sledován kamerovým systémem. V případě jakékoli panické reakce či nezvladatelného dyskomfortu jej může použít. Kontraindikací pro magnetickou rezonanci je přítomnost kovových implantátů v těle pacienta. Z výše uvedeného vyplývá, že žádná zvláštní příprava nemocného k vyšetření není nutná. Lékař seznámí pacienta s výkonem, podepíše informovaný souhlas. Informovaný souhlas Fakultní nemocnice v Plzni velmi přesně formuluje otázky kladené před magnetickou rezonancí ke zjištění kovových předmětů v těle pacienta. Předchází se tím nejen poškození přístroje, ale i poškození pacienta. Tytéž otázky pokládá ještě laborant bezprostředně před uložením na vyšetřovací stůl. Často dochází k opomenutí rovnátek či zubních implantátů. Výsledkem pak bývá nehodnotitelný záznam. Po vyšetření nejsou nutná žádná omezení. (FN Plzeň 2013)

4.2.4 Laparoskopické vyšetření

Laparoskopie je invazivní vyšetřovací metoda prováděná za hospitalizace. Uměle vytvořenými otvory skrz břišní stěnu se zavede endoskop, což umožní prohlédnout břišní dutinu a v ní uložené orgány přímo zrakem. Provádí se z důvodů diagnostických i terapeutických, a to v celkové anestezii. Psychická příprava nemocného vychází ze seznámení s výkonem, lékař pacientovi podá veškeré informace a podepíše nezbytný informovaný souhlas. Fyzická příprava spočívá ve standardním předoperačním vyšetření, to znamená v odběru krve na biochemické, hematologické a hemokoagulační vyšetření. Pacientovi je registrováno EKG, proveden rentgen srdce a plic a změřeny fyziologické funkce. Před výkonem pacient od půlnoci lační, je vyprázdněn a jsou vyholena místa vpichu. Medikamentózní příprava je aplikace premedikace dle ordinace lékaře. Laparoskopie je prováděna v poloze na zádech. Po výkonu je pacient 24 hodin v klidu na lůžku. První tekutiny perorálně podáváme 6 hodin po operaci, monitorujeme fyziologické funkce frekvencí dle ordinace lékaře. Sledujeme místa vpichu, odvod drénu a celkový stav nemocného. Důležité je tlumit bolest dle potřeb nemocného. Druhý den odstraníme drén, zkontrolujeme stehy, provedeme sterilní krytí, a pokud proběhne výkon bez komplikací, odchází pacient domů. (Čoupková aj. 2010, s. 23)

5 LÉČBA ASCITU

Léčba ascitu se odvíjí od klinického stavu pacienta. Z počátku zavádíme režimová opatření. Klid na lůžku s vyšší polohou dolních končetin, dietu s omezením soli, obsahující 3g NaCl na den, snižujeme i přívod tekutin na přibližně 1l/24hodin. Neměl by být omezen přísun kalorií. Nemocnému doporučíme dochucování jídel šťávami, cibulí, česnekem, různým kořením a bylinkami. Dieta by měla obsahovat dostatek kvalitních bílkovin, přiměřeně cukrů, tuků, ovoce, zeleninu i vlákninu. K ovlivnění ascitu dietou je třeba velké sebekázně, a i proto jí lze ovlivnit asi jen 20% ascitů. Ascites doprovázející jaterní onemocnění může spontánně odeznít, pokud dojde ke zlepšení celkového stavu nemocného. Nefrotoxickou léčbu podporující ascites (antirevmatika, aminoglykosid), ale také léky obsahující kyselinu acetylsalicylovou a vasodilatancia je třeba ordinovat velice uvážlivě. (Navrátil 2008, s. 287)

5.1 Terapie diuretiky

Pokud ascites přetrvává, je zahájena léčba diuretiky. Začíná se spironolactony, nejznámější je Verospiron ve formě tablet. Denní dávka se pohybuje od 100 do 400 mg. Pokud se během několika dní pacientův stav nezlepší, je možné dávku zdvojnásobit. Při nedostatečném účinku je přidáván furosemid, což je diuretikum působící na jiném principu, v denní dávce 40 – 120mg. Poslední možností je přidat hydrochlorothiazid v denní dávce 25-50mg. Při podávání diuretik ve vysokých dávkách se může vyskytnout encefalopatie, hypokalémie, což je důvod k vysazení terapie, nebo alespoň k výraznému snížení dávek. (Klener 2006, s. 655)

5.2 Paracentéza

Pokud ascites nereaguje na léčbu diuretiky, nazýváme ho refrakterní ascites a k jeho odstranění se provádí paracentéza. Výkon se provádí za aseptických podmínek. Najednou můžeme vypustit 5-7 litrů během 60-90 minut. Po punkci zůstává nemocný v klidu, kontrolujeme krevní tlak a puls. Je-li nemocný v pořádku, může odejít domů. Po paracentéze se pokračuje v léčbě diuretiky. (Klener 2006, s. 655-656)

5.3 TIPS

Pokud dochází k reakumulaci ascitu a jsou nutné opakované paracentézy, je další možností k odstranění či zmírnění portální hypertenze, jako příčiny ascitu, zavedení transjugulárního portosystémového shuntu - zkratu (TIPS). (Gerbes 2011, s. 53)

Jde o vytvoření zkratu přes vnitřní jugulární žílu, přes pravou předsíň a jaterní žíly až do jater a tam dojde k propojení s portální žílou. Kontraindikací je těžká jaterní dysfunkce, ikterus nebo encefalopatie. Literatura uvádí, že TIPS účinněji ovlivňuje mortalitu než velkoobjemové paracentézy. TIPS je pouze dočasné řešení, po něm může následovat jen transplantace jater, která má význam při vzniku ascitu z hepatálních příčin. (Čoupková aj. 2010, s. 210)

6 ROLE SESTRY V PÉČI O NEMOCNÉHO S ASCITEM V AMBULANTNÍM PROVOZU

Péče o nemocného s ascitem v ambulantním provozu je jistě v mnoha ohledech odlišná od péče o nemocného s ascitem za hospitalizace. Odlišnosti nalezneme v edukačních postupech orientovaných na nemocného i na příbuzné či doprovázející osoby, v prostředí, ve kterém bude punkce prováděna, v možnostech zajištění základních potřeb nemocného a také ve vedení zdravotnické dokumentace.

První návštěva nemocného s ascitem v interní ambulanci bývá většinou na doporučení praktického lékaře, který pošle nemocného k dovyšetření. Pokud je příčina ascitu známá, přichází nemocný k léčbě základního onemocnění a samozřejmě odstranění ascitu. U diagnózy diferenciální je nutné buď její potvrzení, nebo vyloučení, neboť správné určení diagnózy vede i ke správnému nastavení léčby (viz výše). Po propuštění z hospitalizace jsou nutné další návštěvy nemocného v interní ambulanci ke kontrole jeho celkového stavu a sledování úspěšnosti léčby. Dalším důvodem pacientových návštěv interní ambulance bývá provedení paracentézy. Vzhledem k tomu, že ascites je vždy známkou prognosticky nepříznivého stadia nemoci, je nutné podle toho k nemocnému přistupovat. Proto je nedílnou součástí péče o nemocného s ascitem i paliativní péče. (Plevová 2011, s. 116)

6.1 Edukace nemocného

Příchod nemocného s ascitem do interní ambulance a jeho následná hospitalizace vyžaduje kromě vstupního vyšetření lékařem i základní edukaci. O důvodu přijetí, vyšetřovacích metodách a následné léčbě edukuje nemocného a dle jeho přání i doprovázející osoby lékař. Podepíše s nemocným informované souhlasy s přijetím nemocného k hospitalizaci a případně i souhlas s vyšetřením, na které nemocného odešle ještě před přijetím na lůžkové oddělení. Sestra nemocného na vyšetření připraví, poskytne mu informace týkající se ošetrovatelské péče, zodpoví případné otázky. Sepíše s nemocným souhlas s podáváním informací o zdravotním stavu a oba ho podepíší. Komplexní edukaci poté poskytují nemocnému ošetřující lékař a sestra na lůžkovém oddělení. To samé platí i pro osoby blízké, které si přeje pacient informovat a uvede je v daném formuláři. Edukace ambulantní sestrou u nemocného s ascitem se nejčastěji uplatňuje u jeho přípravy k provedení paracentézy. K úspěšné edukaci je nutná správně

zvolená komunikace, a to jak verbální, tak nonverbální. Je prokázáno, že pacient více vnímá nonverbální projev zdravotnického pracovníka, a proto je nutné na to při komunikaci myslet. Při verbální komunikaci volíme srozumitelná slova, vynecháme odbornou terminologii, které nemocný nerozumí. Držíme se tématu, hlasitost přizpůsobíme edukačnímu prostředí, rychlost řeči edukantovi. Délka projevu by měla být přizpůsobena věku, zdravotnímu stavu a schopnostem edukanta a také naléhavosti sdělení. Necháváme dostatek pomlky, aby měl edukant možnost si danou informaci promyslet a klást dotazy. U nonverbální komunikace klademe důraz na mimiku, která může do určité míry vyjadřovat psychický stav nemocného. Cílem edukace je seznámit nemocného a jeho blízké s výkonem, psychicky nemocného připravit. Je-li nemocný dobře připraven a má-li pocit jistoty a bezpečí, který se snažíme vytvořit, lépe výkon a léčbu snáší a hlavně lépe spolupracuje. (Juřeníková 2010, s. 37-38)

6.2 Edukace doprovázející osoby

Doprovázející osobou bývá osoba blízká. V některých případech bývá edukován zdravotnický pracovník Domácí péče, který péči o nemocného v období po propuštění převezme, není-li rodina schopna. U edukace doprovázejících osob postupujeme stejně jako u nemocného. (Juřeníková 2010, s. 49)

6.3 Punkce ascitu v ambulantním provozu

Paracentéza objemného ascitu je pro nemocného léčebnou metodou. Pokud jde o reakumulaci ascitu a opakovaný výkon, jde o výkon úlevový, který je součástí paliativní péče. Pacient přichází buď sám, nebo s doprovodem. Někteří nemocní již punkci prodělali, přesto jim znova vše vysvětlíme. Nemusí si všechny informace pamatovat, mohou mít různé dotazy, chtějí znát třeba více podrobností. Komunikace s nemocným je důležitá zvláště pro jeho psychický stav. Je-li nemocný psychicky připraven, je uložen na lůžko do polohy vpolosedě s pokrčenými dolními končetinami, pokud je to pro nemocného pohodlné. Na sterilní instrumentační stolek jsou připraveny pomůcky a je přistaven k lůžku. Nemocnému jsou změřeny základní fyziologické funkce a nahlášeny lékaři. Je-li vše v pořádku, začne se s punkcí, při které lékaři asistuje sestra. Ta provede dezinfekci místa vpichu, dle přání nemocného lékař aplikuje lokální anestezii. Po nástupu účinku anestetika znova dezinfikujeme místo vpichu, lékař zavede punkční jehlu, na kterou je napojený infuzní set, který odvádí tekutinu do sběrné nádoby. V průběhu výkonu je stále sledován zdravotní stav nemocného - není-li bledý,

opocení. Neustále s nemocným komunikujeme, čímž registrujeme i stav vědomí nemocného. Protože jde pouze o evakuační, úlevovou punkci prováděnou ambulantně, není nutné odebírat vzorek k vyšetření. Po odčerpání tekutiny lékař odstraní punkční jehlu, ošetří místo vpichu, sterilně ho překryje a provede kompresi dutiny břišní v místě vpichu, aby se zamezilo prosakování tekutiny a vyrovnaly se tlakové poměry v dutině břišní. S odstupem 30-60 minut jsou pacientovi opět zkontrolovány fyziologické funkce a jeho celkový zdravotní stav. Pokud se pacient cítí dobře, může se svým doprovodem odejít domů. (Mikšová aj. 2006, s. 144-145)

6.4 Zajištění potřeb nemocného

V moderním ošetrovatelství přistupujeme k nemocnému jako k holistické bytosti, to znamená, že pacienta vnímáme jako bio-psycho-sociální celek. Každý nemocný je individualita a podle toho k němu přistupujeme. Snažíme se uspokojit všechny jeho potřeby, které jsou vyvolány nedostatkem v nějaké oblasti. Potřeby lidí jsou hierarchicky uspořádány, nejčastěji k hodnocení potřeb používáme Maslowovu pyramidu hodnot. (Trachtová aj. 2008, s. 9)

Maslowova pyramida hodnot dělí potřeby člověka do pěti základních stupňů:

1. Fyziologické potřeby – dýchání, spánek, jídlo, pití, vylučování, sex...
2. Potřeby jistoty a bezpečí – psychické, fyzické, ekonomické
3. Potřeby lásky a sounáležitosti – pocit, že patří k nějaké skupině, miluje a je milován
4. Potřeba uznání a sebeúcty – respektování osobnosti, pocit užitečnosti...
5. Potřeba seberealizace – aktivace vlastního potenciálu, snaha něčeho dosáhnout

V době nemoci se hierarchie hodnot zužuje na dva základní stupně, které mají pro nemocného stejnou úroveň:

1. Fyziologické potřeby, jistota a bezpečí
2. Lásky a příslušnost k nějaké skupině, pocit sebeúcty

V rámci ošetrování nemocných a uspokojování jejich potřeb se snažíme uspokojit ty potřeby, které si nemůže uspokojit pacient sám vzhledem ke svému onemocnění. Často je nutné ke spolupráci motivovat rodinu a úzce s ní spolupracovat. (Šamánková aj. 2011, s. 33-34)

6.5 Zdravotnická dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace v ambulantním traktu není vedena, vše se hlásí lékaři a ten veškeré údaje zaznamenává do lékařské zprávy, která je v jednom provedení vydána pacientovi a druhá založena do karty pacienta, která je uložena v kartotéce interní ambulance. Veškerá dokumentace se řídí zákonem č.372/2011 Sbírky, § 65, ods. 3 a vyhláškou číslo 385/2006 sbírky o zdravotnické dokumentaci. Zdravotnickým zařízením ukládá povinnost vést zdravotnickou dokumentaci, upravuje formu vedení dokumentace, nutnost identifikace nemocného i zdravotnického zařízení. V dokumentaci musí být anamnéza, záznam o současném onemocnění, jeho průběhu a léčbě. Musí zde být zaznamenány i další důležité skutečnosti související se zdravotním stavem nemocného. Informované souhlasy se podepisují s lékařskými a vyšetřovacími postupy nesoucími nějaké riziko, jsou závažné, a také u hospitalizace. S ošetrovatelskými výkony písemný souhlas zatím není nutný. Souhlas s ním dává nemocný verbálně, řidčeji pouze trpěním výkonu. (Vondráček aj. 2008, s. 13-15, www.zakonyprolidi.cz 2012)

7 PALIATIVNÍ PÉČE

Jak již bylo uvedeno výše, ascites je známkou špatné prognózy základního onemocnění. Podle statistiky přibližně polovina pacientů umírá do roka od vzniku ascitu. (Klener, 2006)

Vývoj ascitu předpovídá úmrtnost, především u jaterních onemocnění. Dva roky od začátku vývoje ascitu u lidí s alkoholovou cirhózou přežívá pouze 50% pacientů. U pacientů s chronickou hepatitidou C je to kolem 5 let. (Lee aj. 2008, s. 376, s. 380)

Z toho důvodu je součástí péče o nemocného i paliativní péče. Paliativní péče je komplexní péče o pacienta v období, kdy už onemocnění nereaguje na kurativní léčbu. Důležitým předpokladem pro kvalitní paliativní péči je empatická, vstřícná a otevřená komunikace zdravotnického personálu s pacientem i jeho příbuznými. Smyslem paliativní péče je umožnit nemocnému důstojný odchod ze života mírněním symptomů zhoršujících kvalitu jeho života. Nejčastějšími symptomy bývají bolest, dušnost, ascites, nechutenství, nevolnost, zvracení, zácpy, kachexie, ale i psychické problémy jako je úzkost či deprese. Úkolem zdravotníka je tlumit tyto příznaky s rozvahou, poněvadž léčba jednoho symptomu může svými nežádoucími účinky vyvolat jiné. Volbu posloupnosti odstraňování nepříjemných symptomů necháváme na pacientovi. Rovněž respektujeme pacientovy emocionální projevy jako pláč, křik.

Sestra se v paliativní péči v ambulantním provozu orientuje na monitoraci negativních příznaků, plánuje společně s pacientem cíle léčby, respektuje jeho přání, umožňuje určitý komfort při pobytu v nemocničním prostředí, učí pacienta i jeho blízké, jak zvládat potíže a jak být co nejdéle soběstačný. Pacient potřebuje mít naději, že ve chvíli smrti nebude sám a že nebude trpět. (Vorlíček aj. 2006, s. 164-166)

PRAKTICKÁ ČÁST

8 FORMULACE PROBLÉMU

Punkce ascitu (paracentéza) v ambulantním provozu se v převážné většině případů provádí až po předchozí hospitalizaci, při které byla diagnostikována příčina ascitu a provedena první punkce. Pokud to zdravotní stav a rodinné zázemí pacienta umožňují, jsou následné punkce ascitu prováděny ambulantně.

Pomocí strukturovaných rozhovorů nahrávaných na diktafon zjistím, jak nemocný vnímá ambulantní provedení punkce ascitu, co považuje za přínos a co je naopak nevýhodou tohoto postupu.

9 CÍLA ÚKOL VÝZKUMU

9.1 Hlavní cíl

Zjistit, jak je nemocným celkově vnímáno provádění punkce ascitu v ambulantním prostředí.

9.2 Dílčí cíle

1. Identifikovat pocity a prožitky nemocného, které doprovází provedení punkce ascitu.
2. Pokusit se analyzovat příčinu možných nežádoucích pocitů.
3. Zjistit, jak nemocný vnímá přítomnost ambulantního personálu.
4. Zjistit, jak nemocný vnímá prostředí a podmínky při ambulantní péči.
5. Navrhnout informační leták, který by pomohl v edukaci nemocných.

10 METODIKA

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila metodu kvalitativního šetření, která se mi zdála vhodnější a objektivnější k zvolenému tématu. Kvalitativní šetření bylo prováděno pomocí polostrukturovaného rozhovoru, při kterém respondenti zodpověděli 10 otázek. Rozhovory probíhaly v prostoru příjmové interní ambulance, většinou po provedení evakuační punkce. Se svolením respondentů byly nahrávány na diktafon. Každý z nich trval 20-30 minut.

10.1 Osnova polostrukturovaného rozhovoru

1. Jak Vám byla sdělena diagnóza?
2. Jak jste přijal/a informaci o své nemoci?
3. Kým jste byl/a edukován/a o možnosti ambulantního provedení punkce?
4. Byla Vám nabídnuta nebo doporučena přítomnost rodinného příslušníka?
5. Co jste zvažoval/a při rozhodování o možnosti provedení punkce ambulantně?
6. Jak Vás ovlivňuje znalost personálu ambulance díky opakovaným návštěvám?
7. Co je pro Vás výhodou v porovnání s provedením za hospitalizace?
8. Shledáváte nějaké nevýhody v možnosti ambulantního provedení?
9. Jak se cítíte v průběhu punkce na ambulanci a jaké pocity jste zažíval/a při provedení punkce za hospitalizace?
10. Je něco, co byste si přál/a zlepšit při příští punkci?

11 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jakým způsobem je vedena edukace před ambulantním provedením punkce ascitu? Je nemocnými vnímána pozitivně, navozuje pocit bezpečí a jistoty?
2. Je pro nemocné přínosem přítomnost rodinných příslušníků?
3. Jak ovlivňuje jejich psychickou pohodu znalost personálu díky opakovaným návštěvám ambulance?
4. Co by pacienti uvítali v rámci uspokojování vlastních potřeb v průběhu výkonu?

12 VZOREK RESPONDENTŮ

K výzkumnému šetření jsem zvolila 2 muže a 1 ženu s rozdílným základním onemocněním, ale se stejnou zdravotní komplikací – s ascitem. U všech byly prováděny evakuační punkce ascitu opakovaně, a to alespoň 2x-3x ambulantně a nejméně 1x za hospitalizace, aby mohli otázky zodpovědět a aby získané informace byly validní a přínosné. Vzhledem k tomu, že ascites vzniká téměř výhradně u onemocnění ohrožujících život pacienta, bylo nutné k oslovení pacientů přistupovat s citem, a to i vzhledem k tomu, že některé otázky se týkají i vlastních emocí respondenta. S každým potencionálním respondentem jsem si nejprve nezávazně povídala, a pokud byl komunikativní a neměl problém o svém onemocnění hovořit, požádala jsem ho o rozhovor. Během rozhovoru jsem pouze položila otázku a nechala jsem respondenty hovořit. Všechny tři respondenty jsem upozornila, že rozhovor můžeme kdykoliv ukončit, pokud by jim některá otázka přišla nepříjemná, nemusí ji zodpovědět. Vzhledem k tomu, že rozhovory probíhaly po evakuačních punkcích, kdy respondenti pociťovali výraznou úlevu, byla atmosféra většinou pozitivní a optimistická.

13 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

13.1 Přepisy rozhovorů s respondenty

Respondent č. 1

První pacient je 44 – letý muž s progresí ascitu při chronickém pravostranném kardiálním selhávání. Ke kardiálnímu selhávání dochází po prodělaném infarktu myokardu komplikovaném kardiogenním šokem v roce 2009. Klient má i po několika stentážích těžkou poinfarktovou systolickou dysfunkci levé komory s ejekční frakcí 10-20%. Punkce ascitu mu byly prováděny opakovaně za hospitalizace s evakuací až 17 litrů. Nyní je mu punkce ascitu prováděna ambulantně, v kratších intervalech a s evakuací menšího množství (maximálně 7 litrů podle zdravotního stavu). Pacient nabídky ambulantního postupu rád využil, poněvadž dosud pracuje jako projektant a pobyt v nemocnici mu časově nevyhovoval.

Rozhovor probíhal před provedením punkce, pacient byl v dobré náladě, kromě mírné dušnosti spojené s ascitem ho nic netrápilo, bolesti nemá, ale pozoruje úbytek hmotnosti (kromě břicha). V minulých dnech si zažádal o invalidní důchod.

Rozhovor byl se souhlasem pacienta nahráván na diktafon, po přepsání do bakalářské práce smazán.

1. Jak Vám byla sdělena diagnóza?

„Přesná diagnóza mi nebyla asi sdělena dodnes. Nebo jsem to dobře nepochopil. Před pěti lety jsem prodělal infarkt, málem jsem zemřel, ale lékaři mě z toho dostali. Mám několik stentů v tepnách u srdce, ale po třech letech mi začalo selhávat. Předloni na jaře (v březnu 2012) se mi poprvé zvětšilo břicho. Nejdřív jsem si myslel, že jsem jen přibral, ale když se mi začalo hůř dýchat, šel jsem k lékaři. Dostal jsem nějaké prášky, abych víc močil, no a břicho se zase zmenšilo. Doktor mi řekl, že je to od srdíčka. V říjnu 2012 se mi zase strašně zvětšilo břicho, i když jsem poctivě bral léky, tak mě můj internista poslal do nemocnice, aby se to vyšetřilo. Nezdálo se mu, že by to bylo jen od srdce. Říkal, že by to mohlo být i od ledvin nebo od jater, takže se měl vyřešit ten původ, proč to vlastně je. Po všech vyšetřeních za mnou přišel mna pokoj doktor a řekl, že se nic nového nenašlo, že játra i ledviny jsou v pořádku. Takže okolo lítaly jenom nějaké domněnky.“

2. *Jak jste přijal informaci o své nemoci?*

„No mě vlastně nic nového nesdělili. Jen mě utvrdili v tom, že to srdíčko je v čudu.

Že mám nemocný srdce, s tím jsem byl smířenej, jen jsem nevěděl, že to bude tohle dělat (ascites). Já jsem původně chodil jinam, tam se se mnou moc nevybavovali, ale tady u Vás mi to pan doktor pěkně vysvětlil. Seděl u mě, mluvili jsme o tom přes půl hodiny. Řekl, že není úplně jasný, proč je ten ascites tak velkej, ale že je to od srdce, to jasný je, to víme všichni, že to byl tenkrát srdeční masakr, ale jestli je něco k tomu, nebo do jaký míry, tak v tom jasno nemám. Byl jsem trochu zklamanej. Čekal jsem, že mi doktor řekne: „Hele, je to od toho a od toho, dám Ti na to ten a ten lék a bude to zas dobrý.“ Ale to jsem byl moc velkej optimista. Myslel jsem, že když mám ty stenty, že to bude dobrý, protože nejdřív mi natejkaly jen nohy. Pak to přestalo no a pak nově začalo to břicho. Řekl mi, že léky dostanu, ale že se to bude vracet. No a měl pravdu. Dvakrát jsem tu ležel a teď jsem tu na ambulanci už potřetí.“

3. *Kým jste byl edukován o možnosti ambulantního provedení punkce?*

„Tak nějak se o tom zmínil doktor, když mi říkal, že už se toho úplně nezbavím. Poprvé, když jsem tu ležel, jsme o tom jen tak jako, jen teoreticky. Po druhý už jsem se o to zajímal, protože se mi nechce ležet několik dní, respektive týden, v nemocnici, když by to šlo vyřešit jinak. Zeptal jsem se doktora, ten mi řekl, že bych přišel na ambulanci a tam by se to vypustilo, stejně jako za hospitalizace. Jen by se mi párkrát přeměřil tlak, po vypuštění bych tam ještě chvíli zůstal na pozorování a pak bych mohl jít klidně domů, když by bylo všechno v pořádku.“

4. *Byla Vám nabídnuta nebo doporučena přítomnost rodinného příslušníka, nebo osoby blízké?*

„Říkal mi doktor, že by se mnou mohl, nebo možná měl někdo jít. Nebo mě alespoň přivést a odvézt, že dopoledne se čeká na sanitky dlouho. Ale já sanitku nepotřebuju, vždyť jsem doteď chodil do práce. Navíc mám jen rodiče, ty už taky nejsou nejmladší. Navíc táta je ženatý s jinou paní, já bydlím jen s matkou. Jsem svobodný, mám bráchu, ale ten bydlí daleko. A taky mám syna, ale tomu je teprve 17 let a navíc se moc nevidáme. No a přítelkyni nemám, takže kdo by sem se mnou chodil?“ A já chodím radši všude sám. Dám si sluchátka, pustím si rádio nebo cokoliv a pohoda.“

5. *Co jste zvažoval/a při rozhodování o možnosti provedení punkce ambulantně?*

„No asi takhle: já za měsíc přiberu 2-3 kg, to je asi 2-3 litrů vody v břiše dalo by se říct. To znamená, že na to aby se to dalo vypustit najednou, bych potřeboval chodit na tu punkci každé dva měsíce. Což je jednou za dva měsíce bejt dejme tomu půl dne v nemocnici. Takže to je mnohem lepší, než se válet v nemocnici jednou za tři měsíce tejdén a ob den vypustit trochu, že jo? To by pro mě bylo určitě mnohem jednodušší. Navíc, když jsem chodil do té práce. Teď už snad tu invalidku dostanu, před tím, když jsem žádal, tak jsem byl asi ještě málo nemocnej. Takže pro mě byl důležitý čas a pak taky to, že nemusím být v té nemocnici. Víte, když se Vám uleví, po tom prvním vypuštění, tak pak už se tam spíš nudíte. Je to tak jako proflákanej čas. No a na té ambulanci by to bylo mnohem kratší. A večer bych spal ve svojí posteli. Taky jsem si říkal, jak to asi uděláte na ambulanci, když to nepoteče? Na oddělení se mi to stalo, že to neteklo, tak mi to vyndali a druhý den jsem šel na sono břicha, tam mi udělali křížek na břicho a pak to šlo dobře.“

6. *Jak Vás ovlivňuje znalost personálu ambulance díky opakovaným návštěvám?*

„Jak bych to řekl.... Víte, tam kde jsem byl před tím se se mnou moc nekamarádili (směje se) přitom mě tam sundali hrobníkovi z lopaty, ale tady je to fakt fajn, takový lidštější. Nechci Vám jako podlézat, abyste na mě příště byli ještě hodnější, ale sem chodím už skoro jako domů. I vy všechny se ke mně chováte, jako že se známe a to je skoro jako doma (směje se). Už sem chodím přes rok a jinam bych už nechtěl jít. I na tom patře byli všichni fajn. Prostě je fajn, někam přijít a vidět známou tvář a vědět, že

vy už víte... a taky vím, že se můžu na cokoliv zeptat a nebudete nepříjemné. Teda, alespoň zatím na mě nikdo nepříjemnej nebyl.“

7. *Co je pro Vás výhodou v porovnání s provedením za hospitalizace?*

„Tak hlavně ten čas, jak jsem říkal. Místo týdne, dejme tomu, jedno dopoledne. Radši budu jezdit každý měsíc na dopoledne, než jednou za tři měsíce na týden. Taky to mám blízko domů, takže není problém přijet a odjet sám. A navíc nikdy nevíte, s kým budete na pokoji.

A když jste tam čtyři, tak je fakt někdy problém se sladit. Někdo chce jít spát dřív, někdo dýl a to je to nejmenší. Takovej hluchej děda, kterýmu tam od rána jede v rádiu dechovka, to je horší než nepovedená punkce. A chtějte po dědovi, ať si do uší nacpe sluchátka, když mu z něj kouká naslouchátko. A taky domluva větrat či nevětrat. A co si budeme nalhávat, všichni pacienti jsou tu v letech. Proti nim si přijdu jako puberták a o čem se máte bavit? Natož je komandovat, aby si ztlumili rádio nebo vyvětrali a tak jsem často dělal, že spim. Když je na pokoji někdo, komu je fakt moc špatně, nebo někdo, kdo otravuje třeba jen tak ze svého principu, tak to je potom taky špatný tam s nima bejt. Tady na ambulanci si pěkně lehnu, doktor mě napíchne, no a za hodinu a půl až dvě hodiny je břicho vypuštěný. Většinou kolem šesti litrů. Pak se zkontroluje tlak, a když je všechno v pohodě, můžu jít do hodiny domů. Když chci, můžu se tu dívat na televizi, pak to rychleje uteče. Další výhoda je to, že když se odpustí míň toho ascitu, tak nemusím dostávat kapačky na doplnění bílkovin. Taky tím, že ambulantně můžu chodit častěji s menším množstvím, tak se nemusím tahat s takovou batožinou vepředu a tak je to menší zátěž asi i na páteř a na orgány asi taky, ne? A bílkoviny dostávám zpátky potravinovými doplňkami, který beru ještě asi 3-4 dny po punkci, aby se to zase vyrovnalo.“

8. *Shledáváte nějaké nevýhody v možnosti ambulantního provedení?*

„No já v tom žádný negativa neshledávám. Jen konkrétně u mě by mohl být tím negativem krevní tlak. Já ho mám normálně nízký a pak mi ještě trochu klesne. Ale když se pak napiju, tak je to dobrý. A když jsem sem šel poprvé, byl jsem takový rozpačitý, protože jsem se zapomněl zeptat, jak to na ambulanci probíhá a jestli mám mít něco sebou. Ale to není nevýhoda, měl jsem se zeptat, když jsem šel kolem ambulance, nebo by možná věděly sestřičky na patře.“

9. *Jak se cítíte v průběhu punkce na ambulanci a jaké pocity jste zažíval při provedení punkce za hospitalizace?*

„Asi úplně největší rozdíl je ten, že po punkci na ambulanci můžu jít domů. To je děsně dobrý na psychiku. Taky nemusím hlídat, kolik toho vyteklo, protože jak jste vedle, tak sem každou chvíli někdo koukne. Pak je fajn, že se to vypustí skoro hned, jak přijdu a je tam rychlá úleva. Já teda skoro vždycky při punkci usnu, protože ty poslední dny bývám unavenější. Nosíte pořád takovej velkej odpornej batoh, kterej nejde sundat. A když jdete delší trasu, tak jdete v záklonu, aby mě to břicho nepřevrátilo. A už se pak taky hůř dýchá. Po punkci mě teda vždycky bolí břicho, jak se tam uvolní ten tlak. A taky čím víc toho vyteče, tím větší mám hlad. No, a když jdu domů, tak si můžu dát, co chci, na co mám chuť. V nemocnici si můžete dát jen to, co Vám tam dají. Žádný dobroty od maminky (směje se). Potom teda taky po punkci za hospitalizace vím, že za dva dny budu mít další a je to pro mě děsně dlouhý, mám blbou náladu, zvlášť když se nepovedou ty spolupacienti. Není tam ta psychická úleva, jako když mi to na ambulanci vypustíte a já už se těším domů. A vůbec i ta atmosféra je jiná. Na ambulanci to na mě tak nepadá, ta nemoc. Nepřijdu si jako nemocnej. Neutápíte se v těch myšlenkách, jak dlouho to takhle půjde.. kolikrát tu ještě budu ležet.. a proč zrovna já měl takovej blbej infarkt, když jsou tu mnohem starší lidi po infarktu a to srdíčko jim tak neselhává, ascites se jim nedělá.. V tý nemocnici já teda nedokážu bejt moc pozitivní, když navíc všichni kolem vás jsou nemocní. Na ambulanci si přijdu vypustit břicho a jdu domů. Nejsem tak izolovanej od kamarádů a kolegů jako když tady ležím. Můžu jít na fotbal, nebo do hospody na jedno. Ale to jsem asi neměl říkat, že jo? Ale já se tam neopíjím, jen prostě potřebuju bejt s normálníma lidma. Přijít si taky normální a neutápět se v sebelítosti. Bavit se o normálních věcech a ženských a nadávat na politiku. Prostě můžu tu nemoc úplně vypustit.“

10. *Je něco, co byste si přál zlepšit při příští punkci?*

„Já nemám vůbec žádný přání. Mně to tu maximálně vyhovuje. Fakt. Někdy tu teda u mě i na ambulanci sedí nebo leží další pacienti, hlavně když máte těch pacientů moc, ale to se nedá srovnat s hospitalizací. Buď za chvíli odejdou oni, nebo já. A víte, co by bylo fajn? Kdybych sem nemusel chodit vůbec (směje se). On mi totiž, při poslední hospitalizaci, slíbil můj ošetřující lékař, že by se mi pokusil dát takový kohoutek a že bysme odpouštěli třeba 2 litry ascitu během půl dne tak jednou za čtrnáct dní a chodil

bych jen na kontroly, jestli je kohoutek v pořádku a jestli to dělám dobře. Ale to bude na pořadu dne asi, až to bude problém i ambulantně, nebo až tam toho ascitu bude tolik, že to nepůjde vypustit ambulantně a budu tu muset ležet. Pak by se to mohlo udělat při tom, při té hospitalizaci.“

Děkuji za rozhovor.

Respondent č. 2

Druhým pacientem je 69-ti letá žena s tumorem žlučníku s prorůstáním do okolních tkání a rozsáhlým postižením uzlin dutině břišní. Na naší klinice byla hospitalizována poprvé k diagnostice vzniku ascitu a po druhé k evakuační punkci při tenzním ascitu. Další punkce již byly prováděny ambulantně na přání pacientky.

Rozhovor probíhal po provedení punkce, kdy se pacientka cítila lépe než před punkcí. Její nálada byla optimističtější, než před výkonem, kdy se jí špatně dýchalo, bolela ji záda a v průběhu punkce jsme opatrně upravovaly polohu nemocné s ohledem na zavedenou punkční jehlu. Pacientka pečuje o svého nemocného manžela, občas ještě dochází jako brigádník na úřad, kde do 67 let pracovala.

Rozhovor byl se souhlasem pacientky nahráván na diktafon, po předepsání do bakalářské práce smazán.

1. Jak vám byla sdělena diagnóza?

„Diagnóza, kvůli které mám ten ascites myslíte, že jo? Tak tu jsem se dozvěděla tady u Vás od ošetřující paní doktorky. Byla taková mladá, bylo na ní vidět, že neví, jak mi to má říct a tím mi to trošku došlo. Měla takový nešťastný obličej. A byla moc milá. Já jsem ale stejně něco tušila. Poprvé jsem si sem k vám šla lehnout, protože jsem měla opakovaně špatný krevní obraz. Brala jsem i železo a ještě něco na doplnění krvinek, ale moc se to nelepšilo. Pak mě moje obvodní doktorka poslala na sono, no a tam mi našli nějaké zvětšené uzliny. Poslala mě do nemocnice, aby se vyšetřilo, co to je. Říkala mi, že to může být třeba k nějakému zánětu. Tady u vás jste mi nabrali několikrát krev, byla jsem znovu na sonu a pak jsem šla na CT vyšetření, protože ty velké uzliny tam byly pořád. Po tom CT si mě paní doktorka pozvala na lékařský pokoj a tam mi nabídla něco k pití, a pak mi řekla, že na tom CT našli nádor na žlučníku a že je velký a už

prorůstá i okolo. A taky, že mám v břiše nějakou tekutinu, asi 2 litry, a že by bylo třeba ji trochu vypustit a odsát si vzorek na vyšetření a to by nám všechno ověřilo a mohla by se podle toho vybrat léčba, která by byla na ten můj nádor nejúčinnější. Myslím, že v té době jsem si představovala, že mám něco o závažnosti jako angína, pak mi vyberou správný antibiotika a já budu zase v pořádku.“

2. Jak jste přijala informaci o své nemoci?

„Informaci o své nemoci jsem přijala asi vcelku dobře, protože mi pořád moc nedocházelo, že bych na to mohla umřít. Měla jsem furt v hlavě, že se musím starat o manžela, protože on je opravdu nemocný. A navíc jsem se vůbec necítila nemocná. Byla jsem tedy trochu unavenější, ale to jsem přičítala tomu, že jsem zhubla 31kg za asi rok a půl. To jsem zhubla cíleně, chtěla jsem. Jen jsem si říkala, jak mi to jde dobře...no a ono to bylo asi už tou nemocí. Ale v té době, kdy mi to paní doktorka řekla, jsem se fyzicky cítila v pořádku. To se mi ještě nedělalo to velké břicho a neměla jsem ty potíže, co s tím souvisí.

V noci jsem tedy dost přemýšlela o tom, že paní doktorka řekla, že to budeme léčit symptomaticky a já nevěděla co to je a ani jsem se jí nezeptala. To vám všechno dojde až později. Tak jsem celou noc přemýšlela, co mi to vlastně paní doktorka řekla a na co jsem se nezeptala a na co se jí ráno zeptám. Usnula jsem až k ránu a když přišla paní doktorka ráno na vizitu, byla jsem jak praštěná a na nic jsem se nezeptala. Šla jsem za ní po obědě, jestli by na mě měla čas. Ona řekla, že samozřejmě a šli jsme si spolu sednout do jídelny pro pacienty, kde nikdo nebyl. Řekla jsem paní doktorce, že jsem to včera asi úplně nepochopila a došlo mi to až v noci a jestli by mi to mohla trochu vysvětlit znovu. Byla nesmírně milá a trpělivá a všechno mi znova vysvětlila. Tentokrát už jsem plakala, protože to na mě nějak padlo. Byla mi nabídnuta paní psycholožka, což jsem neodmítla. Potřebovala jsem si s někým popovídat a rozhodně jsem to nemohla říct manželovi, protože ten je sám dost nemocný. Paní psycholožka se mnou rozebrala, co mě nejvíc trápilo, řekla, že s péčí o manžela mi může pomoci nějaká domácí péče a s tou, že mi může poradit naše sociální sestra, kterou ke mně mohou poslat. Mám trochu pocit, že návštěva sociální sestřičky a její rady a pomoc, mi moc ulevily. Dosud jsem měla pocit, že jsem na všechno sama, ale že existuje takováhle pomoc, to jsem netušila. A ani jsem nevěděla, že nám můžou vozit obědy! To pro mě bude obrovská pomoc. Takže, je to asi srandovní, nebo zoufalý, že jsem se díky tomu, že jsem sama onemocněla, dozvěděla,

že v našem státě existuje pomoc, o které mi měla říct už obvodní doktorka a ta se na to vykašlala a nechala mě, ať se s manželem trápím sama. A přitom ví, že dcera i syn žijí v zahraničí!“

3. Kým jste byla edukována o možnosti ambulantního provedení punkce?

„Paní doktorkou na lůžkovém oddělení, kde jsem ležela. Když viděla, jakou mám starost o manžela, a že obě děti máme pryč, tak se mě zeptala, jestli bych zvládla chodit na punkci ambulantně. To mi taky zvedlo náladu, že tu nemusím ležet. Na tom oddělení to na vás padá a hlavně se mi v hlavě honí, co asi dělá děda. Teď už se nebojím, protože s paní pečovatelkou jsem domluvená tak, že tam ráno chodí, když já jdu na tu punkci. On se o sebe děda dokáže postarat sám, ale musí mít všechno připravené a já jsem víc v klidu, když vím, že na něj někdo dohlídl. Jediné, co jsem nevěděla, co budu potřebovat, až půjdu na punkci ambulantně. Jak to probíhá tam. Paní doktorka mi řekla, že se můžu k večeru jít na ambulanci podívat, že řekne sestřičce, jestli by mi vysvětlila, jak to tady asi probíhá. Šla jsem se tam podívat a moc se mi ta varianta zamlouvala.“

4. Byla vám nabídnuta nebo doporučena přítomnost rodinného příslušníka?

„Jo, to jo. Paní doktorka říkala, že sem se mnou může někdo chodit, aby mi to líp uteklo, nebo abych se cítila líp. Třeba kamarádka, když manžel by na to asi nemohl koukat a taky by sem asi nedošel. Ale co by tady dělali? Vždyť zatím jste mě vždycky vzali hned, nebo za chvíli, pak jste to napíchlí, no a já koukala na televizi, nebo jsem si s někým telefonovala, nebo jste si se mnou někdo povídal a taky jsem tu jednou usnula. A to jsem se lekla, když jsem se probudila, jak jste mi brali tu nádobku, jestli jsem si něco nemohla tou jehlou propíchnout! No a zatím jsem tu asi nikdy nebyla déle než 3 hodiny. To se nestačím ani nudit.“

5. Co jste zvažovala při rozhodování o možnosti provedení punkce ambulantně?

„Tak hlavně toho dědu, že jo. A to, že nemusím ležet v nemocnici. Sousedka mi říká: „alespoň si od dědka odpočineš.“ Ale jak „odpočineš“, když vždycky, než jsem si sem šla lehnout, jsem musela navařit a nakoupit do zásoby, postarat se, aby za dědou alespoň jednou za den někdo přišel, a pak jsem v nemocnici trnula strachy, jestli se dědovi něco nestane. To víte, je tu věk, on je po mrtvičce, kdyby zakopl a upadl, tak se

pomoci nedovolá. S tím mobilem on moc neumí, pevnou linku jsme zrušili. A taky občas zůstane koukat a vůbec neví, kde je. A taky vůbec nepije. Někdy je to s ním jako s malým dítětem, ale někdy je úplně normální. Jenže to nikdy nevíte dopředu, jak mu ten den bude. A hlavně on je v pořádku, když ví, že jsem doma s ním. Když je doma sám, tak trošku znervozní, je takovej...no zkrátka jako to děcko.“

6. Jak Vás ovlivňuje znalost personálu ambulance díky opakovaným návštěvám?

„Já bych řekla, že je to fajn. Je vás tady pár, tak už vás všechny znám. A vy mě taky znáte. Už víte, že jsem statečná a nechci opichovat to místo, kam mě budete píchat a všechno to můžete říct panu doktorovi. A to je ta horší věc! Jak se vám tu ti doktoři a doktorky střídají, tak si vždycky říkám „ Pane bože, ať je šikovnej nebo šikovná, ten kdo tam dneska bude.“. No, a když vidím, že je tu lékař, který už mě třeba jednou píchnul, tak se mi uleví a je mi hned líp. A taky, když mi napíchnete to břicho, tak jste hned vedle a vidím na vás. To mám taky takový lepší, jistější pocit. Některé z vás si se mnou povídají víc, některé míň, ale všechny jste na mě milé. A když sem jdu, tak si ráno říkám: „ať ty holky nemaj moc práce, ať si se mnou radši povídají.“ (směje se) Je to pro mě taková změna. Doma jsem jen s tím dědou, děti i vnoučata vidíme párkrát za rok a kde jinde já přijdu mezi nějakou omladinu? Jedině v nemocnici.“ (směje se)

7. Co je pro Vás výhodou v porovnání s provedením za hospitalizace?

„Rozhodně to, že chvilku pobudu v tom mladém kolektivu (směje se) a hlavně, že se vrátím k dědovi domů. A tam už bude přivezený oběd. A děda mi ho vždycky připraví, ten den, kdy jsem na vypuštění toho břicha, na talíř a ohřeje mi ho. Asi samou radostí, že jsem se mu vrátila. A navíc, nejlíp se vyspim ve své posteli. Jsem v klidu, že jsem s dědou, hlavně je mi už dobře po tom vypuštění, tak co bych dělala v nemocnici. Tam za mnou nemá kdo přijít na návštěvu, protože děda sem sám nedojde. Takže já jsem sama, on je sám a oba máme starosti, co asi dělá ten druhý. Copak, o mě se v té nemocnici postarají, ale děda je pak sám. A také jsem se poprvé v nemocnici úplně nepohodla s paní vedle na posteli a celou dobu jsme spolu nemluvily. Tak to je taky plus, že se nemusím s nikým snášet. Víte jak se špatně spí, a hlavně usíná, když vedle vás leží někdo, kdo vám nesedí? Takže největší výhoda je to, že se ten den vrátím domů.“

8. *Shledáváte nějaké nevýhody v možnosti ambulantního provedení?*

„Nevýhodou je pro mě jenom doprava. Jezdím tramvají a trolejbusem. Když jedu po punkci, tak je to lepší, ale před punkcí, s tím velkým břichem, pro mě bývá trochu problém vylézt po schodech do trolejbusu. Jednou už jsem si musela říct obvodní lékařce o sanitku, ale nebyla úplně ochotná. Když mě sem poslala podruhé, dala mi sanitku, to jsem měla to velké břicho, ale když teď jezdím na ty punkce častěji, tak se jí to asi moc nelíbí. Teď jsem tu už po 14 dnech. A přijdu si trochu slabší, unavenější. Ještě, že vy na mě nejste nepříjemní a sanitku mi dáte. Nevím třeba, jak to budu dělat, jestli se to zhorší. Víte, já pořád hubnu, i když už se nesnažím. A z toho jsem asi tak slabá, že jo? Naopak se teď snažím jíst víc, ale jak mi to v tom břiše tlačí, tak mi ani nechutná.“

9. *Jak se cítíte v průběhu punkce na ambulanci a jaké pocity jste zažívala při provedení punkce za hospitalizace?*

„Na ambulanci je to zatím lepší. Jsem tady klidnější, protože vím, že pak půjdu domů a budu s dědou. Nemusím dopředu nic připravovat, ani domlouvát, kdo ho občas zkontroluje. I když mi moc pomáhá ta sestřička z domácí péče. To je velká úleva. A říkala mi, že může pomoci i až budu v nemocnici, kdyby to, nedej Bože, byla potřeba. Takže, na ambulanci jsem klidná, ale když jsem ležela v nemocnici, byla jsem nervózní a taky trochu podrážděná z toho prostředí a často mi bylo do breku. Víte, trápí vás ta bezmoc a beznaděj. Musíte být v nemocnici, protože potřebujete pomoc, ale přijdete si tu jako opuštěné, na cizí pomoci závislé zvířátko zavřené v kleci. I když je personál milý, prostě nejste doma. Až mi jednou bude moc špatně, pak asi budu šťastná, že jsem v nemocnici a někdo se o mě postará, ale doufám, že to je ještě daleko, že ještě nějaký čas budeme s dědou spolu a že ještě párkrát uvidím děti a vnoučátka.“

10. *Je něco, co byste si přála zlepšit při příští punkci?*

„Nic mě nenapadá. Možná bych příště chtěla teplejší peřinu. Bylo mi tu dneska nějak chladněji. Ale jo, přála bych si, aby tu byl příště zase tenhle milý a hlavně šikovný pan doktor. Dneska jsem ten píchanec skoro necítila a ještě mi toho vyteklo fakt hodně. Minule to přestalo téct, vytekly jen dva litry. No vidíte, to je možná ten důvod, proč jsem tu po 14-ti dnech. Tak příště snad přijdu až za měsíc.“

Respondent č. 3

Třetím pacientem byl 52 - letý pacient. První hospitalizace byla indikována k diagnostice ascitu nejasné etiologie. Pacient byl do té doby naprosto zdravý, v posledních 14 - ti dnech před hospitalizací pozoroval narůstající objem břicha a zhoršující se dušnost. Bylo provedeno sonografické vyšetření břicha, endosonografie pankreatu, CT vyšetření břicha a malé pánve a cytologické vyšetření odebraného vzorku ascitu. Těmito vyšetření byl prokázán tumor těla pankreatu, metastáza v játrech a karcinóza peritonea.

Rozhovor probíhal po třetí ambulantně prováděné punkci. Pacient se po evakuaci punktátu cítil mnohem lépe. U rozhovoru byla přítomna také manželka nemocného, která u něj trávila většinu času i za hospitalizace, protože pacient se s diagnózou hůře vyrovnává. Byla mu nasazena antidepresiva, do doby nástupu plného účinku užívá i anxiolytika.

Rozhovor byl za souhlasu pacienta nahráván na diktafon, po přepsání do bakalářské práce smazán.

1. Jak Vám byla sdělena diagnóza?

„Diagnóza mi byla sdělena ošetřující paní doktorkou. Byla u toho i moje manželka, která se mnou trávila spoustu času i v nemocnici. Ležel jsem na nadstandardním pokoji, takže návštěvy nebyly výrazněji omezeny, což mi moc pomáhalo.“

2. Jak jste přijal informaci o své nemoci?

„Myslím, že jsem působil jako že v klidu, ale byl to pro mě strašnej šok. Ani jsem nebyl schopen se na něco ptát. Ptala se manželka, já jen seděl, tupě zíral a přišel jsem si jako ve špatném filmu. Šel jsem k obvodnímu lékaři s tím, že se mi zvětšuje břicho a hůř se mi dýchá. Myslel jsem si, že budu mít sníženou funkci štítné žlázy, protože to má kamarád a taky mu to začalo tak, že tloustnul, byl unavený a hůř se mu dýchalo. Myslel jsem, že ten horší dech je z toho velkého břicha. Všechno mi to pomalu začalo docházet, až když manželka večer odešla domů. Celou noc se mi v hlavě honilo, jak dlouho budu nemocný, abych nepřišel o práci, co děti? Další noc byla ještě horší. To už mě začalo docházet, že můžu i umřít. Co bude s manželkou? Jak sama zvládne starost o dům? A jak se uживí, když dcera ještě studuje? Ráno jsem zasypal paní doktorku

spoustou otázek, byla moc trpělivá. Nastínila mi mé možnosti léčby, nabídla znovu psychologa. Domníval jsem se, že psychologa nepotřebuji, což jsem po první noci přehodnotil. Nejvíc povzbudivá byla informace o možnostech léčby. Byla tu šance, na kterou se dost upínám. Paní doktorka mi řekla, že nález není úplně pěkný, ale možnosti léčby je víc. To mi potvrdili i na onkologii, kam mě poslali. Myslím, že léčba funguje, protože se cítím dobře. Hůř je mi jen když naroste to břicho a špatně se mi dýchá.“

3. Kým jste byl edukován o možnosti ambulantního provedení punkce?

„Já jsem se na to zeptal sám, hned když jsem přišel k hospitalizaci. Když jsem byl přijímán tady na ambulanci, tak se mnou seděl v čekárně pán, který měl také velké břicho a říkal, že jde to břicho jen vypustit, že tady nebude ležet. V ordinaci jsem řekl, že bych to chtěl taky tak, abych tu nemusel ležet, ale pan doktor mi vysvětlil, že u pána už ví, proč má ascites, je vyšetřený, má nastavenou léčbu a tak už tu nemusí ležet. Ale u mě, že neví zatím vůbec nic, kromě toho, že mám vodu v břiše a špatně se mi dýchá. Když se plánovalo moje propouštění domů, řekl jsem paní doktorce rovnou, že už bych chtěl chodit jen ambulantně. Neviděla v tom problém a mně to vyhovuje.“

4. Byla Vám nabídnuta nebo doporučena přítomnost rodinného příslušníka?

„Samozřejmě (směje se). Asi když paní doktorka viděla, že je tu manželka se mnou skoro pořád, tak rovnou řekla, že na ambulanci se mnou u té punkce může být taky. Pro jistotu se šla manželka večer při odchodu domů ještě podívat sem na ambulanci, kde se to dělá, jak to tu vypadá organizačně a hlavně, jestli tu se mnou opravdu může být i při té punkci. Ona mě sem vozí, tak aby nečekala třeba tři čtyři hodiny v čekárně sama.“

5. Co jste zvažoval při rozhodování o možnosti provedení punkce ambulantně?

„Já jsem nic nezvažoval, já to věděl od začátku, že až se to vyšetří, tak budu chtít chodit jen ambulantně, pokud se ta voda bude ještě dělat.“

6. Jak Vás ovlivňuje znalost personálu ambulance díky opakovaným návštěvám?

„Je to samozřejmě fajn, když vidíte známou tvář, nemusíte nic říkat a sestřička už ví, proč jste tu. Hrozně nerad vysvětluji, že mám rakovinu a dělá se mi voda v břiše. Sem přijdu, a protože mě tu znáte, tak řeknu jen „už jsem tu zas“ a vy víte a já nemusím nic víc říkat.“

7. Co je pro Vás výhodou v porovnání s provedením za hospitalizace.

„Hlavně to, že jdu za chvíli domů. Po punkci je mni úplně dobře, normálně se mi dýchá, nic mě nebolí, tak proč ztrácet čas v nemocnici. A v současné době, kdy beru jenom nemocenskou, tak samozřejmě finanční stránka. Jednak regulační poplatek za hospitalizaci, ale hlavně cena za nadstandardní pokoj je pro nás teď vysoká. A že bych ležel s dalšími nemocnými na pokoji, nepřipadá v úvahu. Pořád by mi to připomínalo, že jsem taky nemocný.“

8. Shledáváte nějaké nevýhody v možnosti ambulantního provedení?

„Já ne. Manželka snad také ne. Je fajn, že má individuální pracovní dobu, nejvíc stejně pracuje doma, tak se mnou může skoro pořád být. Snad není problém ani to dojíždění. Vozí mě všude jako medvěda (směje se na manželku). Jednou tu bylo tolik lidí, že k nám na tenhle pokoj dali ještě nějakého špatného pána, tak z toho jsem neměl úplně pěkný pocit. Připomnělo mi to tu mojí blbou nemoc. Ale sestřička to si poznala a přivezla sem takovou zástěnu. No a za chvíli pána odvezli. Jinak mi tenhle postup naprosto vyhovuje.“

9. Jak se cítíte v průběhu punkce na ambulanci a jaké pocity jste zažíval při provedení punkce za hospitalizace?

„Já jsem měl před tou první punkcí v nemocnici na oddělení dost strach. Nevěděl jsem, jak to bude vypadat, jestli to nebude bolet, i když mi to paní doktorka i sestřičky vysvětlovali. Ale zkuste si to jako laik představit... Mě přišla už představa, že mi píchnou velkou jehlu do břicha hrozná a ještě, že mi z toho břicha poteče nějaká voda... No jako laik, dokud to nezažijete, tak nemáte představu. Tedy alespoň já neměl. Takže před první punkcí obrovská obava, nedůvěra...? Pak už je to lepší. Se mnou je

manželka skoro vždycky, když mi vypouštíte ten ascites. To je pro mě nejdůležitější, abych nebyl sám.“(rozplakal se)

Po chvíli pokračujeme v rozhovoru. „A ten pocit, že mi vypustíte břicho, mě bude dobře a za chvíli budu doma, je na tom ambulantním provedení takový uklidňující. Jednou se mnou manželka nebyla a už jsem měl zase takový divný pocit kolem žaludku, takový mravenčení. Asi jsem trochu nervózní, když jsem na to sám.“

10. Je něco, co byste si přál zlepšit při příští punkci?

„Ne nic. Jen aby se to vždycky povedlo jako dneska. Občas to špatně teče, tak tu musím ležet delší dobu, ale dneska mi za hodinku a kousek vyteklo 3600 ml a cítím se jako zdravý člověk.“

14 DISKUSE

Tématem mé bakalářské práce je péče o nemocného s ascitem v ambulantním provozu. Cílem bylo zjistit, jak je nemocnými vnímáno provádění evakuační punkce ascitu ambulantní cestou. V teoretické části jsem po prostudování uvedených zdrojů popsala, co to je ascites, příčiny vzniku, diagnostiku a léčbu onemocnění a také roli sestry v péči o takto nemocné i jejich blízké.

Punkce ascitu se v době výběru tématu mé bakalářské práce začala provádět ambulantně stále častěji a mě zajímalo, proč pacienti volí raději ambulantní provedení než hospitalizaci, kdy je o ně, podle mého názoru, kompletně postaráno. Zvolila jsem formu kvalitativního šetření pomocí rozhovorů, při kterých jsem byla s pacientem v přímém kontaktu. Mohla jsem sledovat jeho zdravotní stav a jeho emocionální ladění před punkcí i po punkci. V rámci svého povolání všeobecné sestry komunikuji se všemi nemocnými s ascitem, ne všichni však byli ochotni podstoupit rozhovor za účelem výzkumného šetření. Jednalo se téměř výhradně o nemocné s alkoholovým postižením jater. Jeden z nich souhlasil s rozhovorem, ale při otázce, zda mu byla nabídnuta přítomnost rodinného příslušníka, se rozplakal a rozhovor ukončil, proto není uveden jako respondent.

Literatura uvádí, že pokud dochází k reakumulaci ascitu a k nutnosti provedení dalších punkcí, jedná se o výkon úlevový (Mikšová aj., 2006, s. 144-145). Při mém výzkumném šetření se toto tvrzení naprosto potvrdilo. Jde nejen o úlevu fyzickou, kdy vypuštění ascitu zbaví nemocného především velkého objemu břicha a s tím související dušnosti, rychlejší unavitelnosti, nechutenství a plynatosti vlivem tlaku na vnitřní orgány, ale ve velké míře i o úlevu psychickou. Máme-li bolest, nechutná-li nám jíst, jsme-li stále unavení a při velkém objemu břicha i neobratní, jistě to nepřispívá k psychické pohodě. Respondenti uváděli, že v čase krátce před dostavením se k punkci ascitu bývají podráždění, depresivně ladění, neboť při potížích provázejících ascites si bohužel vždy uvědomují vážnost své choroby. Po provedení punkce byla patrná především psychická úleva. Bez rozdílu respondenti uvádějí, že z nich nemoc jakoby spadne a oni se cítí zdraví. Psychickou úlevu podporuje i fakt, že po provedení punkce jsou nemocní ještě krátce ambulantně sledováni, je jim opakovaně změřena tepová frekvence a tlak, který může po vypuštění objemu břicha klesnout. Pokud by se jednalo o významný pokles, je jim indikována infusní terapie fyziologickým roztokem, ale i v tomto případě jde o krátkodobou záležitost a nemocní se týž den vracejí do svého

domácího prostředí, kde se každý cítí lépe. Pro pacienty, kteří dál vykonávají své povolání, je výhodou ambulantního provedení snížení počtu absencí v zaměstnání.

Někteří nemocní s ascitem chodí do zaměstnání, protože jim nebyl uznán invalidní důchod, nebo proto, že je to jejich cesta smíření se s nemocí – jsem nemocný, ale neznamená to, že musím sedět doma a trápit se. Respondent č. 2 byla paní, která se starala o manžela po mozkové mrtvici a ještě chodila 1x týdně do zaměstnání zaučovat nově nastupující kolegyni. Uspokojoval ji pocit sounáležitosti s kolegyněmi, se kterými léta pracovala, a pocit, že je jí potřeba nejen k tomu, aby mladší kolegyně mohla svou práci vykonávat dobře. Dalším kladem bylo to, že v době, kdy byla paní v práci, nemusela myslet ani na svou nemoc, ani na nemoc svého muže. V rozhovoru uvádí obavy z toho, až jí bude těžko a bude imobilní. Potom asi bude nucena zvolit punkci ascitu cestou hospitalizace na lůžkovém oddělení, ale do té doby preferuje jednoznačně ambulantní péči. Domnívám se, že tohoto respondenta k tomu vede i pocit zodpovědnosti za manžela a nutnost o něj pečovat.

Respondentovi č. 1 nebyl uznán invalidní důchod, proto chodí do zaměstnání. Pokud nebyl ascites objemný, v práci ho to neomezovalo. Pouze při zvětšení byl omezený v pohybu, protože pracuje jako projektant a často rýsuje. Přestože je některými psychology kardiální onemocnění popisováno jako jedno z nejstresovějších, mezi mými respondenty s ascitem byl právě tento pacient nejvíc optimistický. Jeho optimismus vycházel z toho, že byl při nepřítomnosti ascitu naprosto bez potíží, netrpěl žádnou bolestí ani dušností. Při nově nastavené terapii se četnost punkcí ascitu snižovala. (Zacharová aj. 2011, s. 173)

V rámci výzkumného šetření všichni tři respondenti uvedli, oproti mému původnímu očekávání, že jim ambulantní provedení punkce ascitu vyhovuje právě proto, že nemusí být hospitalizováni. Jako velkou nevýhodu viděli podřízení se režimu oddělení, přizpůsobení se spolupacientům, což je při obsazení pokoje čtyřmi pacienty opravdu náročné. Navíc pacientům po punkci je výrazně lépe a již nechtějí být v nemocničním prostředí a mezi nemocnými lidmi a uvědomovat si, že i oni jsou nemocní. Takto strávený čas je pro ně promarněný. Z rozhovoru s respondentem č. 2 vyznělo, že ne za každým může každý den přijít návštěva, proto spousta negativních pocitů a myšlenek může být vyvolána sociální izolací nemocného. Pro respondenta č. 3 byla hospitalizace stresující především sdělením diagnózy. Prostředí stresující nebylo, ležel v nadstandartním pokoji, kde s ním byla po většinu času i manželka. Její

přítomnost uvítal hlavně při sdělování diagnózy, kdy zažil opravdový šok. Myslel si, že jeho onemocnění způsobila štítná žláza a dozvěděl se, že má zhoubné, i když léčitelné nádorové onemocnění. V této chvíli hospitalizaci ocenil, protože mu byla záhy domluvena konzultace s psychologem. Převládala u něj pocit bezmoci a beznaděje a nedovedl si představit, že by v tomto stavu někam jel, někde čekal na psychologické vyšetření. Po nasazení antidepresiv a dočasně anxiolytik se jeho psychický stav zlepšoval a další punkce se prováděly výhradně ambulantně za doprovodu manželky. Její přítomnost byla pro psychický stav pacienta stěžejní. Během rozhovoru k výzkumnému šetření se rozplakal, když sám zmiňoval důležitost doprovodu manželky při všech úkonech souvisejících s léčbou.

Výsledek svého výzkumného šetření v otázce možnosti volby mezi ambulantní péčí a hospitalizací jsem porovnávala s knihou „Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení“ od autorek Zacharové, Šrámkové a Hermanové. Kniha uvádí, že onemocnění samo o sobě negativně ovlivňuje psychiku nemocného, což je ještě umocněno případnou hospitalizací, ke které velmi málo nemocných přichází z vlastní vůle. Toto tvrzení se mi potvrdilo, protože všichni respondenti raději volí ambulantní péči. Značným zásahem do soukromí nemocných je obnažování se, případně i vykonávání hygieny a vyprazdňování na pokoji v přítomnosti ostatních nemocných. To samozřejmě negativně ovlivňuje sebeúctu nemocného, vyvolává rozpaky a stud. Těmito nepříjemnostem plynoucím z hospitalizace lze předcházet pouze hospitalizací v nadstandardních pokojích, což je pro některé z klientů finančně nedostupné (z třech respondentů využil této možnosti pouze jeden), či jednolůžkovými pokoji, které jsou na lůžkových stanicích, bohužel, ojediněle. Moderní medicína a holistický přístup ošetrovatelství k nemocnému umožňují již mnohé diagnostické i léčebné metody provést ambulantní cestou. Autorky Zacharová, Šrámková a Hermanová uvádí, že nemocný doma lépe zvládá bolest, strach i úzkost, přítomnost rodiny nemocné zklidňuje. To vše respondenti v rozhovorech potvrzují. Rovněž sociální izolace plynoucí z hospitalizace byla pro všechny stresující a zneklidňující. Výzkumné šetření jednoznačně prokázalo, že pokud je nemocný fyzicky i psychicky schopný a je podporován svou rodinou, vždy volí raději léčbu ambulantní cestou.

Další otázkou, která mě zajímala, bylo, zda a jak nemocné ovlivňuje znalost personálu. Předpokládala jsem, že nemocní budou rádi, že personál znají, že to pro ně bude příjemné. Ale byla tu i varianta, že když mají svůj doprovod, bude jim to jedno.

Ve výzkumném šetření se všichni tři respondenti shodli, že je pro ně příjemné to, že nemusí nic vysvětlovat a personál ví, proč přišli. Myslím, že je to z toho důvodu, že si nemusejí připomínat svou chorobu, ani o ní hovořit. Pozitivní pocity ze znalosti personálu měl i doprovod – manželka respondenta č. 3. Také ona ocenila, že nemusí o nemoci hovořit, protože my víme, proč přišli. Já sama jsem byla překvapena, jak nám někteří nemocní s ascitem projevují vděčnost a jak i nám jsou opakovaným docházením k provedení punkce bližší. Většina pacientů k nám přijde jednou k vyšetření, pak ke kontrole, eventuálně k hospitalizaci. Pak jsou přijati na lůžkové oddělení nebo předáni do péče ambulantního specialisty či praktického lékaře.

Pacienti s ascitem se k nám vracejí opakovaně měsíce až roky, proto k nim máme osobnější vztah než k ostatním pacientům. Mé tři respondenty jsem měla možnost sledovat dlouhé měsíce a prováděné výzkumné šetření nás ještě více sblížilo. Nejen tím, že jsem s nimi v rámci rozhovoru trávila více času, ale i tím, že projevili více své emoce, otevřeli mi své „já“. Není jednoduché hovořit o svých citech, bolestech, strachu a pocitech s cizím člověkem, proto bylo nutné získat si jejich důvěru. Tuto bariéru jsem se snažila odstranit tím, že jsem si s nimi povídala více již před výzkumným šetřením, i nad rámec svých pracovních povinností. Sblížení bylo vzájemné a pro mě bylo velmi smutné a stresující pozorovat jejich zdravotní stav v dalších měsících po výzkumném šetření. Respondent č. 1 mi „dělá radost“. Jeho zdravotní stav je stabilizovaný, dokonce zlepšený a na punkce chodí v delších časových intervalech. Respondent č. 2 byla paní, se kterou jsem si vytvořila silnější citové pouto. Pravděpodobně to bylo tím, že byla sama s manželem a potřebovala někoho, s kým si bude moci popovídat o své nemoci. Bylo neuvěřitelné, jak byla statečná, jak si nepřipouštěla svou nemoc. Někdy jsem měla pocit, že je víc oporou ona mně. Když přišla, já jsem jako zdravotník viděla, že její zdravotní stav je horší, je pohublější a ikterická a ona řekla: „Tak jdem na to, ať jsem zase fit.“ Při poslední ambulanci si paní stěžovala na anurii, proto byla hospitalizována. Při odchodu na oddělení se loučila se slovy: „Za čtrnáct dní jsem tu zas.“ Za čtyři dny zemřela na lůžkovém oddělení. Respondent č. 3 docházel na punkce z počátku 1x za 3 až 4 týdny. Podstupoval léčbu na onkologii a vše vypadalo, že léčba je úspěšná. Fyzicky i psychicky se cítil dobře. Velkou oporou mu byla manželka. Po 3 měsících se náhle pacientův zdravotní stav výrazně zhoršil a on byl hospitalizován. Po několika dnech také zemřel.

Jako zdravotníci poznáme, že se ten okamžik blíží, že přesto, že se nemocný cítí dobře, jeho zdravotní stav dobrý není a prognóza onemocnění není optimistická. I to je důvod, proč jsou punkce ascitu prováděny ambulantně. Aby nemocní mohli po zbytek svého života strávit co nejvíce času se svými blízkými, mohli se věnovat svým oblíbeným činnostem, pokud jim to zdravotní stav dovolí. Aby byly eliminovány všechny nepříjemnosti související s hospitalizací a nemocný byl co nejméně stresován.

S tím souvisela má poslední otázka pro respondenty, zda by si přáli zlepšit něco při příští punkci. Vzhledem k tomu, že příjmová ambulance a další přilehlé prostory prošly významnou rekonstrukcí, zajímalo mne, zda bychom mohli pro takto nemocné ještě něco udělat, čím jim pobyt zpříjemnit. Denní místnost pro pacienty je vybavena televizí, polohovacím lůžkem a křesly. Výzkumným šetřením jsem zjistila, že jsou naprosto spokojení. Ve dvou případech zmínili chvilkovou přítomnost dalšího pacienta, sice s porozuměním, nebylo to pro ně obtěžující, ale raději by po dobu punkce měli denní místnost pouze pro sebe. Snažíme se být empatické, vstřícné, pro zachování soukromí nemocného udělat maximum a vše organizačně zvládnout k pacientově spokojenosti.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo výzkumným šetřením zjistit, jak nemocní celkově vnímají provádění punkce ascitu v ambulantním prostředí. Chtěla jsem zmapovat spektrum prožitků, pocitů pozitivních i nežádoucích, co je vyvolává, proč nemocní volí raději provedení punkce ambulantní cestou a ne za hospitalizace, zda pozitivně vnímají personál, který díky opakovaným návštěvám znají, jak vnímají prostředí a je-li něco, co by se dalo zlepšit, aby se cítili lépe.

Zjistila jsem, že nemocní upřednostňují punkci v ambulantním provozu hlavně proto, že hospitalizace pro ně neznamena výhodu kompletní péče, ale naopak převažují negativa z odloučení od rodiny a přátel. Vzhledem k tomu, že po provedení punkce respondenti udávají optimální zlepšení a cítí se dobře, není důvod je hospitalizovat, pokud to jejich zdravotní stav nevyžaduje. Vstříc jim vycházíme i možností mít u sebe po dobu výkonu osobu blízkou. Tato potřeba se ukázala jako individuální.

Všichni respondenti uvedli, že neměli dostatek informací o průběhu punkce ascitu v ambulantním provozu. Mají-li mít s sebou přezůvky a pyžamo, kde bude punkce provedena, jestli budou dlouho čekat, mají-li si vzít jídlo. Výsledkem mého výzkumného šetření je proto vytvoření informačního letáku, který by mohl být používán na lůžkových stanicích pro nemocné, kteří budou po propuštění podstupovat evakuační punkce ambulantní cestou.

SEZNAM ZDROJŮ

- [1] ČEŠKA, Richard. Interna. Praha: Triton, 2010, xix, 855 s. ISBN 978-807-3874-230.
- [2] ČOUPKOVÁ, Hana, Aleš ŽÁK a Marie ZAJÍČKOVÁ. Ošetrovatelství v chirurgii: učebnice. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3129-2.
- [3] DÍTĚ, Petr. Vnitřní lékařství. 2., dopl. a přepr. vd. Praha: Galén, 2007, xx, 586 s. ISBN 978-807-2624-966.
- [4] FAKAN, František. Přehled patologie pro bakalářské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Univerzita karlova v Praze, 2008, 112 s. ISBN 978-80-246-1054-22008.
- [5] FN Plzeň, Informovaný souhlas INS 0122/03: Vyšetření magnetickou rezonancí, Plzeň, 2013. Dostupné z : (http://radiologieplzen.eu/wp-content/uploads/mr_souhl_12.pdf)
- [6] FN Plzeň, Informovaný souhlas INS 0334/03: CT vyšetření, Plzeň, 2012. Dostupné z: (http://www.fnplzen.cz/pracoviste/inc/rdgb/INS_0334_03.pdf)
- [7] FRAŇKOVÁ, Soňa. Diagnostika a léčba ascitu. Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN jsou odborný časopis pro pracovníky ve zdravotnictví, Praha: Mladá Fonta, 2012, č. 2. ISSN 1805-2355. Dostupné z: zdravi.e15.cz/clanek/priloha.../diagnostika-a-lecba-ascitu-463240.
- [8] GERBES, A. Ascites, hyponatremia, and hepatorenal syndrome: progress in treatment. Basel: Karger, 2011, viii, 212 p. Frontiers of gastrointestinal research. ISBN 9783805595926.
- [9] HEHLMANN, Annemarie. Hlavní symptomy v medicíně: praktická příručka pro lékaře a studenty. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, xiv, 450 s. ISBN 978-802-4726-120.
- [10] CHROBÁK, Ladislav. Propedeutika vnitřního lékařství. Nové, zcela přeprac. vyd. doplněné testy. Ilustrace Josef Bavor. Praha: Grada, c2007, 246 s. ISBN 978-802-4713-090.
- [11] JUŘENÍKOVÁ, Petra, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi: návod pro praxi. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2010, 77 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-712.
- [12] KLENER, Pavel. Vnitřní lékařství. 3., přepr. a dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 1158 s. ISBN 80-246-1252-6.
- [13] LEE, Lisa a Mary GRAP. Care and management of the patient with ascites. *Medsurg nursing*. 2008, roč. 17, č. 6, s. 376-381.
- [14] LUKÁŠ, Karel. Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 288 s. ISBN 80-247-1283-0.

[15] LUKÁŠ, Karel, Aleš ŽÁK a Marie ZAJÍČKOVÁ. Gastroenterologie a hepatologie: učebnice. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 380 s. Sestra. ISBN 978-802-4717-876.

[16] MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. Kapitoly z ošetrovatelské péče 2. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 171 s. ISBN 80-247-1443-4.

[17] NAVRÁTIL, Leoš, Aleš ŽÁK a Marie ZAJÍČKOVÁ. Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. Sestra. ISBN 978-802-4723-198.

[18] PACÁKOVÁ, Eva. Acites - volná tekutina v dutině břišní. Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky, 2006, roč. 16, č. 6, s. 42. ISSN 1210-0404.

[19] PLEVOVÁ, Ilona. Ošetrovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4735-580.

[20] POVÝŠIL, Ctibor a Vanda CIPROVÁ. Speciální patologie. 2., doplněné a přepracované vydání. Editor Ivo Šteiner. Praha: Galén, 2007, xviii, 430 s. ISBN 978-807-2624-942.

[21] SLEZÁKOVÁ, Lenka, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. Ošetrovatelství v chirurgii II: návod pro praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 300 s. Sestra. ISBN 978-802-4731-308.

[22] ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, Marie NEJEDLÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. Interní ošetrovatelství. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 280, [4] s. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.

[23] ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237.

[24] TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

[25] VENGLÁŘOVÁ, Martina, Gabriela MAHROVÁ. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4712-628.

[26] VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WIRTHOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. Sestra a její dokumentace: návod pro praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 88 s.: Sestra. ISBN 978-802-4727-639.

[27] VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. Klinická onkologie pro sestry: návod pro praxi. 1. vyd. Praha: Grada., 2006, 328 s. Sestra. ISBN 80-247-1716-6.

[28] ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. Sestra. ISBN 978-802-4720-685.

[29] ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. Základy psychologie pro zdravotnické obory: příručka pro praxi. 1. vyd. Editor Eva Havlová, Adolf Erhart. Praha: Grada, 2011, 278 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4740-621.

Internetové zdroje:

[30] Česká hepatologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, Guidelines 2011-2013 : Doporučený postup ČHS: Léčba ascitu při jaterní cirhóze [cit. 2013-09-02]. Dostupné z: <http://www.ces-hep.cz/doporučeny-postup-chs-pro-diagnostiku-a-lecbu-ascitu-pri-jaterni-cirhoze>

[31] Zákony pro lidi.cz: Sbírka zákonů ČR. Sbírka zákonů ČR [online]. 6.11.2011. Praha: SEPI - Systém ekonomických a právnických informací, 2002 [cit. 2014-02-22]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Informace k provedení punkce ascitu v ambulantním provozu

**PŘÍLOHA Č. 1 – INFORMACE K PROVEDENÍ PUNKCE ASCITU V
AMBULANTNÍM PROVOZU**

Informace k provedení punkce ascitu v ambulantním provozu

Vážený/á pane/í,

Vaše onemocnění vyžaduje opakované provádění evakuačních punkcí ascitu. Tento výkon je v převážné většině proveden poprvé za hospitalizace. V případě Vašeho zájmu, a pokud to Váš zdravotní stav umožňuje, je možné provést následné punkce ascitu již ambulantní cestou.

Ambulantní varianta maximálně zkracuje dobu, kterou nemůžete trávit ve svém domácím prostředí a se svými blízkými. Předchází všem komplikacím, které jsou způsobeny pobytem v nemocničním zařízení, jako jsou nozokomiální nákazy, stres, úzkost až deprese.

Pro ty z Vás, kteří pracují, i pro Vašeho zaměstnavatele, bude také jistě přijatelnější, budete-li nepřítomen/a například jeden den za 14 dní než několik dní vlivem hospitalizace.

Provedení punkce v ambulantním provozu nevyžaduje žádnou zvláštní přípravu. **Po celou dobu u Vás může být rodinný příslušník, či jiná osoba blízká.** Postup je stejný jako za hospitalizace. Při příchodu do ambulance budete uložen na lůžko v denní místnosti a bude Vám provedena punkce standardním postupem. Není nutné žádné speciální oblečení. Denní místnost je vybavena televizí i křesly pro Vás i Váš doprovod. Místnost bezprostředně sousedí s ordinací a lékař i

sestra Vás mohou, v případě potřeby, sledovat okénkem. Před provedením i po provedení punkce je Vám změřen krevní tlak. Pokud jste po ukončení punkce v pořádku, jste ještě asi 1 hodinu sledován, zda neklesá krevní tlak, nebo nemáte jiné potíže. Pokud se nevyskytne žádná komplikace, je možné s doprovodem odejít domů. Pokud byste se necítil/a dobře, je samozřejmě možná následná hospitalizace.

Věříme, že omezení četnosti hospitalizace po dobu Vaší nemoci pro Vás i pro Vaše blízké bude přínosem a Váš život bude omezen pobytem v nemocničním zařízení po dobu nezbytně nutnou.

Veškeré další dotazy Vám ochotně zodpoví sestra či lékař naší interní ambulance.

