

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**INFORMOVANOST SESTER V OŠETŘOVATELSKÉ
PÉČI O PACIENTA SE ZAVEDENOU ZEVNĚ VNITŘNÍ
DRENÁŽÍ ŽLUČOVÝCH CEST**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MIROSLAVA POLODNOVÁ

Praha 2014

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**INFORMOVANOST SESTER V OŠETŘOVATELSKÉ
PÉČI O PACIENTA SE ZAVEDENOU ZEVNĚ VNITŘNÍ
DRENÁŽÍ ŽLUČOVÝCH CEST**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MIROSLAVA POLODNOVÁ

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2014



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Polodnová Miroslava
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 4. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Informovanost sester v ošetrovatelské péči o pacienta se zavedenou
zevně vnitřní drenáží žlučových cest

*Nurses' Awareness of Nursing Care for Patients with Externally-
internal Biliary Drainage*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 2. 9. 2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechnu použitou literaturu jsem uvedla v seznamu použité literatury. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním mé bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce pani PhDr. Ivaně Jahodové RS, RM za konzultace, vstřícnost, čas a cenné rady, které mi věnovala při vypracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat i rodině a přátelům za trpělivost při psaní této práce.

V Praze dne:

Podpis

ABSTRAKT

POLODNOVÁ, Miroslava. *Informovanost sester v ošetrovatelské péči o pacienta se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2014. 78 stran.

Tématem bakalářské práce bylo zjistit informovanost sester v ošetrovatelské péči o pacienty se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretickou část tvoří diagnostika onemocnění žlučových cest a žlučníku. Uvedena jsou fyzikální, laboratorní a také zobrazovací vyšetřovací metody, používané při těchto onemocněních. Dále jsme se zaměřili na samotnou drenáž žlučových cest, nejdříve jsme zmínili historii zavádění drenáží žlučových cest a poté současné trendy. Popsali jsme indikace vedoucí k drenáži, kontraindikace, hlavně případné komplikace a jejich řešení. Část práce je zaměřena na psychiku pacienta s drenáží žlučových cest a možnost jeho návratu do domácího prostředí, jeho schopnosti péče o sebe a zavedenou zevně vnitřní drenáž. K tomu patří také schopnost a ochota pomoci rodinných příslušníků postarat se o pacienta. Nedílnou součástí péče je i udržení dobré kvality života, zajištění pacientovi vhodné analgetické léčby a potlačení symptomů onemocnění, které pacientovi brání v dostatečném příjmu potravy. Praktická část byla prováděna prostřednictvím průzkumu, pomocí vytvořeného dotazníku, který byl rozdělán sestřím na interní a chirurgické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni. Hlavním cílem bylo zjistit informovanost sester v této problematice a porovnání jejich znalostí a zkušeností podle klinik. Z průzkumného šetření vyplývá, že s drenážemi žlučových cest nemají sestry stejné zkušenosti na všech odděleních těchto klinik. Dále z výsledků průzkumu vyplývá, že sestry mají zájem tuto skutečnost změnit a o zkoumané problematice se dozvědět více, ať už formou seminářů, certifikovaných kurzů či e-learningu.

Klíčová slova

Drenáž žlučových cest. Informovanost. Kvalita života. Pacient.

ABSTRACT

POLODNOVÁ, Miroslava. *Nurses' Awareness of Nursing Care for Patients with Externally internal Biliary Drainage*. Medical College, o. p. s. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2014. 78 pages.

The topic of the bachelor thesis is to ensure nurse's awareness of nursing care for patients with external biliary drainage. The thesis is divided into a practical and practical part. The theoretical part contains diagnosis of diseases of the biliary tract and gallbladder. This part also introduces physical, laboratory and imaging diagnostic methods used in treatment for these diseases. Furthermore, the thesis focuses on the actual drainage of the biliary tract and mentions the history about drainage of the biliary tract and then the current trends. The part describes the indication leading to drainage, contraindications especially the possible complications and their solution. This part focuses on the mental of the patient with biliary tract and the possibility of returning to the home environment, his ability to take care of himself and provide externally the internal drainage. This part also includes the ability and willingness to help family members to take care of the patient. The integral part is also to maintain a good quality of life, to ensure appropriate analgesia for patients and to treat the symptom of the disease which prevents the patients in sufficient intake. The practical part conducts by means of using questionnaire for a research, which was distributed to nurses in internal and surgical clinic at the University Hospital in Plzen. The main purpose the research is to find out nurse's awareness in this issue and to compare their knowledge, and experience according to their clinics. The result of the research shows that the nurses don't have the same experience with drainage of the biliary tract in all departments of these clinics. Furthermore, the results of the research also shows that the nurses are interested in changing and to know more about the given issues by means of seminars, certified courses and e-learning.

Key words:

Awareness. Drainage of biliary tract. Patient. Quality of Life.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD	18
1 DIAGNOSTIKA NEMOCÍ ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST	20
1.1 ŽLUČOVÉ CESTY A JEJICH FUNKCE	20
1.2 ANAMNÉZA	21
1.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	21
1.4 VYŠETŘENÍ POMOCÍ ZOBRAZOVACÍCH METOD	22
1.4.1 NATIVNÍ SNÍMEK BŘICHA.....	22
1.4.2 ULTRASONOGRAFIE	22
1.4.3 POČÍTAČOVÁ TOMOGRAFIE.....	23
1.4.4 MAGNETICKO REZONANČNÍ CHOLANGIOPANKREATO- GRAFIE.....	24
1.4.5 ENDOSKOPICKÁ ULTRASONOGRAFIE	24
1.4.6 ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATIKO- GRAFIE.....	25
1.4.7 TRANSJUGULÁRNÍ CHOLANGIOGRAFIE.....	25
1.4.8 PERKUTÁNNÍ TRANSHEPATÁLNÍ CHOLANGIOGRAFIE.....	26
2 PERKUTÁNNÍ TRANSHEPATÁLNÍ DRENÁŽ	27
2.1 ROZDĚLENÍ DRENÁŽE ŽLUČOVÝCH CEST	28
2.2 INDIKACE K PTD	29
2.2.1 AKUTNÍ INDIKACE PTD.....	29
2.2.2 NEAKUTNÍ INDIKACE PTD	30
2.3 KONTRAINDIKACE PTD	33
2.3.1 ČASNÉ KOMPLIKACE PTD	33
2.3.2 POZDNÍ KOMPLIKACE PTD	34

3 OŠETŘOVÁNÍ PACIENTA SE ZAVEDENOU ZE VNĚ VNITŘNÍ DRENÁŽÍ ŽLUČOVÝCH CEST	36
3.1 PŘEVAZY ZE VNĚ VNITŘNÍ DRENÁŽE.....	36
3.2 PSYCHIKA ČLOVĚKA S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM.....	37
3.3 PALIATIVNÍ LÉČBA U CHRONICKÝCH (NEVYLÉČITELNÝCH, ONKOLOGICKÝCH) PACIENTŮ	37
3.4 KONTROLA BOLESTI U PACIENTA.....	38
3.5 VÝŽIVA PACIENTA.....	39
3.6 HYGIENICKÁ PÉČE A VYPRAZDŇOVÁNÍ PACIENTA	40
3.7 DOMÁCÍ PÉČE	41
4 INFORMOVANOST SESTER V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI O PACIENTA SE ZAVEDENOU ZE VNĚ VNITŘNÍ DRENÁŽÍ ŽLUČOVÝCH CEST.....	42
4.1 METODIKA PRŮZKUMU.....	43
4.3 VÝSLEDKY VLASTNÍHO PRŮZKUMU	45
ZÁVĚR.....	75
POUŽITÁ LITERATURA	76
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AFP	alfafetoprotein
ATB	antibiotika
BMI	body mass index
CEA	karcinoembryonální antigen
CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
D	dechová frekvence
DDŽ	dolní dutá žíla
ERCP	endoskopická retrogradní cholangiopankreatikografie
EUS	endoskopická ultrasonografie
FF	fyziologické funkce
FR	fyziologický roztok
GIT	gastrointestinální trakt
HDŽ	horní dutá žíla
CHK	chirurgická klinika
IK	interní klinika
INR	protrombinový čas
IV	intravenózní aplikace
KO	krevní obraz
MRCP	magneticko rezonanční cholangiopankreatografie
NGS	nazogastrická sonda
NJS	nazojejunální sonda
OOPP	osobní ochranné pracovní pomůcky
OŠP	ošetřovatelská péče
P	puls
PTC	perkutánní transhepatální cholangiografie
PTD	perkutánní transhepatální drenáž
PŽK	periferní žilní katetr
RTG	radioizotopový termoelektrický generátor

SC.....subcutální aplikace
TJC.....transjugulární cholangiografie
TK.....tlak krevní
TT.....tělesná teplota
USG.....ultrasonografie
VS.....všeobecná sestra
ZA.....zdravotnický asistent
ZVD.....zevně vnitřní drenáž

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Acholická stolice – neobsahuje žluč kvůli bloádě odtoku do střeva (světlá stolice)

Ampulla - rozšířená část dutého orgánu

Angioinvaze – průnik do cév (nádorových buněk)

Anorexie - nechutenství

Apnoická pauza – zástava dechu

Artefakt – uměle vzniklá struktura, objekt odlišnosti

Arteria – tepna

Ascites - nahromaděná volná tekutina v břiše

Asepsa – naprostá nepřítomnost mikroorganismů a choroboplodných zárodků

Aspekce – vyšetření pohledem

Auskultace – vyšetření poslechem

Benigní - nezhoubný

Benzodiazepiny - psychofarmaka

Bilirubin – žlučové barvivo

Caput medusae – viditelné rozšíření podkožních žil na břiše v pupeční oblasti

Cirhóza – onemocnění jater charakterizované zmnožením vaziva, nekrózami jaterního parenchymu a uzlovitou přestavbou tkáně

Colum - krček

Corpus – tělo

Courvoisierovo znamení - hmatný, nebolestivý, zvětšený žlučník při obstrukčním ikteru

Cytologie – věda studující buňku, úzký vztah k onkologii

Dilatace – rozšíření dutého orgánu

Drenáž – odstraňování tekutiny, umožňuje odtok nahromaděné tekutiny

Ductus cystikus - vývod žlučníku

Ductus hepaticus dexter a sinister - pravý a levý vývod jaterní vývod

Ductus hepaticus komunis - společný vývod jaterní

Ductus choledochus – společný žlučovod

Duodenum – dvanáctník, počáteční část tenkého střeva

Edukace - výchova

Endoskopie – metoda umožňující prohlédnout vnitřní tělesnou dutinu

Extrahepatické – mimojaterní

Fibróza – zmnožení vaziva v orgánu

Fistule – píštěl, abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem

Fluidotorax - nahromadění tekutiny v pohrudniční dutině

Fundus - dno

Hepatomegalie – zvětšení jater

Hyperbilirubinémie - hladina bilirubinu je nad normální hodnotou

Cholangiografie – rentgenové kontrastní zobrazení žlučových cest

Cholangitida – zánět žlučových cest

Cholecystolitiáza - přítomnost žlučnickových kaménků v žlučníku

Choledocholitiáza – přítomnost žlučnickových kaménků v žlučových vývodech

Cholelitiáza – tvorba a kaménky v žlučových cestách a žlučníku

Cholestáza – městnání žluči

Ikterus – žluté zbarvení kůže a sliznic

Incize – naříznutí, chirurgické otevření

Infekce - nákaza

Intrahepatické - nitrojaterní

Kachexie – silná celková sešlost, chátrání, hubnutí

Koagulace - srážení

Konkrement - kámen

Kontrastní látka – látky, které odlišně pohlcují záření, v těle zvýrazní struktury a odhalí eventuelně chorobné změny

Leukocytóza – zvýšený počet bílých krvinek

M. Sphincter - svěrač

Maligní - zhoubný

Mandrén – kovové vlákno vsouvané do průsvitu jehly

Meléna - natrávená krev ve stolici

Metastáza – dceřiné ložisko zhoubného nádoru nebo infekce

Nádor – patologický útvar tvořený tkání, kterýž se růst vymknul kontrole

Nekróza – odumření buněk, tkáně, orgánů

Observace - pozorování

Oxymetr – přístroj k měření koncentrace kyslíku

Paliativní péče – léčba, která zmírňuje utrpení nevyléčitelně nemocného

Palpace - vyšetření pohmatem

Pankreatitida – zánět slinivky břišní

Papilla – bradavičnatý výběžek

Papilla duodeni major - vaterova papila

Parenchym – vlastní funkční tkáň, která je specifická každého pro každý orgán

Per rectum - vyšetření pohmatem vnitřní konečník

Perforace – proděravění, protržení

Peritonitida – zánět pobřišnice

Perkuse – vyšetření poklepem

Perkutánní – skrz kůži

Piezoelektrický - vznik elektrických nábojů na plochách krystalů bez středu souměrnosti a těles z některých polymerů při jejich namáhání tahem, tlakem či ohybem

Pneumotorax - vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny

Polyuretanová protéza – umělá náhrada části těla

Porta hepatis - příčná vkleslina v játrech, kde vstupuje a. Hepatica propria a v. Portae, vystupují jaterní žlučovody

Portální hypertenze - zvýšený tlak ve v. Portae

Pruritus - svědění

Punkce – nabodnutí dutiny, orgánů, kloubů, patologického útvaru

Reflux – zpětný tok

Sekretin – peptidový hormon trávicího ústrojí, vzniká ve sliznici duodena

Sepse – stav, při němž se z infekčního ložiska v těle uvolňují choroboplodné zárodky do krve a poškozují orgány

Stenóze – abnormální zúžení

Stent – výztuž trubicového orgánu k zajištění průchodnosti

Tachykardie – zrychlení srdeční činnosti

Vena - žíla

Vena portae – vrátnice, žilní kmen, který sbírá krev z kapilár většiny břišních orgánů a odvádí ji do jater

Vesica biliaris - žlučník

Záněť – obranná reakce organismu na poškození (KREJSOVÁ, 2005), (VOKURKA, 2004)

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.....	44
Tabulka 2 – Na jaké klinice pracujete.....	44
Tabulka 3 – Jaká je délka Vaší působnosti na tomto oddělení.....	45
Tabulka 4 – Ošetřoval/a jste někdy pacienta se zavedenou ZVD.....	46
Tabulka 5 – Jak často se na Vašem oddělení vyskytují pacienti se zavedenou ZVD...47	
Tabulka 6 – Jak se rozdělují drenáže žlučových cest.....	48
Tabulka 7 – Co byste nezařadil/a mezi příznaky nemocí žlučníku a žlučových cest...49	
Tabulka 8 – Zevně vnitřní drenáž.....	50
Tabulka 9 – PTD se provádí.....	51
Tabulka 10 – Před provedením PTD.....	52
Tabulka 11 – Ke kontraindikacím PTD nepatří.....	53
Tabulka 12 – Kdy zahájíte OŠP o pacienta se zavedenou ZVD.....	54
Tabulka 13 – ZVD prvních 48 hodin po zavedení napojíme na sběrný vak.....	55
Tabulka 14 – Prvních 48 hodin, při zavedené ZVD, drén.....	56
Tabulka 15 – Při převazu ZVD.....	57
Tabulka 16 – Při proplachu ZVD.....	58
Tabulka 17 – Při převazu ZVD.....	59
Tabulka 18 – Před provedením převazu ZVD pacienta.....	60
Tabulka 19 - Při převazu ZVD potřebuji následné pomůcky.....	61
Tabulka 20 – Je možné, aby se o ZVD staral pacient, nebo rodina v domácím prostředí.....	62
Tabulka 21 – Myslíte si, že je nutné u pacienta se ZVD sledovat příjem potravy a případné úbytky váhy.....	63
Tabulka 22 – Myslíte si, že je důležité kontrolovat bolest pacienta se zavedenou ZVD.....	64
Tabulka 23 – Myslíte si, že jste v problematice péče o pacienta se zavedenou ZVD dostatečně informováni	65
Tabulka 24 – Jakou formu dalšího vzdělávání byste si v této problematice představoval/a.....	66

Graf 4 - Ošetřoval/a jste někdy pacienta se zavedenou ZVD.....	46
Graf 5 - Jak často se na Vašem oddělení vyskytují pacienti se zavedenou ZVD.....	47
Graf 6 - Jak se rozdělují drenáže žlučových cest.....	48
Graf 7 - Co byste nezařadil/a mezi příznaky nemoci žlučníku a žlučových cest.....	49
Graf 8 - Zevně vnitřní drenáž.....	50
Graf 9 - PTD se provádí.....	51
Graf 10 - Před provedením PTD.....	52
Graf 11 - Ke kontraindikacím PTD nepatří.....	53
Graf 12 - Kdy zahájíte OŠP o pacienta se zavedenou ZVD.....	55
Graf 13 - ZVD prvních 48 hodin po zavedení napojíme na sběrný vak.....	56
Graf 14 - Prvních 48 hodin, při zavedené ZVD, drén.....	57
Graf 15 - Při převazu ZVD.....	58
Graf 16 - Při proplachu ZVD.....	59
Graf 17 - Při převazu ZVD.....	60
Graf 18 - Před provedením převazu ZVD pacienta.....	60
Graf 19 - Při převazu ZVD potřebuji následné pomůcky.....	61
Graf 20 - Je možné, aby se o ZVD staral pacient, nebo rodina v domácím prostředí....	62
Graf 21 - Myslíte si, že je nutné u pacienta se ZVD sledovat příjem potravy a případné úbytky váhy.....	63
Graf 22 - Myslíte si, že je důležité kontrolovat bolest pacienta se zavedenou ZVD.....	64
Graf 23 - Myslíte si, že jste v problematice péče o pacienta se zavedenou ZVD dostatečně informováni.....	65
Graf 24 - Jakou formu dalšího vzdělávání byste si v této problematice představoval....	66

ÚVOD

Nemoci žlučníku a žlučových cest patří v dnešní době mezi častá onemocnění, která mohou skončit drenáží žlučových cest. Hlavně u nádorových onemocnění, kvůli kterým se postupně zužují žlučovody, dochází k narůstání ikteru, pruritu, bolestí a pomalu se rozvíjí sepse. Tato skutečnost může mít velký vliv na kvalitu života pacienta, hlavně pokud je dlouhodobá drenáž zavedena, jako poslední možnost u chronicky nemocných. Stejně tak pokud je drenáž zavedena pouze dočasně a to v předoperačním období je nutné vyvarovat se riziku komplikací, které by případně mohly ohrozit operační řešení.

V rámci praxe na interním oddělení zaměřeném na GIT, jsem se s drenáží setkávala často, a proto jsem si vybrala toto téma ke zpracování. Myslím si, pokud se zdravotnický personál neseťkává s těmito pacienty přímo ve své praxi, nemá o dané problematice mnoho informací. Z tohoto důvodu jsme chtěli upozornit na nutnost znalostí všech zdravotníků ve specifické péči o pacienty se zavedenou drenáží žlučových cest.

Cílem bakalářské práce je nastínit tuto problematiku, shrnout dosavadní poznatky a znalosti o pacientech se zavedenou drenáží žlučových cest.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou část. V teoretické části první kapitola popisuje diagnostiku onemocnění žlučníku a žlučových cest, které jsou indikací pro zavedení drenáže, jak už trvalé či krátkodobé. Druhá kapitola je věnována samotné technice zavádění drenáže žlučových cest od historie dosud. Důležitou součástí je znalost možných komplikací při výkonu nebo po něm a znát možnosti řešení. Poslední kapitola této části se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienta se zavedenou zevně vnitřní drenáží, jeho specifickými potřebami a ošetřováním samotné drenáže. V teoretické části jsme zjišťovali pomocí anonymních dotazníků znalosti VS a ZA o tomto problému. Cílem bylo porovnat informovanost sester v ošetrovatelské péči o pacienty se zavedenou zevně vnitřní drenáží na chirurgické a interní klinice. Výsledky šetření jsou dále rozebrány v interpretaci

a diskuzi. Práce je určena pro VS, ZA a studenty zdravotnických škol k rozšíření svých vědomostí v této problematice. Stejně tak by mohla být přínosná i pro laickou veřejnost, která se s tímto problémem může setkat u svého člena rodiny či ve svém okolí.

Podklady k práci jsme čerpali především z knižních publikací, z odborných článků a na webových stránkách věnovaných tomuto tématu.

1 DIAGNOSTIKA NEMOCÍ ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST

Choroby žlučníku a žlučových cest patří v dnešní době mezi častá onemocnění. Příčiny těchto nemocí mohou být zánětlivá, nezánětlivá nebo nádorová. Můžou probíhat asymptomaticky, ale někdy se projeví více či méně typickými příznaky, jako jsou dyspeptické potíže, mírná až kolikovitá bolest v pravém podžebří, ikterus, acholická stolice, tmavá moč a svědění kůže. Hlavně u nádorových onemocnění pro lepší prognózu je důležitá včasná diagnostika. Mezi základní vyšetření nemocného s chorobami žlučníku a žlučových cest jsou anamnéza a fyzikální vyšetření. Přesné stanovení diagnózy závisí na širokém spektru laboratorních a zobrazovacích metod, které jsou zmíněny v dalších podkapitolách (LATA, 2010).

1.1 ŽLUČOVÉ CESTY A JEJICH FUNKCE

Žlučové cesty se rozdělují podle umístění na intrahepatické (nitrojaterní), které začínají od žlučových kapilár v jaterních lalůčcích, vedou do porta hepatis (příčná vkleslina v játrech, kde vstupuje a. hepatica propria a v. portae, vystupují jaterní žlučovody). Zde vychází extrahepatické (mimojaterní) žlučové cesty jako ductus hepaticus dexter a sinister (pravý a levý vývod jaterní). Oba se spojují ve 2-4 cm dlouhý ductus hepaticus communis (společný vývod jaterní). Po připojení ductus cystikus (vývod žlučníku) vzniká ductus choledochus (žlučovod). Žlučovod prochází za dvanáctníkem a hlavou slinivky břišní, kde tvoří rozšířenou společnou ampullu (dutinu) s ductus pancreaticus major (hlavní pankreatický vývod) a končí v dvanáctníku na papilla duodeni major (Vaterova papila). Toto ústí ve dvanáctníku je ovládáno m.sphincter ductus choledochi (Oddiho svěrač). Svěrač a řasy sliznice zabraňují vstupu střevního obsahu do žlučovodu nebo proniknutí žluče do vývodu slinivky břišní, která by ji poškodila (ČIHÁK, 2002).

Vesica biliaris (žlučník) je přirostlý na spodinu jater a slouží jako zásobárna žluči, kde se vstřebává voda a tím se zahušťuje. Rozpoznáváme na něm fundus (dno), corpus (tělo), colum vesicae (krček) přechází v ductus cysticus (ELIŠKOVÁ, 2006).

Žluč tvoří žlučové kyseliny a barviva, má velký význam pro trávení a transport lipidů i vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích A, D, E, K. Průběžně je produkována v játrech (asi 0,7 – 1,2 l/den), ale jen polovina vytvořené žluči jde přímo do dvanáctníku, zbytek se shromažďuje ve žlučníku. Stažení a vyprázdnění žlučníku je vyvoláno reflexně (vagová aktivita v jiných částí GIT vede ke slabým kontrakcím žlučníku) a hormonálně (sekretin a cholecystokinin - CCK). Silným podnětem pro uvolnění hormonů jsou tuky v potravě, ale i vaječný žloutek a z části proteiny. Sekretin zvyšuje produkci žluče v játrech a CCK vyvolá relaxaci m. sphincter Oddi a kontrakci žlučníku, který vytlačí žluč k dvanáctníku, ten je uvolňován i před každou kontrakční vlnou tenkého střeva (TROJAN, 2003).

1.2 ANAMNÉZA

Anamnéza by se dala označit jako výpověď nemocného, který musí aktivně odpovídat na cílené otázky kladené lékařem či sestrou. Musí se zaznamenávat podstatné odpovědi i ty negativní. Začíná se otázkami na aktuální obtíže, které pacienta přivedli k lékaři, což je označováno jako nynější onemocnění. Pokračuje se v osobní anamnéze, kde pacient informuje o prodělaných podstatných nemocích a operacích během života. Rodinná anamnéza nám prozradí podstatná onemocnění, která se vyskytují u nejbližších příbuzných. Často to bývají choroby žlučníku, žlučových cest a kardiovaskulárního systému. Důležitou informací je požívání alkoholu a jiných návykových látek, stejně i kouření. Musíme znát lékovou anamnézu, kde nám uvede všechny léky, které užívá a případné alergické reakce na ně či jiné alergie. Sociální a pracovní anamnéza doplní informace o prostředí, v kterém nemocný žije (LUKÁŠ, 2005).

1.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Pohled (aspekce, inspekce) je vyšetření zrakem optimálně při denním světle. Hodnotí se zbarvení kůže, sliznic, sklér, žilní kresba na břiše (caput medusae),

nahromaděná tekutina v břiše (ascites) a pooperační jizvy. Při vyšetření pohmatem (palpace) musí pacient ležet na zádech s pokrčenými dolními končetinami. Pohmat dělíme na zevní (povrchovou a hlubokou) a vnitřní (per rectum). Undulace ascitu jde o vlnění vnímané dlaní přiložené na jedné straně břicha při mírném poklepu na druhou. Courvoisierovo znamení neboli hmatný, nebolestivý, zvětšený žlučník při obstrukčním ikteru. Murphyho příznakem se posuzuje bolestivost v místě žlučníku při cholecystitidě. Poklep (perkuse) se dělí na přímý a nepřímý. Lékař rozeznává tkáň v hloubce a poslouchá výsledný zvuk. Poslech (auskultace) se provádí pomocí fonendoskopu při podezření na porušenou střevní pasáž neboli peristaltiku (ŠPINAR, 2013).

1.4 VYŠETŘENÍ POMOCÍ ZOBRAZOVACÍCH METOD

V dnešní době nestačí k získání přesné diagnózy jen anamnéza, laboratorní testy nebo fyzikální vyšetření. Moderní medicína je založena hlavně na neustále se rozvíjejících zobrazovacích metodách jak neinvazivní, tak invazivní. Patří sem RTG, USG, EUS, CT, MRCP a PTC, ale za standard se označuje ERCP využívané zejména při podezření na onemocnění podjaterní oblasti. Volba zobrazovací metody je v kompetenci lékaře, který se snaží zvolit takovou metodu, aby se získalo co nejvíce informací o příčině choroby (BELŠAN, 2003).

1.4.1 NATIVNÍ SNÍMEK BŘICHA

Prostý RTG snímek břicha je schopen zobrazit kalcifikace ve stěně žlučníku nebo kontrastní konkrementy ve žlučovodech. Provádí se ve stoje (popřípadě u imobilního pacienta vleže na zádech nebo na boku). Pacient je svlečený do půl těla, snímek musí zachytit bránici a horní okraj symfýzy (KALA, 2009).

1.4.2 ULTRASONOGRAFIE

USG se skládá z vyšetřovacích sond, elektronických obvodů, obrazovky a záznamových jednotek. Nejčastěji používané sondy jsou lineární (v porodnictví, při vyšetření prsu a štítné žlázy), konvexní (při všech vyšetření kromě echokardiografie) a sektorová (využití tam, kde je omezený přístup pro vyšetření). Tyto sondy se liší svým

tvarem. Metoda využívá mechanického vlnění, které se odráží na rozhraní různých tkání. Obraz na monitoru vzniká zachycením velkého množství vedle sebe umístěných odrazů, které se zobrazí v různých odstínech šedi podle intenzity, která závisí na hustotě prostředí. USG se využívá jako vstupní zobrazovací metoda při podezření na obstrukci žlučových cest nebo zánětu. Zobrazí velikost, stěnu a obsah žlučníku, jejich patologické změny. Dokáže také posoudit okolí žlučníku a šíři intrahepatálních i extrahepatálních žlučvodů. Žlučový strom však nedokáže zobrazit přehledně. USG vyšetření je neinvazivní, bezpečné, široce dostupné, bez radiace. V neposlední řadě je USG poměrně levná metoda. Pod USG kontrolou se dá provést cílená evakuační punkce a perkutánní drenáž abscesu. Před vyšetřením pacient lační 8 hodin. Vyšetření, jako takové, se provádí se na zádech nebo levém boku a po standardním vyšetření není nutná observace pacienta na lůžku v nemocnici (TOZZI, 2009).

1.4.3 POČÍTAČOVÁ TOMOGRAFIE

CT vyšetření se provádí konvenční nebo spirální technikou, podle potřeby se provádí nativně nebo pomocí aplikované kontrastní látky. Vyšetření využívá digitální zpracování dat o průchodu rentgenového záření vyšetřovanou vrstvou. Záření z rentgenky projde pacientem a zachytí se na detektory uložené naproti. Tam je registrováno a převedeno pomocí analogově digitálního převodníku na elektrický signál, který odesílá do počítače. Pacient se položí na pohyblivý stůl, který projíždí otvorem gantry, on sám se hýbat nesmí. U pacienta s onemocněním žlučových cest je nejčastěji CT indikováno při nejasném nálezu na USG břicha, při podezření na nádorové onemocnění žlučníku a žlučvodů. Dále je indikováno ke zjištění příčiny dilatace intrahepatálních žlučových cest. Vyšetření umožňuje zobrazit lokalizaci, velikost nádoru, eventuelně metastázy, posoudit šíření do okolí a zhodnotit postižení uzlin. Pacient podepíše informovaný souhlas s vyšetřením. Před plánovaným vyšetřením pacient lační. Z ranní medikace užije jen důležité léky (vhodné konzultovat před vyšetřením s lékařem). Před samotným vyšetřením se pacientovi zavádí PŽK, do něhož se aplikuje kontrastní látka, která zvyšuje výtěžnost CT vyšetření. Po vyšetření není nutná observace na lůžku. Krom dostatečného množství tekutin, které pomáhá rychlejšímu vylučování tekutin, nejsou nutná další režimová opatření (KALA, 2009).

1.4.4 MAGNETICKO REZONANČNÍ CHOLANGIOPANKREATOGRAFIE

MRCP je neinvazivní metoda, kterou pacienti dobře tolerují. Je založeno na principu zjišťování změn magnetických momentů souborů jader prvků s lichým protonovým číslem uložených v silném magnetickém poli po aplikaci radiofrekvenčních pulzů. Obraz se ukáže na monitoru v různých odstínech šedé na základě změřeného indukovaného napětí a dalších parametrů je signál pomocí složitých procesů a algoritmů převeden. Má vysoce citlivé zobrazení konkrementů, zúžení, rozšíření žlučvodů, nebo uzávěrů maligním nádorem. K zobrazení žlučvodů se používá kontrastní látka, jež se vylučuje žlučí. Dnes je schopné nahradit metodu ERCP, čímž by se zmenšil počet komplikací vzniklých u invazivních metod. Při vyšetření pacient leží na zádech a na břiše má upevněný senzor, který snímá dechovou křivku, kvůli minimalizaci pohybových artefaktů. Kontraindikací k provedení vyšetření může být klaustrofobie, která se řeší premedikací, hluk při vyšetření, což je kompenzováno sluchátky či ucpávkou do uší. Další kontraindikace MRCP jsou různá kovová tělesa v organismu, kardiostimulátor, ušní implantáty nebo velká tetování. Výhodou této metody je nezatížení pacienta ionizujícím zářením, ale nevýhodou jsou drahé pořizovací a provozní náklady (BELŠAN, 2003).

1.4.5 ENDOSKOPICKÁ ULTRASONOGRAFIE

Je nedocenitelnou vyšetřovací metodou v diagnostice obstrukce žlučových cest. Používají se tenké ultrasonografické sondy zaváděné pracovním kanálem klasických endoskopů, které ale překonávají jejich omezení. Mají vysokou rozlišovací schopnost. Lze detekovat i malé žlučové kameny, žlučové bláto, novotvary žlučvodů, rozpoznat stádium papilárních karcinomů, tumoru pankreatu a užitečnost je v diagnostice angioinvaze (prorůstání nádorů do krevních nebo do lymfatických cév) do vena portae a vena lienalis. Nadřazená metoda při detekci novotvarů žlučvodu menších než 3 mm před CT, USG a vyrovná se ERCP. Pacient před vyšetřením 6 hodin lační, má zavedený PŽK a podepíše informovaný souhlas s vyšetřením. EUS vyžaduje premedikaci jako před ERCP. Představuje pro pacienta minimální počet komplikací (TOZZI, 2009).

1.4.6 ENDOSKOPICKÁ RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATIKO- GRAFIE

ERCP řadíme mezi invazivní vyšetřovací metodu, která kombinuje endoskopický zákrok s radiologickou diagnostikou nemocí žlučových cest. Před ERCP pacient lační, musí mít INR pod 1,5 a zavedený PŽK. Dále lékař pacienta seznámí s výkonem, jeho průběhem, komplikacemi a režimem po vyšetření. Poté pacient podepisuje informovaný souhlas s vyšetřením. Po příchodu pacienta na radiologické pracoviště sestra pacienta poučí o poloze, kterou bude při vyšetření zaujímat. Pacient se položí na levý bok s pokrčenými dolními končetinami. Hlavu pacienta podloží sestra polštářem a na prst mu přiloží čidlo pulzního oxymetru. Dále mu aplikuje premedikaci (Fentanyl, Dormicum, nebo jiné dle ordinace lékaře) a lokálně znecitliví ústní dutinu a hltan anestetikem ve spreji (Holubová, 2013).

Výkon se provádí pomocí flexibilního endoskopu se soustavou světelných vláken. Používaný endoskopický přístroj je směřován proti směru odtoku žluči v oblasti žlučovodů přes Vaterskou papilu. K zobrazení se využívá snímkování pomocí rentgenového přístroje, aby se zkontrolovala správná poloha endoskopu a plnění žlučových cest kontrastní látkou (LUKÁŠ, 2002).

ERCP bývá pro nemocného náročným výkonem a většinou vyžaduje observaci na lůžku v nemocnici do druhého dne. Mezi důvody hospitalizace po výkonu se řadí podaná premedikace a kontrastní látka při ERCP (riziko alergické reakce, poruchy srdečního rytmu, oslabeného dýchání). Dalším důvodem observace na lůžku je riziko dalších komplikací (zvracení, infekce, krvácení, perforace žlučovodu), které mohou vzniknout po vyšetření. Na oddělení sestra monitoruje FF pacienta, celkový stav a stav vědomí. Ten den pacient může požívat per os pouze tekutiny a výživu parenterálně. Zdržuje se po celý den na oddělení a laboratorně se kontrolují jaterní testy s amylázou a krevní obraz (HOLUBOVÁ, 2013).

1.4.7 TRANSJUGULÁRNÍ CHOLANGIOGRAFIE

Před vyšetřením musí být pacient lačný, být dostatečně informován a mít podepsaný informovaný souhlas. Pacientovi se po premedikaci 10mg Diazepamem, 0,5 mg Atropinu a 50 mg Dolsinu přes pravou jugulární žílu zavede dlouhý katetr se

zatočeným koncem. Pod RTG kontrolou přes HDŽ a pravou srdeční síň se zavede do DDŽ, kam vedou jaterní žíly katetru. Přes katetr lze zavést punkční kanylu a odebrat vzorek jater. Při vytahování jehly se současně vstříkuje kontrastní látka a detailně se zobrazí žlučové cesty. Po vytažení katetru je nutná komprese místa vpichu. Pacient dodržuje klidový režim na lůžku 4-6 hodin po výkonu za pravidelných kontrol FF (ČERNOCH, 2008).

1.4.8 PERKUTÁNNÍ TRANSHEPATÁLNÍ CHOLANGIOGRAFIE

V 60. a 70. letech byla prováděna k objasnění ikteru při předpokládané obstrukci žlučových cest před operací. Katetry z různých materiálů a průměru se zaváděly v lokální anestezii přes kůži do jaterního parenchymu a žlučovodu. Pacient zatajil dech a pod žeberním obloukem se provedla punkce, zavaděč se vytáhl ještě při apnoické pauze a na konec katetru byla napojena stříkačka k odběru žluče. Poté se do katetru aplikovala kontrastní látka a bylo provedeno několik rentgenových snímků. Velké množství komplikací (krvácení do dutiny břišní, únik žluče, infekce, bolest v místě vpichu) se snažili všichni autoři snížit, upravováním konvenční techniky PTC a monitorováním výkonu televizním okruhem. Dnes je vyšetření prováděno při choledocholitíaze, zúžení, nádorech žlučovodu a po cholecystektomii. Používá se tenká ostrá flexibilní jehla (Okudova, Chiba) o velikosti 20 – 22 G, která minimalizuje poranění jaterního parenchymu a tenký kanálek se po vytažení jehly rychle zhojí. Riziko komplikací (unikání žluče kanálkem vpichu, krvácení, cholangoitida, biliární peritonitida, píštěl) je sníženo (ČERNOCH, 2008).

Před vyšetřením musí mít pacient INR pod 1,5, zavedený PŽK a podepsaný informovaný souhlas s vyšetřením. Provádí se nejdříve USG jater nebo CT, musíme znát alergickou anamnézu nemocného a u rizikových pacientů se před vyšetřením podávají širokospektrá ATB. Nemocný je při výkonu uložen na pohyblivý rentgenový stůl v poloze na zádech s rukou podél těla, premedikován kombinací benzodiazepinů nebo medozalamu s nabuphinhydrochloridem intravenózně. V průběhu vyšetření lze odebrat vzorek žluče k chemickému, cytologickému a bakteriologickému vyšetření, ale většinou tomu brání malý průměr kanyly a vysoká viskozita stagnující žluče. Proto se zavádí PTD katetr, který má větší průměr (ČERNOCH, 2008).

2 PERKUTÁNNÍ TRANSHEPATÁLNÍ DRENÁŽ

První drenáž provedl v roce 1952 Leger, který při původní technice PTC používal ohebný katétr s tuhým mandrénem a ponechal jej při zjištěné obstrukci nebo přetlaku v žlučovodech do operace. Až v roce 1965 George a Lang v roce 1974 ponechali katetr po PTC k drenáži žlučových cest u nemocných v pokročilých nádorových stavech, jako alternativu chirurgické léčby. Kaude v roce 1969 použil drenáž u poškození jater po bodném poranění. Molnar v roce 1974 vytvořil první vnitřní drenáž a dále ho následovali Takada, Hoevels, Nakayama, Ring a další. V roce 1972 poprvé Burchart provedl vnitřní drenáž protézou zavedenou kanálem PTD, touto problematikou se později zabývali i jiní. Každý autor používal vlastní techniku, která se lišila jen v maličkostech. PTD se dříve prováděla buď ze dvou vpichů (prvním vpichem se zobrazily žlučovody, aby se zhodnotilo vhodné místo pro zavedení definitivního katetru druhým vpichem) nebo později s vývojem materiálů a technologií z jednoho vpichu. Duodenobiliární polyuretanovou protézu u nás zavedl v roce 1988 Černocho (ČERNOCH, 2008).

V současné době je příprava nemocného stejná jako na PTC, je potřeba obrazové dokumentace ne starší než čtrnáct dnů (USG nebo CT břicha). Výkon se provádí za hospitalizace, kdy pacient minimálně šest hodin lační, ale tekutinu a vlastní důležité léky může požit ještě dvě hodiny před ním. Velmi nezbytné jsou aktuální výsledky krevního obrazu, jaterních testů, koagulace s INR pod 1,5 (pokud pacient dlouhodobě užívá Warfarin nebo Lawarin, zavčas se vysadí a nahradí nízkomolekulárním heparinem podávaným s. c.). Na oddělení ošetřující lékař s pacientem podepíše informovaný souhlas s výkonem, sestra mu zavede PŽK a podá analgetika podle ordinace lékaře, Dithiaden i. v. nebo dvě tablety hodinu před převozem na radiologické pracoviště. Těsně před odjezdem si pacient sundá kovové ozdoby z těla, vyjme si zubní protézu, vysleče se a na lůžku ho sanitář odveze s dokumentací, žádankou a s podepsaným informovaným souhlasem k výkonu (SEDMÍK, 2005).

PTC dnes není indikováno pouze k diagnostice, ale vždy musí navazovat vlastní drenáž. Výkon se provádí pod RTG kontrolou v lokální anestezii aplikací

10% Mesocainu, v kůži lékař provede malou incizi a tou zavede Chiba jehlu (nebo Okudovu) do hloubky jaterního parenchymu. Jehlu zvolna vytahuje a současně aplikuje kontrastní látku, tak dlouho dokud se nezobrazí žlučové cesty. Pomocí jehly do stenotického úseku zasune měkký vodič s tuhým hrotem, poté zavede sadu dilatátorů a měkký vodič vymění za tuhý, po kterém vlastní PTD drén zavede až do duodena. Pokud stenózu není možné překonat, založí drenáž zevní, kterou fixují ve žlučovodech klíčkou ve tvaru prasečího ocásku (pigtail). Z venku drén zafixuje stehem, náplastí a sterilně zakryje, konec ponechá volně uzavřený krytkou (ČERNOCH, 2008).

Po výkonu pacient dodržuje klid na lůžku 12 hodin, 6 hodin sestra monitoruje FF (TK, P, D), kontroluje místo vpichu, intenzitu bolesti s fyzikálním nálezem na břicho a sleduje celkový stav. Alespoň 48 hodin po výkonu dostává pacient širokospektrá ATB, minimálně do druhého dne zůstává na infuzní terapii a drén se proplachuje po 8 hodinách 5-10 ml sterilního fyziologického roztoku. Kontrolujeme odpad z drenáže žlučových cest. Pokud neobjevíme žádné komplikace spojené se zavedením drenáže do druhého dne, pacient může postupně začít s šetřící dietou a mobilizovat se. Večer a druhý den ráno se kontrolují jaterní testy společně s krevním obrazem. Pokles hladiny bilirubinu v krvi je známkou úspěšné drenáže. Dále se bilirubin kontroluje ještě týden jednou denně, ale do normálu by se měl dostat již do tří dnů (ŽALOUĐÍK, 2002).

2.1 ROZDĚLENÍ DRENÁŽE ŽLUČOVÝCH CEST

- a) Zevní drenáž (krátkodobá): Pokud katetrem nelze proniknout žlučovody a papilou do duodena, nechá se konec drénu ve žlučových cestách a žluč je spádově odvedena mimo tělo pacienta do sběrného sáčku. Zavádí se před plánovanou operací žlučových cest nebo jako léčba cholangitidy k rychlejšímu snížení bilirubinu v krvi, ponechává se 3–5 dnů. Ztráty tekutin a iontů musí být pacientovy nahrazeny intravenózně nebo perorálně.
- b) Zevně vnitřní drenáž (dlouhodobá): Drén je zaveden zevní cestou a projde přes stenózu do duodena. Katetr musí být delší, má perforace před překážkou i pod ní, které umožňují odvod žluče do duodena, po uzavření zevního drénu. Po založení zevně vnitřní drenáže se první dva dny nechá odtékat žluč do sběrného sáčku a poté se ponechá jen na vnitřní. Při této drenáži nedochází ke ztrátám tekutin a iontů jsou méně časté komplikace. Nevýhodou je občasný reflux

střevního obsahu do žlučvodů, způsobený špatným tvarem nebo perforací a silou katetru.

- c) Vnitřní: Pacientovi se nejdříve zavede zevně vnitřní drenáž a po úpravě bilirubinu ve žlučových cestách zůstává zavedený stent (protéza z různých materiálů) jako při ERCP. Stent je sice drahé, ale pro pacienta komfortní a definitivní řešení maligních stenóz (ČERNOCH, 2008).

2.2 INDIKACE K PTD

Indikace mohou být akutní kdy je zavedení PTD život zachraňující výkon. Neakutní bývá předoperační dekomprese žlučových cest, nebo paliativní postup v léčbě maligních stenóz žlučových cest (ŽALOUĐÍK, 2002).

2.2.1 AKUTNÍ INDIKACE PTD

Cholelitiáza tedy kameny (konkrementy) ve žlučových cestách. Při zaklínění konkrementu ve vývodu žlučníku vznikne biliární kolika, projevující se prudkou bolestí v pravém nadbřišku vystřelující pod pravou lopatku, trvající po dobu uvolnění vývodu. U komplikovaných stavů dochází k infekci ve žlučníku, k trvalé bolesti a teplotám. Dále vzniká ikterus a pacienti si mohou stěžovat na svědění kůže. U pacientů neúnosných k operaci (cholecystektomie) se konkrementy dají rozpustit dlouhodobým užíváním perorálních léků. Také je možné rozdrobit konkrementy rázovými vlnami vytvořenými mimo tělo elektrohydraulickými, elektromagnetickými nebo piezoelektrickými litotripty. Dále se mohou rozpustit při PTC s následným zavedením PTD (ŠVÁB, 2000).

Akutní cholangitida následuje po částečné nebo úplné obstrukci žlučových cest. Přítomny jsou známky sepse, pacient je zchvácený, opocený, hypotenzní, tachykardický, má horečku a ikterus (žluté zbarvení sklér, sliznic a kůže v důsledku stagnace žluči ve žlučníku a nemožnosti vylučování dále do GIT). Pacient trpí bolestmi biliárního typu (krutá, náhle vzniklá bolest minimálně hodinu po jídle v pravém podžebří nebo epigastriu vystřelující do zad, nemocný nedokáže zaujmout úlevovou polohu). Z laboratorních vyšetření vyjde leukocytóza, hyperbilirubinémie (hladina bilirubinu je nad normální hodnotou) a vysoká sedimentace. V moči nalézáme bilirubin

a urobilinogen. V rozvoji septického šoku u pacienta je urgentně indikováno ERCP (se zavedením stentů), pokud se nezdaří, následuje PTC s PTD. Pokud se nepodaří uvolnit žlučové cesty, musí se přistoupit k akutnímu chirurgickému řešení (LATA, 2010).

Ke stenóze Vaterovy papily (zúžení) dochází jizevnatým zhojením poraněné sliznice Vaterovy papily žlučovým konkrementem nebo drtí. Ve žlučovodu je vyšší tlak, který způsobuje dilataci nad stenózou nejprve extrahepatálních později intrahepatálních žlučovodů. V klinickém obraze dominuje biliární bolest, dyspeptický syndrom a může být přítomen ikterus. Pomocí USG břicha zjistíme rozšířený žlučovod nebo konkrementy. Díky endosonografickému vyšetření lze zhodnotit vlastní morfologii papily. Zpomalené vyprazdňování žlučovodu se nám ukáže v laboratoři zvýšenými jaterními testy také na scintigrafii žlučových cest. Možným řešením je provedení endoskopické papilosfinkteromie při ERCP nebo zavedení PTD skrz stenózu do duodena (LATA, 2010).

2.2.2 NEAKUTNÍ INDIKACE PTD

Sklerozující cholangitida je onemocnění ne příliš časté. Nejvíce postihuje muže ve věku mezi 25. – 30. rokem života. Proč dochází k imunopatogenní reakci proti žlučovodům není dosud známo, ale je patrná genetická predispozice. Zánět vede k masivní fibróze, která zužuje nebo úplně uzavírá žlučové cesty. Je zde zvýšené riziko vzniku cholangiogeního karcinomu. V játrech se rozvíjí fibróza s přechodem do biliární cirhózy. 90% pacientů má současně střevní zánět většinou ulcerózní kolitidu, která představuje rizikový faktor pro vznik kolorektálního karcinomu. Zánětlivé změny mohou být i v oblasti pankreatických vývodů (ČEŠKA, 2010).

U pacientů jsou přítomny příznaky cholangitidy, nechutenství, únava, ikterus, svědění kůže a bolest v pravém podžebří. Současně se mohou projevovat příznaky střevního zánětu, chronické pankreatitidy a v pokročilém stádiu je patrný klinický obraz jaterní cirhózy i ascites. Prognóza není příliš dobrá a léčba bývá velmi omezená. Většinou se lékaři snaží řešit stenózy žlučových cest chirurgickou cestou nebo při ERCP stentem či zavedením PTD k uvolnění a odtoku žluče. Poslední možností je transplantace jater, po které se u 30 % pacientů do pěti let opět objeví sklerozující cholangitida v játrech (LATA, 2010).

Neakutní indikací bývají převážně nádory žlučových cest, které se rozdělují podle biologického chování na benigní a maligní. Benigní nádory rostou ohraničeně v místě vzniku, nemetastazují a pacienti většinou nezpůsobují závažné problémy. Zpravidla je lze chirurgicky odstranit. Maligní nádory nejsou opouzdřené, prorůstají do okolní tkáně a většinou i metastazují do vzdálených míst (POVÝŠIL, 2011).

Mezi benigní nádory žlučníku patří vícečetné cholesterolové polypy, adenomy, vzácně lipomy, hemangiomy a leiomyomy. Pacienti s tímto nálezem se hlídají a v šesti měsíčních intervalech se opakují USG vyšetření žlučníku, posuzují se změny polypů a u menších než 10 mm se pokračuje v konzervativní léčbě. 80% - 90% polypů se v průběhu sledování nemění, ale u adenomů je vyšší riziko malignity, proto u symptomatických pacientů by se mělo přistoupit k odstranění žlučníku. Pokud transabdominální USG vyšetření není jednoznačné, lze provést endoskopické USG vyšetření, které odliší neoplázii (maligní novotvorba tkáně) s 80% přesností (SHERLOCKOVÁ, 2004).

Adenokarcinom žlučníku bývá nejčastějším zhoubným nádorem, který patří mezi nádory GIT s nejhůrší prognózou. 80% karcinomů žlučníku vzniká současně při cholecystolitíaze. Na vzniku hraje roli i složení žluče, kalcifikace stěny žlučníku, některé infekce, karcinogenní látky a léky. Symptomy jsou u pacientů překryty příznaky cholecystolitíazy, proto často dochází k pozdní diagnostice a to až, když už je patrný ikterus, hepatomegalie, ascites a je hmatatelná rezistence v místě žlučníku. Ze zobrazovacích metod se používá USG, která ukáže hmotu ve žlučníku, CT prokáže nádorovou hmotu a u ikterických pacientů se provádí ERCP nebo PTC s PTD (ČEŠKA, 2010).

Benigní nádory žlučových cest jsou vzácné a zůstávají skryté bez příznaků. Obvykle jsou náhodně zjištěné při USG nebo CT vyšetření kvůli jinému problému (ZAVORAL, 2007).

Tumory žlučových cest jsou klasifikovány podle lokalizace:

- a. *tumory horní třetiny (Klatskinův tumor,)*
- b. *střední třetiny (od vyústění ductus cystikus po stěnu duodena),*
- c. *dolní třetiny (od stěny duodena po Vaterovu papilu),*
- d. *difúzní postižení (JIRÁSEK, 2002 str.247).*

Cholangiokarcinom - vyskytuje se ve dvou procentech ze všech karcinomů. Až v roce 1965 popsal Klatskin tumor bifurkace žlučového stromu. Podle Bismutha-Corletta je Klatskinův tumor rozdělen do čtyř skupin podle rozsahu hilového tumoru.

- I. *tumor zaujímá společný duktus hepaticus,*
- II. *tumor zaujímá bifurkaci bez postižení levého či pravého hepaticku,*
- III. *postižení pravého hepaticku nebo postižení levého hepaticku,*
- IV. *tumor postihuje oba hepaticky (SKALICKÝ, 2011, str. 289).*

Postihuje častěji muže než ženy kolem šedesátého roku života. Vzniká v kterémkoliv místě žlučového stromu, může se šířit do jater jak z levého tak i z pravého žlučovodu. Pokud jsou postiženy oba žlučovody, způsobí úplnou obstrukci mimojaterních žlučových cest s dilatací nitrojaterních žlučovodů, zvětšení jater, kolabuje a ochabuje žlučník. Když je zasažen jen jeden žlučovod, obstrukce žlučových cest není úplná a jaterní lalok od postiženého žlučovodu atrofuje a druhý je hypertrofický. Nádor se šíří podél žlučovodu a jeho stěnou, metastazuje jen u poloviny pacientů, což se objeví až při pitvě. Prvním příznakem bývá ikterus s pruritem, který se může opozdit, pokud je postižen jen jeden žlučovod. Pacienti trpí nechutenstvím, úbytkem na váze, nejasnou bolestí v epigastriu, objevují se průjmy a febrilie. Biochemické nálezy odpovídají cholestatickému ikteru, nacházíme zvýšený bilirubin, GMT, ALP, ALT, AST, onkomarkery CEA, AFP bývají normální, ale zvýšený je CA 19-9. Při ERCP se odebírá cytologie a implantuje se stent (SHERLOCKOVÁ, 2004).

Chirurgická léčba je možná jen u pacientů v dobrém zdravotním stavu, pokud ještě nejsou metastázy a tumor nepronurůstá cévními strukturami. Záleží také na umístění, velikosti tumoru a postižení jaterního parenchymu. Jen u typu podle Bismutha I a II se provádí radikální resekce. Kvůli snížení operačního rizika u ikterických pacientů se zavádí při PTC drenáž, která se ponechává, protože by po výkonu mohla atrofovat. Drenáž však představuje zvýšené riziko infekce. Ve vzácných případech je indikována jaterní transplantace. Pokud není možná radikální resekce, přistupuje se k paliativní léčbě dlouhodobou zevně vnitřní drenáží (SKALICKÝ, 2011).

Karcinom Vaterovy papily je vzácný nádor postihující obě pohlaví ve středním věku stejně. Prognóza je lepší než u ostatních nádorů žlučových cest díky včasné

diagnóze, protože se u pacienta brzy objevují symptomy (bolesti v nadbřišku s propagací do zad, sklon k průjmům, ikterus, zvětšená játra, hmatný naplněný žlučník, může dojít k ascitu a k trombóze v. portae). Diagnostika spočívá hlavně v zobrazení nádoru (USG, CT, MRCP) nebo pomocí endoskopie (ERCP, EUS), které ukážou šíření nádoru, umožní vzít bioptický vzorek k histologickému vyšetření a určí resekovatelnost nádoru. Léčba je většinou chirurgická, u malých nádorů se endoskopickou cestou provede ampulektomie. Při inoperabilitě se musí zajistit drenáž žluče zavedením kovových nebo plastických drénů endoskopickou nebo transhepatální cestou (JIRÁSEK, 2002).

2.3 KONTRAINDIKACE PTD

Kontraindikace jsou minimální, řadí se sem hlavně porucha koagulace, difusní postižení jater jako je cirhóza nebo portální hypertenze (zvýšený tlak ve v. portae způsobený trombózou této žíly nebo jejím utlačením nádorem). Z technického hlediska sem patří obezita, velký ascites, metastázy v játrech, hyperventilace, nespolupracující pacient (riziko vytržení u zmatených pacientů) a u opakovaných drenáží žlučových cest kdy už je vytvořena biliokutánní fistule není možné další již zavést (NEJEDLÁ, 2012).

2.3.1 ČASNÉ KOMPLIKACE PTD

Při výkonu v souvislosti s invazivním zákrokem se může ihned objevit krvácení z jaterní či portální žíly, výjimečně pneumotorax (vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny), opožděně fluidotorax (nahromadění tekutiny v pohrudniční dutině). Pokud se poraní tepna v játrech, musí se jednat rychle, přiložením prstu lékař sníží krvácení a zasune silný drén, který vytvoří tamponádu té cévy. U pacienta se musí nahradit krevní ztráta, kontrolovat FF, krevní obraz, odpady z drénu a stolici jestli se neobjeví meléna neboli natrávená krev ve stolici (SEDMÍK, 2005).

Po vytažení zaváděcího katetru malé množství žluče zateče kolem ponechaného vodiče do perihepatického prostoru a podráždí jaterní pouzdro, což je bolestivé. Proto se tato část výkonu nesmí zbytečně protahovat. Při obtížné a dlouhé manipulaci ve žlučových cestách může pacienta postihnout zimnice s třesavkou, což je projevem

bakteriémie. Výkon je třeba co nejrychleji ukončit funkční drenáží. Pokud nemocný nebyl zajištěn ATB, je nutné léčbu ihned zahájit a zimnice s třesavkou odezní (ČERNOCH, 2008).

2.3.2 POZDNÍ KOMPLIKACE PTD

Pozdní komplikace jsou spojené se špatnou či nedostatečnou ošetrovatelskou péčí o drenáž a převyšují počet před komplikacemi při výkonu. Pokud objevíme krvácení z drénu nebo v okolí drénu, melénu nebo pokles v krevním obraze později, je nutné kontaktovat intervenčního radiologa. Ten provede urgentní arteriografii s intravaskulárním ošetřením zdroje krvácení (SEDMÍK, 2005).

Nejčastější komplikací hlavně dlouhodobé drenáže je cholangitida, kterou může způsobit vzestupná infekce ze střeva, nebo špatná ošetrovatelská péče o drén. Opožděná léčba cholangitidy může dojít až k sepsi (systémová odpověď organismu na infekci), která vrcholí septickým šokem. U nemocného se objevují febrilie, zimnice s třesavkou, zvracení, klesající TK, je oblužený a má mramorované končetiny. Léčba spočívá v monitoraci FF, podávání ATB i. v., dostatku tekutin i. v. a v důsledné ošetrovatelské péči o drenáž na jednotce intenzivní péče (ČERNOCH, 2008).

V případě nefunkční zevní drenáže, kdy neodtéká žluč do napojeného sáčku, jaterní testy jsou bez poklesu, ukazuje na dislokaci drénu mimo žlučové cesty a je nutná nová katetrizace na intervenční radiologii. U zevně vnitřní drenáže se může objevit protékání žluče kolem drénu buď jen jako drobné prosakování nejčastěji v noci, nebo trvalé masivní obtékání. Žluč irituje ránu, zvyšuje se otok a bolestivost v místě vpichu. Nejčastější příčinou obtékání drénu se stává ucpání distálního konce střevním obsahem, nebo obstrukce v průběhu drénu drtí, či krevními koaguly ve žlučových cestách, řešením se stává výměna drenáže. Další příčinou obtékání je dislokace drénu dovnitř, která vzniká při porušení fixace na kůži. Nepomůže nám napojení na sběrný sáček, ale úprava polohy drénu na radiologickém pracovišti. Dlouhodobá drenáž se časem zanese i při správné péči, proto se každé dva měsíce vyměňuje, chráníme tím pacienta i před infekcí (SEDMÍK, 2005).

V játrech, v hrudní dutině či stěně se může vytvořit absces, zapříčiněný hematodem vzniklým špatnou technikou nebo při obtížném zavádění drénu. Častěji to

bývá při ucpaném nebo vycestovaném drénu, výronu infikované žluči mimo žlučovody, jindy důsledkem cholangitidy. Projevuje se podle umístění abscesu bolestí v místě vzniku, zarudnutím kolem drénu, dechovou nedostatečností, nechutenstvím, zvracením, hubnutím nemocného s laboratorními příznaky sepse, zástavou odchodu plynů a stolice. Musí se obnovit funkčnost zevně vnitřní drenáže, transkutánně pod USG či CT kontrolou provést punkci abscesu a pacienta zajistit širokospektrými ATB poté dle výsledku z mikrobiologického vyšetření tekutiny z abscesu (ČERNOCH, 2008).

Vypadnutím katetru nebo provalením abscesu může vzniknout píštěl, nejčastěji u pacientů s rozsáhlým nádorovým postižením žlučvodů. V těchto případech není kde katetr dostatečně zafixovat, a proto brzy vycestuje mimo žlučové cesty. Po opakované perkutánní katetrizaci žlučvodů se vytvoří v tomto místě vazivový kanál neboli biliokutánní fistule, do které už nejde drén zavést. Pacient do konce života trpí a léčba spočívá pouze v konzervativním řešení symptomů (ČERNOCH, 2008).

3 OŠETŘOVÁNÍ PACIENTA SE ZAVEDENOU ZE VNĚ VNITŘNÍ DRENÁŽÍ ŽLUČOVÝCH CEST

Duté drény bývají náchylné k obstrukci, ať už dříve, či později, což je ovlivněno druhem materiálu a dobou setrvání ve žlučových cestách. Aby byl systém efektivní a výskyt komplikací co nejmenší, ošetrovatelskou péčí je nutné zahájit hned po návratu pacienta z radiologického oddělení. Ze vně vnitřní drenáž prvních 48 hodin po zavedení napojíme na sběrný vak, který musí mít větší průměr hadičky než vlastní drén, aby nezvyšoval tlak v katetru. Především tím obtékání žluče kolem drénu. Po uplynutí této doby drén uzavřeme a ponecháme jako vnitřní drenáž. Minimálně třikrát denně proplachujeme pěti až deseti mililitry sterilního fyziologického roztoku do 48 hodin po výkonu. Při dlouhodobé drenáži stačí drén proplachovat jednou za 24 hodin. S použitím OOPP (ústenka, rukavice, zástěra) z konce drénu odšroubujeme uzávěr, po místní dezinfekci nasadíme stříkačku s FR a bez aspirace propláchneme. Někdy jsou drény ukončeny krytkou s gumovou membránou, přes kterou můžeme FR aplikovat (VÁLEK, 2008).

3.1 PŘEVAZY ZE VNĚ VNITŘNÍ DRENÁŽE

Každá drenáž s sebou nese riziko infekce, kterou musíme brát na vědomí a pokusit se správnou aseptickou péčí o minimalizaci. Ohrožení funkčnosti a významu drenáže i riziko vypadnutí nastává v případě narušení fixace drénu. Proto v rámci ošetrovatelské péče fixujeme drén pojistnou náplastíovou smyčkou ke kůži. K převazu se oblečeme do OOPP (jednorázová zástěra, ústenka, nesterilní rukavice) a připravíme si potřebné pomůcky na vozík (sterilní pinzety, tampóny a čtverce, dezinfekci na kůži, náplast, sběrný sáček, emitní misku na odpad). Nejprve opatrně sundáme starý obvaz, avšak ponecháme náplast fixující drén. Dále pomocí sterilní pinzety a sterilních tampónů namočených v dezinfekci otřeme okolí drénu, katetr podložíme a překryjeme sterilními čtverci a přelepíme náplastí. Aseptický převaz provádíme jednou denně, nebo

při prosáknutí. Pakliže je drenáž ponechána jako zevní, společně s převazem měníme i sběrný sáček a to jednou za 24 hodin (PORUBOVÁ, 2006).

3.2 PSYCHIKA ČLOVĚKA S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Nemocniční prostředí psychice pacienta příliš neprospívá. Z tohoto důvodu se preferuje co nejdříve propuštění nemocného do domácího nebo ambulantního léčení. Sdělení vážné diagnózy je pro pacienta šok, s kterým se musí naučit žít, aby jeho kvalita života byla co nejvyšší. Nemocní jsou vystaveni velké psychosociální zátěži. Obtížně se srovnávají s hrozbou smrti, nemožností návratu do práce, závislosti na pomoci při všedních aktivitách od zdravotnického personálu, nebo doma rodiny. Musí se vyrovnat s pocitem nejistoty, izolace, vedlejších účinků terapie a adaptovat se na nově vzniklou stresovou situaci. Nedostatečná komunikace mezi pacientem a ošetřující osobou vede k neochotě spolupracovat a zapříčinit tak nesouhlas s léčebnými opatřeními. Proto motivující psychoterapeutická podpora zlepšuje spolupráci pacienta. Ten tak lépe snáší léčbu a překonává překážky. Kladný vliv na nemoc má sociální a emocionální opora blízkých lidí. I když změny pacienta (problémy v sexuální oblasti, změna osobnosti) související s nemocí často vedou k manželským nebo partnerským problémům, ale méně často se objevuje vznik i silnější rodinné vazby (TSCHUSCHKE, 2004).

3.3 PALIATIVNÍ LÉČBA U CHRONICKÝCH (NEVYLÉČITELNÝCH, ONKOLOGICKÝCH) PACIENTŮ

Paliativní péče se uplatňuje u pacientů v pokročilém stádiu nemoci nereagující na kurativní léčbu. Hlavním cílem této léčby je řešení bolestí, různých symptomů, psychosociálních a duchovních problémů umírajícího člověka i jeho blízkých. Základním mottem paliativní léčby je kvalita života, což je složitý a velmi široký pojem, dotýkající se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Komplexní pohled na život postihuje jak vnější, tak i vnitřní rozměry člověka. Správná cesta paliativní léčby vede přes respektování hodnot jednotlivých pacientů a jejich rodiny. Navázání pozitivního kontaktu zdravotnického personálu s pacientem a rodinou je moc důležitý pro další spolupráci a získání důležitých informací (MARKOVÁ, 2010).

3.4 KONTROLA BOLESTI U PACIENTA

Bolest je subjektivní, nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost, která souvisí se skutečným nebo potencionálním poškozením tkání, tento pocit člověk prožívá sám a nemůže se o něj podělit (NĚMCOVÁ, 2011, str.145).

Dělí se na akutní (náhlá, intenzivní trvající kratší dobu) a chronickou (pomaleji se rozvíjející, tupá, dlouhodobě přetrvávající, mění psychiku člověka) bolest. Reakce na bolest, vnímání a prožívání bolesti se u jednotlivých pacientů liší. Někdo může být neklidný, úzkostný, depresivní, reagovat pláčem, vzdycháním, grimasami a sténáním. Záleží na individuálních vlastnostech a osobnosti, vnějších podmínkách, ve kterých se pacient nachází. Důležitou součástí v hodnocení bolesti je správně odebraná anamnéza a provedené fyzikální vyšetření pacienta. Sestra musí nemocnému poskytnout příležitost ke slovnímu vyjádření intenzity, charakteru a lokalizace bolesti. Pro hodnocení bolesti se používají různé škály, které jsou určené pro určité pacienty dle věku, zraku nebo schopnosti číst a porozumět. Druhy škál pro hodnocení intenzity bolesti:

- Kategoriální analogová stupnice formou posuvného pravítka pro děti.
- Melzackova škála kde se pacient vyjadřuje na úsečce s čísly.
- Vizuelní hodnotící škála je dlouhá 10 cm, na začátku a na konci je slovně označena a pacient určí bod a sestra ho změří v mm.
- Číselná hodnotící škála zaznamená bolest od 0 do 10 bodů.
- Slovně popisná škála je složená z přídavných jmen, která pacienta omezují na určení bolesti dle nich.
- Dotazník globální kvality bolesti, kde pacient barevně zakresluje do obrysu figuríny, jakou bolest pociťuje.
- McGill Pain Questionnaire dotazník cíleně charakterizuje bolest a pocity.
- Stupnice grafických symbolů hodnotí bolest podle nakreslených obličejů od směřujícího se k plačícímu.
- Dotazník interference bolesti s denními aktivitami hodnotí, jak bolest ovlivňuje pacienta během denních aktivit (NĚMCOVÁ, 2011).

Základním cílem léčby bolesti je zlepšení kvality života pacienta, snažíme se o zabezpečení klidného, nerušeného spánku, dále o utlumení klidových i pohybových bolestí. K úspěšné farmakoterapii bolesti taktéž patří poučení pacienta o možných nežádoucích účincích léků, o možnostech jejich léčby, nebo jejich předcházení. Analgetika se užívají buď v pravidelných intervalech, nebo při akutní bolesti. Základ analgetické léčby bolesti tvoří neopioidní analgetika. Nejrozšířenější používané léky jsou ze skupiny nesteroidních antiflogistik, která vykazují dobrý analgetický a částečně i protizánětlivý účinek (indometacin, ibuprofen, diclofenak). Ty však při dlouhodobém užívání mohou vyvolat závažné nežádoucí účinky (ulcerogenní efekt v GIT, poškozování ledvinných funkcí a ovlivnění agregace krevních destiček). Nedoceněným lékem je paracetamol, který sice postrádá účinek protizánětlivý, ale nevykazuje závažnější nežádoucí účinky, pokud není užíván společně s alkoholem. Mezi slabé opioidy patří dihydrokodein a tramadol, k zesílení jejich účinků dochází v kombinaci s neopioidním analgetikem. Tento duální efekt odpovídá za dobré analgetické účinky u některých pacientů s neuropatickou bolestí nebo i pacientů, kde selhala léčba silnými opioidy. Avšak nedoporučují se v kombinaci s antidepresivy. Každý pacient jinak reaguje na opioidy a nelze jednoznačně říct, který z opioidů je vhodnější. Mezi silné opioidy patří morfin s rychlým uvolňováním nebo řízeným uvolňováním, Fentanyl, Oxycodon, Buprenorfin a Hydromorfon. Užívají se ve formě čípků, tablet či náplastí, které bývají pro pacienta nejúnosnější. V nemocnici se mohou podávat injekčně pod kůži, do svalu nebo do žíly. Pomocné léky zahrnují medikamenty k tlumení nežádoucích účinků analgetik (laxativa, antiemetika) a analgetika pro léčbu specifických bolestivých syndromů, zejména neuropatické bolesti. K nejefektivnějším doporučením pro tlumení bolesti jsou pravidelné kontroly v centrech pro léčbu bolesti, kterých je v České republice více jak sto (HAKL, 2007).

3.5 VÝŽIVA PACIENTA

Charakteristickým problémem u chronicky nebo onkologicky nemocných jsou známky podvýživy (anorexie, kachexie). U pacienta je sledován váhový úbytek za určitý časový úsek. Z laboratorních testů se sleduje hladina albuminu, prealbuminu, transferinu, minerály, aktivita cholinesterázy a krevní obraz. Při fyzikálním vyšetření zjišťujeme velikost kožní řasy, obvod paže, z výšky a váhy vypočítáme BMI. Postupně

při kachexii dochází i ke zhoršení fyziologických funkcí, k poruchám trávicího traktu, k úbytku svalové a netukové tělesné hmoty, který může zapříčinit nezvratné vyčerpání organismu. Pacienti užívající ATB, léky na bolest, především opiáty, trpí nechutenstvím nebo trvalým pocitem sytosti s chyběním pocitu hladu, až odporem k jídlu. Dále také mohou pociťovat změnu čichu, chuti nebo nevolnost se zvracením a zácpou. S podvýživou souvisí i zvýšené riziko negativních klinických výsledků, špatnou kvalitou života a kratší dobu přežití. Proto je velice důležité řešit nutriční problémy již v době diagnostiky, průběhu léčby a předcházet kachexii (TOMÍŠKA, 2012).

Základem nutriční terapie je doporučená výživná strava, bohatá na bílkoviny a důsledná léčba všech symptomů omezujících příjem stravy. Po domluvě s nutriční terapeutkou je možné upravit dietu dle výběru pacienta. Porce by měly být spíše menší ale podávané v kratších časových rozestupech. Vyzkoušet různé potraviny a přídavky dle chuti a tolerance pacienta. Dbát na úpravu jídla, nepít během příjmu potravy a na konec si dát ovoce nebo zeleninu. Nutriční podpora jako jsou vysokoenergetické nápoje s vysokým obsahem bílkovin, musí být podávány po dostatečně dlouhou dobu, zejména tam, kde existuje reálná možnost úspěšné léčby. Pokud není dostatečný příjem per os jak tekutin, tak výživy lze nahradit intravenózní cestou nebo zavedenou NGS či NJS. Dosud však nebylo možno zcela zabránit ztrátě hmotnosti u onkologického pacienta. Ke zlepšení chuti k jídlu u kachektických pacientů přichází do úvahy farmakologická stimulace apetitu (kortikosteroidy, gestagenní hormony, kanabinoidy, anabolické androgenní steroidy). Také fyzická aktivita je součástí nutriční podpory, která stimuluje anabolický efekt podávané výživy (TOMÍŠKA, 2008).

3.6 HYGIENICKÁ PÉČE A VYPRAZDŇOVÁNÍ PACIENTA

Hygiena je základní biologická potřeba. Soubor pravidel, postupů k podpoře a ochraně zdraví. Znamená udržování osobní čistoty, dále je daná individuálními hodnotami, návyky a ovlivněna kulturními, sociálními či rodinnými faktory (NĚMCOVÁ, 2011).

Nemoc mění nároky na hygienickou péči i schopnost oblékání, rozhoduje o ní míra omezení pohybu. Při péči si sestry musí všimnout každé změny na kůži, jako je možná alergická reakce, prokrvení dolních končetin, otoky, hydratace a hlavně u méně

pohyblivých pacientů, aby nedošlo k narušení integrity a vzniku proleženin. Pocit spokojenosti navozuje u chronicky nemocných i dostatečné vyprazdňování moče a stolice. Neuspokojení potřeb vede k negativním emocionálním stavům, ale i bolestem, nebo jiným komplikacím. Faktorů ovlivňujících vyprazdňování jsou spousty, dělí se na fyziologické, biologické, psychologické, životního prostředí, sociální a kulturní. Důležité jsou individuální návyky při vyprazdňování každého člověka, vždy zachování intimity a diskrétnosti i u pacientů vyprazdňujících se na lůžku (TRACHTOVÁ, 2001).

3.7 DOMÁCÍ PÉČE

Pro nemocné v pokročilém stádiu nemoci je z psychického hlediska nejlepší alternativou umřít doma. Rodina ale musí být schopna postarat se o pacienta v některých případech i 24 hodin denně 7 dní v týdnu o všechny jeho denní aktivity, zajistit hygienickou péči, výživu a hydrataci. Lze se obrátit i na pomoc některé z agentur domácí ošetrovatelské péče, které ale nejsou schopné zajistit 24 hodinovou péči. Další možností pro pacienta a jeho rodinu je umístění do hospicu, které v České republice fungují pouze čtyři. Poskytují specializovanou paliativní léčbu složenou z multidisciplinárních týmů lékařů, všeobecných sester, ošetrovatelek, sociálních a pastoračních pracovníků v průběhu nemoci konkrétního jedince i v truchlení pozůstalých (MARKOVÁ, 2010).

Před propuštěním pacienta do domácího prostředí je třeba ho nebo jeho blízké důsledně edukovat v péči o drén. Poučit jej o aseptickém a opatrném přístupu při převazu. Jak drenáž ošetřit, aby si katetr nevytáhl, jaké potřebuje pomůcky a kde si je zajistí. Musí umět propláchnout drén sterilním FR, pokud má katetr napojen na spád, jak pravidelně měnit jednorázové sáčky. Varovat ho před možnými komplikacemi a poradit mu na koho se při potřebě obrátit. Pacient s dlouhodobou zevně vnitřní drenáží žlučových cest musí docházet na kontrolu každý 8 – 12 týden (ČERNOCH, 2008).

Pacienti by měli odcházet domu s nastavenou základní terapií pro tlumení setrvalých bolestí. Ale i s medikací pro léčbu náhlé bolesti, krátkodobě zhoršenou a eventuelně léky proti nejčastějším nežádoucím účinkům. Musí být dostatečně edukováni, jak pacient, tak i rodina o jejich užívání, uchovávání a maximální denní dávce (HAKL, 2007).

4 INFORMOVANOST SESTER V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI O PACIENTA SE ZAVEDENOU ZEVNĚ VNITŘNÍ DRENÁŽÍ ŽLUČOVÝCH CEST

Cílem této práce bylo pomocí anonymních dotazníků, rozdaných na interní a chirurgické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni, zjistit, jak jsou VS a ZA informování v ošetřování pacientů se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest. Tato část práce začíná stanovením průzkumného problému, od kterého se poté odvíjí cíle a také průzkumné otázky. Dále je popsána metodika a technika průzkumu, průzkumný soubor s časovým plánem, ve kterém bylo dotazníkové šetření realizováno. Následně jsou zpracovány výsledky vlastního šetření a provedena jejich interpretace. Práce je zakončena diskuzí s doporučením pro praxi.

Průzkumný problém

Průzkumným problémem byla zvolena - Informovanost sester v ošetřovatelské péči o pacienta se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest. Na základě tohoto problému jsme stanovily 2 cíle, ke kterým se vztahují průzkumné otázky v dotazníku.

Cíle průzkumu:

Cíl 1: Zjistit informovanost sester v ošetřovatelské péči o pacienty se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest.

Cíl 2: Porovnat znalosti sester z interní a chirurgické kliniky v ošetřování pacientů se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest.

Průzkumné otázky:

Otázka 1: Jsou sestry dostatečně informovány v ošetřovatelské péči o pacienta se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest?

Otázka 2: Mají sestry z chirurgické kliniky větší zkušenosti s pacienty se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest než z interní kliniky, nebo jsou srovnatelné?

4.1 METODIKA PRŮZKUMU

Pro získání potřebných dat k danému problému bylo použito kvantitativního průzkumu. Byl vytvořen vlastní anonymní dotazník, který byl určen všeobecným sestřám a zdravotnickým asistentům. Rozdáno bylo 90 dotazníků a vrátilo se 63 (70 %).

Technika dotazníku

Dotazník obsahoval 25 položek (příloha 1). V prvních položkách jsme zjišťovali nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, druh kliniky, na které pracují a jaká je délka jejich praxe na příslušné klinice. Ostatní otázky se zaměřily na samotné ošetřování pacienta se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest a zjišťovali jsme, zda se respondenti orientují v této problematice. V 8 a 19 otázce bylo možno více odpovědí, dále byly v dotaznících dvě polootevřené otázky a zbytek otázky uzavřené. Na konci se respondenti mohli vyjádřit vlastními slovy k tomuto problému, nebo zapsat svoje zkušenosti z praxe v ošetřování těchto pacientů.

4.2 PRŮZKUMNÝ SOUBOR

Časový plán pro tuto práci byl stanoven na rok 2013/2014. Od září do prosince 2013 byl prostor pro vytvoření teoretické části bakalářské práce, kterou jsme stvořili pomocí uvedené literatury. Poté jsme v lednu 2014 z první části práce čerpali informace pro vytvoření položek v dotazníku. V únoru 2014 probíhalo šetření pomocí rozdaných dotazníků sestřám na klinikách a v březnu 2014 jsme vyhodnotili výsledky šetření.

Průzkumný vzorec tvořily všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti pracující ve Fakultní nemocnici v Plzni na interní a chirurgické klinice. Různorodost respondentů se nám ukazuje v délce praxe a dosaženého vzdělání, k tomu se vztahují první položky v dotazníku, zobrazené v tabulkách níže. Pro sběr dat bylo potřeba souhlasného stanoviska od manažerky pro vzdělávání a výuku nelékařských zdravotnických pracovníků Mgr. S. Chabrové (příloha 2). Před začátkem šetření bylo 5 dotazníků rozdáno mezi všeobecné sestry z jiných oddělení nemocnice a ty jej vyhodnotily jako dostatečně srozumitelný.

Položka 1 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 1 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Středoškolské - ZA	7	16	0	0	7	11
Středoškolské - VS	12	28	3	15	15	24
Vyšší zdravotnické - Dis.	9	21	6	30	15	24
Vysokoškolské - Bc.	12	28	11	55	23	37
Vysokoškolské - Mgr.	3	7	0	0	3	5
Celkem	43	100	20	100	63	100

Charakteristika respondentů podle vzdělání: nejvíce 37 % (23) respondentů mělo vysokoškolské bakalářské vzdělání. Z 63 dotazovaných bylo se vzděláním středoškolským – ZA 11 % (7), se vzděláním středoškolským – VS 24 % (15), srovnatelný počet 24 % (15) respondentů mělo vyšší zdravotnické – Dis. Nejmenší počet se na těchto klinikách zúčastnily šetření 5 % (3) sester se vzděláním vysokoškolským magisterským.

Položka 2 – Na jaké klinice pracujete?

Tabulka 2 Na jaké klinice pracujete

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Interní klinika	43	68
Chirurgická klinika	20	32
Obě kliniky	63	100

Charakteristika respondentů podle pracoviště více bylo 68 % (43) z interní kliniky a 32 % (20) respondentů z chirurgické kliniky.

Položka 3 – Jaká je délka Vaší působnosti na tomto oddělení?

Tabulka 3 Jaká je délka Vaší působnosti na tomto oddělení

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Méně než 2 roky	8	19	4	20	12	19
2 - 5 let	13	30	5	25	18	29
6 - 10 let	6	14	5	25	11	17
11 - 15 let	4	9	2	10	6	10
16 - 20 let	7	16	2	10	9	14
21 let a více	5	12	2	10	7	11
Celkem	43	100	20	100	63	100

Charakteristika respondentů podle délky působnosti na daném oddělení: praxe v rozmezí 2 - 5 let 29 % (18) sester. Méně než 2 roky pracovalo 19 % (12) sester, nejméně bylo 10 % (6) dotázaných v rozmezí 11 – 15 let. Respondentů s délkou praxe 16 – 20 let vyplnilo 14 % (9) a pracujících na stejném oddělení více jak 21 let bylo 11 % (7).

4.3 VÝSLEDKY VLASTNÍHO PRŮZKUMU

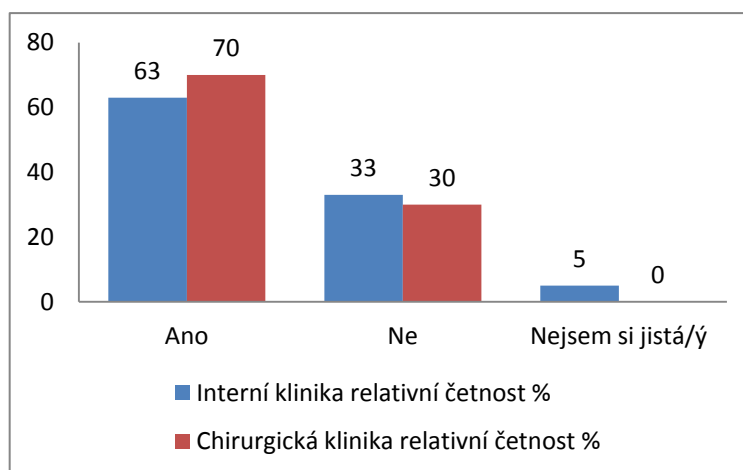
V této části jsou v tabulkách vyhodnoceny odpovědi na položky z dotazníků zaměřených na ošetřování pacienta se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest i o samotnou drenáž. V tabulce je vždy uvedena absolutní četnost (počet odpovědí) a relativní četnost (procentuální zastoupení odpovědí zaokrouhlených na celá čísla) s porovnáním na interní a chirurgické klinice. Pro odlišení správné odpovědi jsme ji napsali modrou barvou. Ke každé tabulce je vytvořený graf, kde jsou k porovnání zobrazeny v procentech správné odpovědi z interní a chirurgické kliniky i s interpretací výsledků.

Položka 4 - Ošetřoval/a jste někdy pacienta se zavedenou ZVD?

Tabulka 4 Ošetřoval/a jste někdy pacienta se zavedenou ZVD

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	27	63	14	70	41	65
Ne	14	33	6	30	20	32
Nejsem si jistá/ý	2	5	0	0	2	3
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 4 Ošetřoval/a jste někdy pacienta se zavedenou ZVD



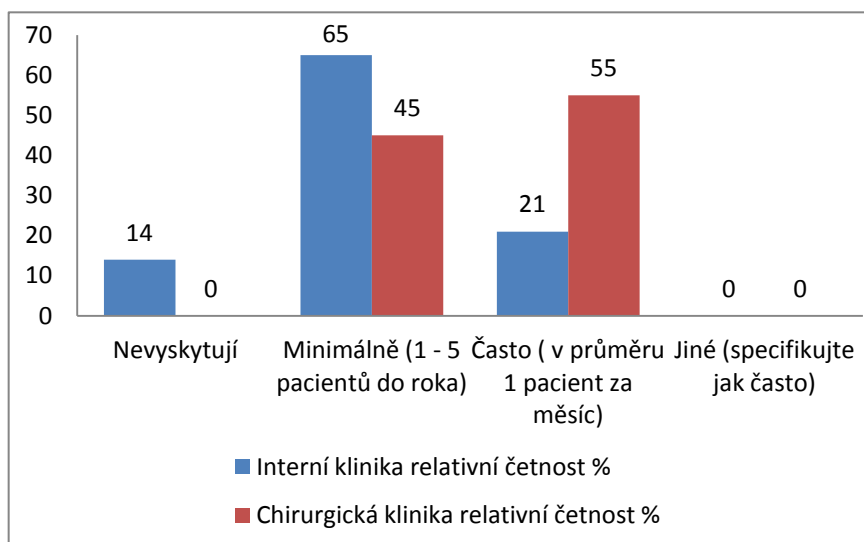
Touto položkou jsme ověřovali, zda někdy sestry ošetřovaly pacienty se ZVD. Na interní klinice odpovědělo ano 63 % (27) respondentů, ne odpovědělo 32 % (14) dotazovaných a nejsou si jistý 5 % (2) respondentů. Z chirurgické kliniky nám ano již se setkaly s těmito pacienty, odpovědělo 70 % (14) sester, neošetřovalo tyto pacienty méně tedy 30 % (6) dotazovaných a odpověď nejsem si jistý, nepoužil nikdo. Z grafu vyplynulo, že na chirurgii se více sester setkalo s pacienty s drenáží než na interně.

Položka 5 – Jak často se na Vašem oddělení vyskytují pacienti se zavedenou ZVD?

Tabulka 5 Jak často se na Vašem oddělení vyskytují pacienti se zavedenou ZVD

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Nevyskytují	6	14	0	0	6	10
Minimálně (1 - 5 pacientů do roka)	28	65	9	45	37	59
Často (v průměru 1 pacient za měsíc)	9	21	11	55	20	32
Jiné (specifikujte jak často)	0	0	0	0	0	0
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 5 Jak často se na vašem oddělení vyskytují pacienti se zavedenou ZVD



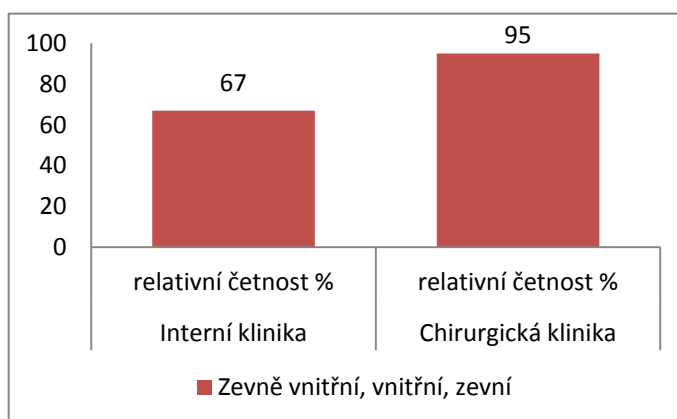
V této položce jsme chtěli vědět, jak často se s těmito pacienty respondenti setkávají na svém oddělení. Na interní klinice 14 % (6) sester odpovědělo, že se na jejich oddělení tito pacienti nevyskytují. Minimálně 1 – 5 pacientů do roka odpovědělo nejvíce respondentů, celkem 65 % (28), že se na oddělení vyskytuje často v průměru 1 pacient za měsíc, použilo 21 % (9) sester a možnost jiné odpovědi nepoužil nikdo z interny ani z chirurgie. Z chirurgické kliniky sestry použily možnosti minimálně 1 – 5 pacientů do roka 45 % (9) dotazovaných a často v průměru 1 pacient za měsíc odpovědělo 55 % (11) sester.

Položka 6 – Jak se rozdělují drenáže žlučových cest?

Tabulka 6 Jak se rozdělují drenáže žlučových cest

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vnitřní, perforující, kompresní, zevně vnitřní	2	5	0	0	2	3
Zevně vnitřní, vnitřní, zevní	29	67	19	95	48	76
Zevně vnitřní, břišní, spádová	12	28	1	5	13	21
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 6 Jak se rozdělují drenáže žlučových cest



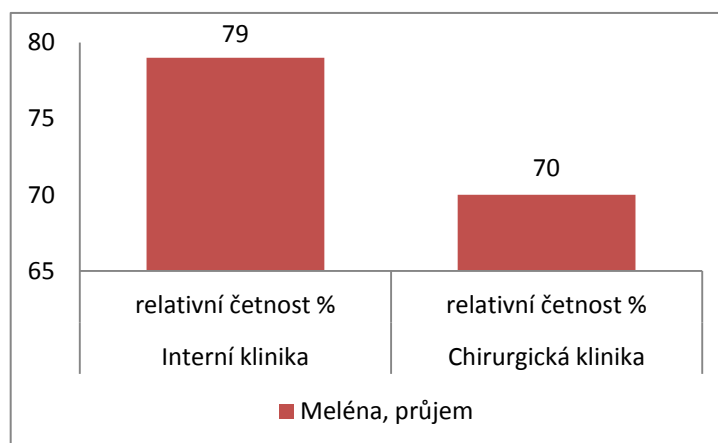
V této položce nás zajímalo, zda respondenti znají druhy drenáží. Na interní klinice se nejvíce sester shodlo správně a z celkového počtu 100 % (43) tak odpovědělo 67 % (29) respondentů. Poslední odpověď, což bylo zevně vnitřní, břišní a spádová použilo 28 % (12) sester a první tedy vnitřní, perforující, kompresivní a zevně vnitřní možnost použilo nejméně pouze 5 % (2) respondentů. Dále z grafu vyplývá, že se ze 100 % (20) respondentů chirurgické kliniky přiklonila převážná většina 95 % (19) sester ke správné odpovědi. První odpověď nepoužil nikdo a poslední, tedy zevně vnitřní, břišní a spádová špatně zaškrtno 5 % (1) respondentů.

Položka 7 – Co byste nezařadil/a mezi typické příznaky nemoci žlučníku a žlučových cest?

Tabulka 7 Co byste nezařadil/a mezi příznaky nemoci žlučníku a žlučových cest

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Dyspeptické potíže, bolest v pravém podžebří	2	5	3	15	5	8
Meléna, průjem	34	79	14	70	48	76
Ikterus, svědění kůže	1	2	3	15	4	6
Acholická stolice	6	14	0	0	6	10
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 7 Co byste nezařadil/a mezi příznaky nemoci žlučníku a žlučových cest



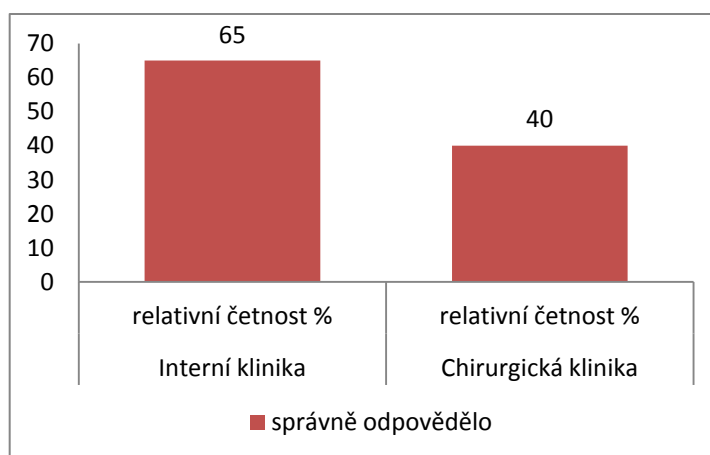
Touto položkou jsme si chtěli ověřit, jestli respondenti znají příznaky nemoci žlučníku a žlučových cest a zda jsou schopni vyloučit, které mezi ně nepatří. Na interní klinice dyspeptické potíže a bolest v pravém podžebří použily 5 % (2) sester. Nejvíce respondentů označilo správně melénu a průjem, z celkového počtu 100 % (43) 79 % (34) sester. 2 % (1) sester vyloučilo ikterus a svědění kůže a acholickou stolici použilo 14 % (6) respondentů. Na chirurgické klinice vyloučilo melénu a průjem z celkového počtu 100 % (20) respondentů o něco méně než z IK 70 % (14) sester. Acholickou stolici nikdo neoznačil. Dyspeptické potíže, bolest v pravém podžebří a ikterus se svěděním kůže se obě odpovědi vyrovnaly na 15 % (3) respondentů.

Položka 8 – Zevně vnitřní drenáž (označte neplatná tvrzení, více odpovědí).

Tabulka 8 Zevně vnitřní drenáž

	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	absolutní četnost	relativní četnost %	absolutní četnost	relativní četnost %	absolutní četnost	relativní četnost %
správně odpovědělo	28	65	8	40	36	57
špatně odpovědělo	15	35	12	60	27	43
celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 8 Zevně vnitřní drenáž



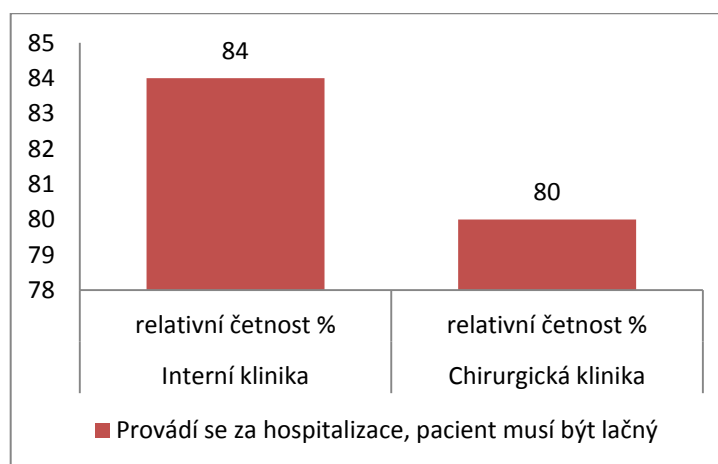
V této položce bylo možné označit více odpovědí, proto jsou v tabulce uvedeny jen počty respondentů, kteří označili dobře obě odpovědi. Správně měli označit neplatná tvrzení, což první bylo, že ZVD nikdy nelze uzavřít a tím z ní udělat vnitřní drenáž. Druhé tvrzení bylo, výhodou drenáže je, že nedochází k reflexu střevního obsahu do žlučovodů. Z interní kliniky dobře použilo obě odpovědi 65 % (28) respondentů a špatně odpovědělo 35 % (15) sester. Na chirurgické klinice nám dobře odpovědělo 40 % (8) sester a špatně nebo nedostatečně odpovědělo 60 % (12) sester. V této položce byla úspěšnější interní klinika.

Položka 9 – PTD se provádí?

Tabulka 9 PTD se provádí

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Provádí se za hospitalizace, pacient nemusí být lačný	5	11	3	15	8	13
Provádí se za hospitalizace, pacient musí být lačný	36	84	16	80	52	82
Provádí se ambulantně, pacient musí být lačný	2	5	1	5	3	5
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 9 PTD se provádí



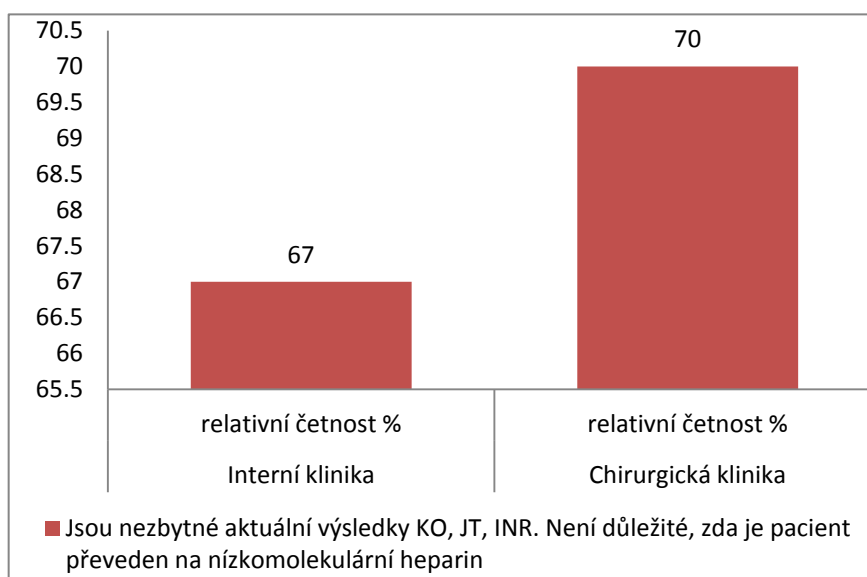
Touto položkou jsme zjišťovali, zda sestry vědí, za jakých okolností se PTD zavádí. Správná možnost byla, že se PTD zavádí za hospitalizace a je nutný, aby byl pacient lačný, z interní kliniky dobře odpovědělo 84 % (36) respondentů a z chirurgické kliniky 80 % (16) sester. Špatná odpověď byla, že se provádí ambulantně a pacient musí být lačný. Z interny tuto odpověď použilo 5 % (2) sester a z chirurgie tak odpovědělo 5 % (2) respondentů. Další špatná odpověď byla, že se ZVD provádí za hospitalizace pacienta, který nemusí být lačný. Na interně tak odpovědělo 11 % (5) sester a z chirurgie 15 % (3) sester, nepatrně lépe v počtu správných odpovědí byla interna.

Položka 10 – Před provedením PTD (označte nepravdivé tvrzení).

Tabulka 10 Před provedením PTD (označte nepravdivé tvrzení)

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Jsou nezbytné aktuální výsledky KO, JT, INR pod 1,5	6	14	0	0	6	10
Pokud pacient užívá Warfarin/Lawarin, zavčas se nahradí nízkomolekulárním heparinem s.c.	8	19	6	30	14	22
Jsou nezbytné aktuální výsledky KO, JT, INR. Není důležité, zda je pacient převeden na nízkomolekulární heparin	29	67	14	70	43	68
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 10 Před provedením PTD (označte nepravdivé tvrzení)



V této položce jsme chtěli zjistit, co je třeba vědět před provedením PTD. Na interní klinice správnou odpověď označilo 67 % (29) sester, že jsou nezbytné aktuální laboratorní výsledky a pacient nemusí být převeden na nízkomolekulární heparin. Na chirurgické klinice správně označilo 70 % (14) sester. Špatnou první odpověď, že jsou

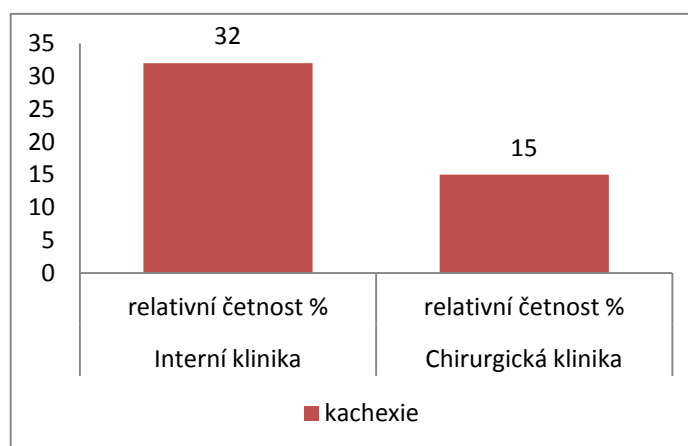
nezbytné aktuální výsledky, použilo z interny 14 % (6) sester, z chirurgie nikdo tuto odpověď neoznačil. Druhou odpověď, že postačí vysazení Warfarinu a nahradit ho nízkomolekulárním heparinem označilo 19 % (8) sester z interny a z chirurgie 30 % (6) respondentů.

Položka 11 – Ke kontraindikacím nepatří.

Tabulka 11 Ke kontraindikacím nepatří

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost%	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Porucha koagulace	2	5	3	15	5	8
Difusní postižení jater	5	12	0	0	5	8
Obezita	6	14	8	40	14	22
Velký ascites	6	14	1	5	7	11
Kachexie	14	32	3	15	17	27
Metastázy v játrech	6	14	0	0	6	10
Nespolupracující pacient	4	9	5	25	9	14
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 11 Ke kontraindikacím nepatří



V této položce nás zajímalo, zda respondenti znají kontraindikace pro zavedení ZVD. Správně nejvíce označilo z interní kliniky kachexii, což bylo 32 % (14) respondentů. Dále 5 % (2) respondentů špatně mysleli, že mezi kontraindikace nepatří porucha koagulace a 12 % (5) označilo difusní postižení jater. Stejný počet 14 % (6)

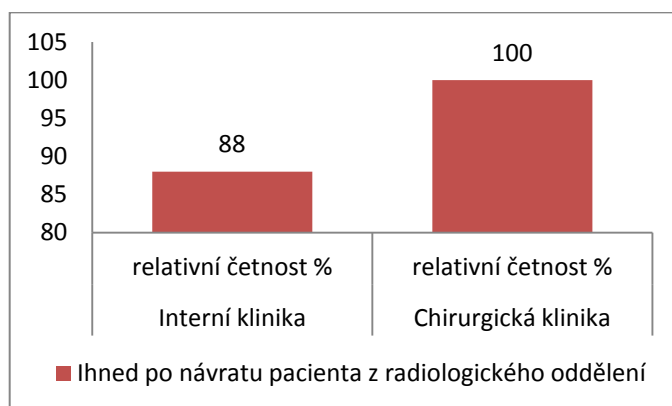
respondentů si myslí, že sem patří obezita, pacient s velkým ascitem a také metastázy v játrech, méně označilo nespolupracujícího pacienta, celkem 9 % (4) sester. Z chirurgické kliniky správně odpovědělo 15 % (3) respondentů, že sem nepatří kachexie. Špatně označilo 5 % (1) respondentů velký ascites, 15 % (3) sester si myslí, že sem nepatří porucha koagulace. Druhá nejpoužívanější, ale špatná odpověď byla nespolupracující pacient, což zahrlo 25 % (5) respondentů, nejvíce dotazovaných 40 % (8) si myslí, že zavedení drenáže brání obezita a nikdo neoznačil difusní postižení jater ani metastázy v játrech, což je kontraindikace k zavedení ZVD.

Položka 12 – Kdy zahájíte OŠP o pacienta se zavedenou ZVD?

Tabulka 12 Kdy zahájíte OŠP o pacienta se zavedenou ZVD

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost%
Ihned po návratu pacienta z radiologického oddělení	38	88	20	100	58	92
Ihned po té, co dostanu ordinace lékaře	3	7	0	0	3	5
1 až 2 hodiny po návratu pacienta z radiologického oddělení	2	5	0	0	2	3
Až si pacient zazvoní	0	0	0	0	0	0
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 12 Kdy zahájíte OŠP o pacienta se zavedenou ZVD



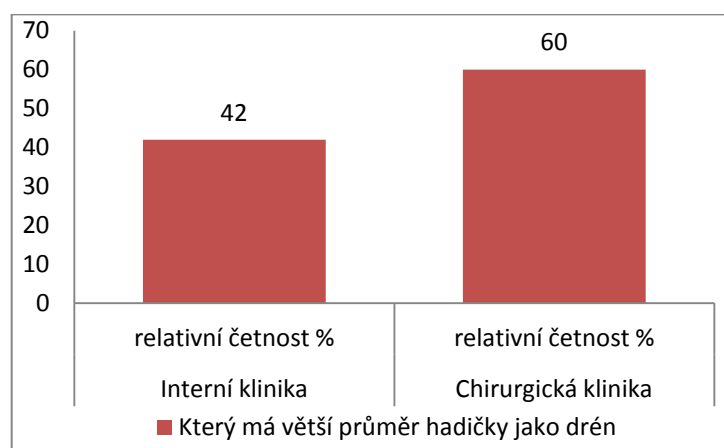
Tato položka nám ukázala, kdy respondenti začínají s ošetrovatelskou péčí o pacienta po zavedení ZVD. Správně by měli sestry začít s OŠP o pacienta ihned po návratu z radiologického pracoviště. Na interní klinice nikdo nepoužil poslední možnost, až si pacient zazvoní. Nejvíce respondentů ze 100 % (43) dobře odpovědělo 88 % (38) sester. Ihned po té, co dostanou ordinace od lékaře, označily 7 % (3) sestry a 5 % (2) si myslí 1 až 2 hodiny po návratu pacienta z radiologického pracoviště. Z chirurgické kliniky se všichni dotazovaní dobře shodli na odpovědi, že s ošetrovatelskou péčí o pacienta začínají ihned po návratu z radiologického oddělení, teda 100 % (20) respondentů.

Položka 13 – ZVD prvních 48 hodin po zavedení napojíme na sběrný vak.

Tabulka 13 ZVD prvních 48 hodin po zavedení napojíme na sběrný vak

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Který má stejný průměr hadičky jako drén	12	28	6	30	18	28
Který má větší průměr hadičky jako drén	18	42	12	60	30	48
Na širší hadičky sběrného vaku nezáleží	13	30	2	10	15	24
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 13 ZVD prvních 48 hodin po zavedení napojíme na sběrný vak



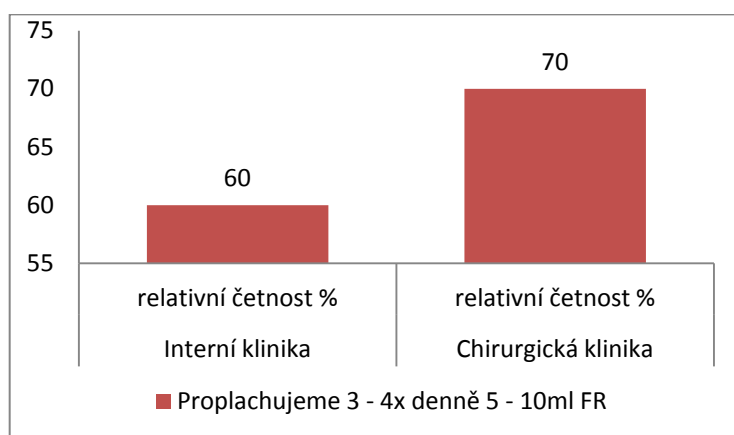
Zde jsme si ověřovali, jestli respondenti vědí, jak napojit drenáž na spád. Z interní kliniky si 28 % (12) sester špatně myslí, že napojí sběrný vak se stejným průměrem hadičky jako je drén, 30 % (13) respondentů uvažuje o tom, že na šířce napojené hadičky nezáleží. Dobře zaškrtno 42 % (18) respondentů, že hadička musí být širší než drén. Na chirurgické klinice se většina 60 % (12) respondentů přiklání k odpovědi druhé, což je správné, tedy hadička musí být širší než drén. Pouhých 10 % (2) sester si špatně myslí, že na šíři hadičky nezáleží a 30 % (6) respondentů typuje, že má mít hadička stejný průměr, jako drén.

Položka 14 – Prvních 48 hodin, při zavedení ZVD, drén:

Tabulka 14 Prvních 48 hodin, při zavedení ZVD, drén

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost%	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Nikdy neproplachujeme	17	40	4	20	21	33
Proplachujeme 3 - 4x denně 5 - 10ml FR	26	60	14	70	40	64
Proplachujeme 1x denně 50ml FR	0	0	2	10	2	3
Proplachujeme 3 - 4x denně 5 - 10ml 5% G	0	0	0	0	0	0
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 14 Prvních 48 hodin, při zavedení ZVD, drén



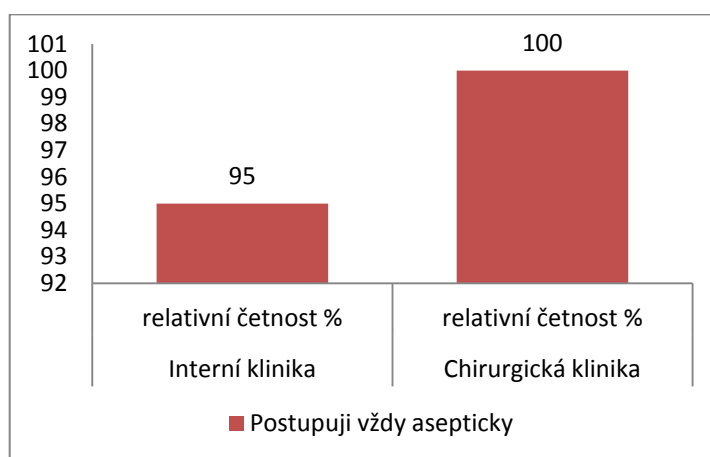
Tady ta položka nám ukázala, zda vůbec, čím a jak často by respondenti proplachovali ZVD. Na interní klinice nejvíce respondentů 60 % (26) by správně proplachovalo 3 – 4x denně 5 – 10ml FR. Špatně by 40 % (17) sester neproplachovalo vůbec, nikdo nepoužil odpověď, že by proplachoval 50ml FR nebo 5% G. Z chirurgické kliniky většina dotazovaných se správně shodla na proplachování 3 – 4x denně 5 – 10ml FR, z celkového počtu 70 % (14) VS a ZA. Nikdy by neproplachovalo ZVD 20 % (4) sester, 10 % (2) respondentů si myslí, že se drenáž proplachuje 1x denně 50ml FR.

Položka 15 – Při převazu ZVD:

Tabulka 15 Při převazu ZVD

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost%	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Postupuji vždy asepticky	41	95	20	100	61	97
Není důležitý dodržovat aseptický postup	0	0	0	0	0	0
Nepřevazuji	2	5	0	0	2	3
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 15 Při převazu ZVD



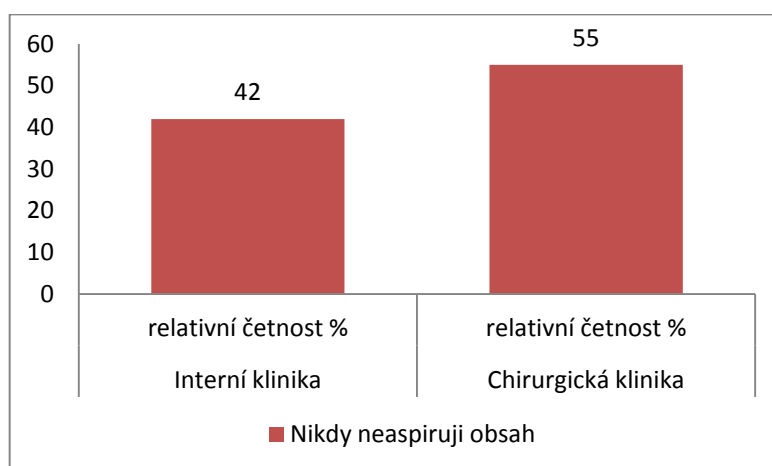
V této položce nás zajímalo, jak by respondenti přistupovali k převazování ZVD, většina z interní kliniky 95 % (41) podle odpovědí převazuje drenáž dobře aseptickým způsobem. Špatně by postupovalo 5 % (2) sester, které by drenáž nepřevazovaly, nikdo neoznačil, že by postupoval asepticky. Na rozdíl od interní kliniky by na chirurgické klinice všichni respondenti správně postupovali asepticky při převazu ZVD, tedy 100 % (20) SV a ZA.

Položka 16 – Při proplachu ZVD:

Tabulka 16 Při proplachu ZVD

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vždy aspiruji obsah	25	58	9	45	34	54
Nikdy neaspiruji obsah	18	42	11	55	29	46
Obsah aspiruji jen, když si vzpomenu	0	0	0	0	0	0
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf16 Při proplachu ZVD



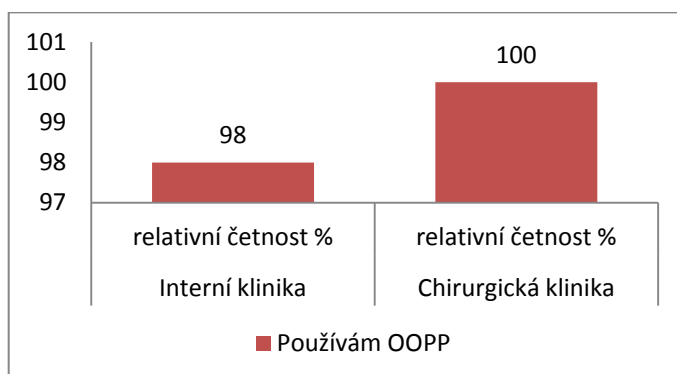
V této položce nás zajímalo, jestli respondenti aspirují obsah při proplachování ZVD, na interní klinice nikdo s dotazovaných neoznačil poslední odpověď, že aspiruje, jen když si vzpomene. Při proplachu aspiruje obsah 58 % (25) VS a ZA, což je špatné. Nikdy neaspirují obsah, což je správné nám odpovědělo 58 % (18) dotazovaných. Na chirurgické klinice také nikdo nepoužil poslední možnost, nejvíce a správně 55 % (11) respondentů nikdy neaspiruje obsah a 45 % (9) VS a ZA špatně aspirují obsah.

Položka 17 – Při převazu ZVD:

Tabulka 17 Při převazu ZVD

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost%	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Používám OOPP	42	98	20	100	62	98
Nepoužívám OOPP	1	2	0	0	1	2
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 17 Při převazu ZVD



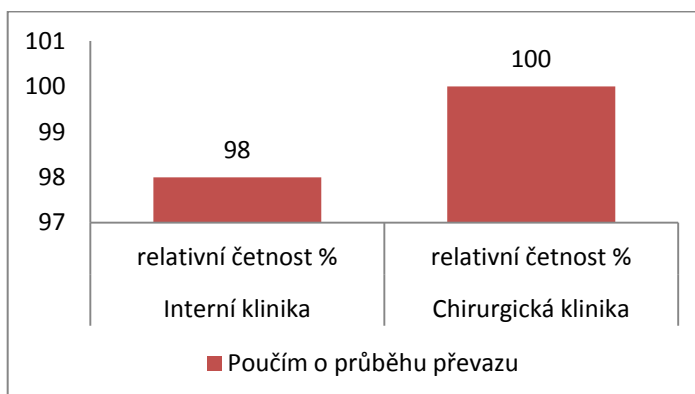
V této položce jsme ověřovali, zda je samozřejmostí používání OOPP při převazu ZVD. Přesto 2 % (1) sester z interny je nepoužívají, ale převážná většina 98 % (42) respondentů uvádějí používání OOPP při převazu ZVD. Z chirurgické kliniky se všech 100 % (20) respondentů dobře shodlo na používání OOPP při převazech ZVD. Nikdo nepřemýšlel nad tím, že by při převazu ZVD OOPP nepoužil.

Položka 18 – Před provedením převazu ZVD pacienta:

Tabulka 18 Před provedením převazu ZVD pacienta

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Poučím o průběhu převazu	42	98	20	100	62	98
Jen mu oznámím, že jdu převázat drén	0	0	0	0	0	0
Neřeknu mu nic	1	2	0	0	1	2
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 18 Před provedením převazu ZVD pacienta



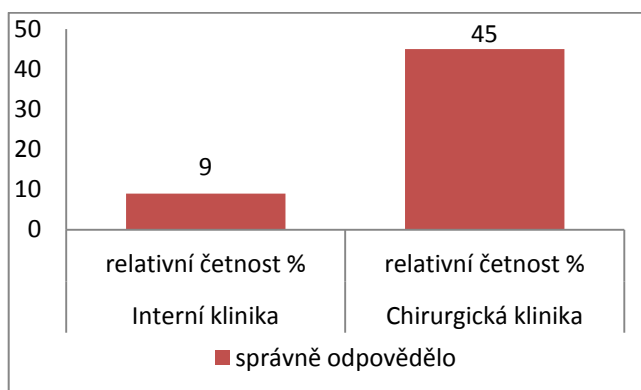
Tato položka ukazuje, zda sestry poučí pacienta o průběhu převazu ještě před převazem ZVD, nebo mu nic neřeknou a jen převáží ZVD, tuto odpověď tedy použil jen 2 % (1) dotazovaných z interní kliniky. Nikdo neoznačil odpověď, že by pacientovi jen oznámil, že jde převazovat drén. Správně 98 % (42) VS a ZA z interny pacienta nejdříve poučí o průběhu převazu. Z chirurgické kliniky všichni což je 100 % (20) respondentů nejdříve pacienta poučí o průběhu převazu. Ostatní odpovědi zůstaly neoznačené na rozdíl od dotazovaných z interní kliniky.

Položka 19 – Při převazu ZVD potřebuji následující pomůcky (více odpovědí):

Tabulka 19 Při převazu ZVD potřebuji následující pomůcky (více odpovědí)

	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	absolutní četnost	relativní četnost %	absolutní četnost	relativní četnost %	absolutní četnost	relativní četnost %
správně odpovědělo	4	9	9	45	13	21
špatně odpovědělo	39	91	11	55	50	79
celem	43	100	20	100	63	100

Graf 19 Při převazu ZVD potřebuji následující pomůcky (více odpovědí)



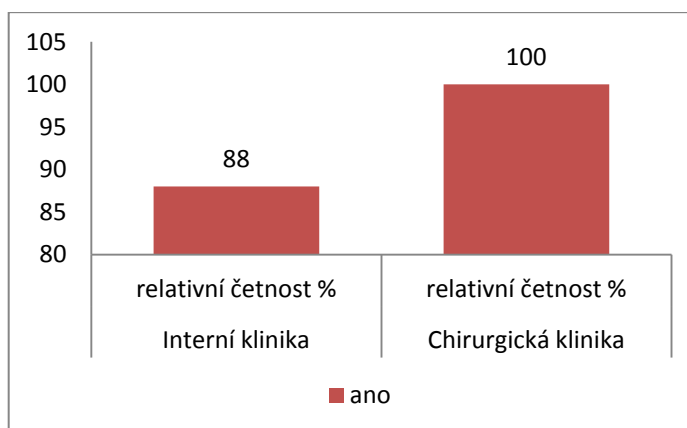
V této položce jsme potřebovali zjistit, zda sestry vědí, co si připravit k převazu pacienta se zavedenou ZVD. Druhá otázka, v které se dalo určit více možností, proto jsme vybrali jen respondenty, kteří by použili všechny správné pomůcky. Z interní kliniky správně označilo všechny odpovědi pouze 9 % (4) sester a z chirurgické kliniky z celkového počtu 100 % (20) 45 % (9) sester, tedy lépe než respondenti z interny. Špatně odpovědělo 55 % (11) sester.

Položka 20 – Je možné, aby se o ZVD staral pacient nebo jeho rodina v domácím prostředí?

Tabulka 20 Je možné, aby se o ZVD staral pacient nebo jeho rodina v domácím prostředí

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	38	88	20	100	58	92
Ne	5	12	0	0	5	8
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 20 Je možné, aby se o ZVD staral pacient nebo jeho rodina v domácím prostředí



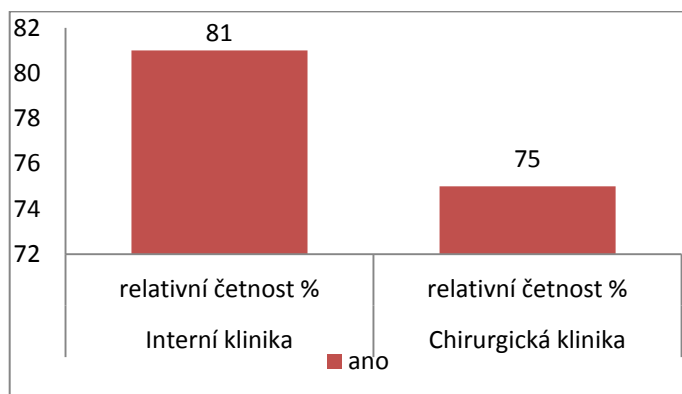
V této položce jsme chtěli vědět, jaký názor mají respondenti propuštění těchto pacientů z nemocnice do domácího léčení. Na interní klinice si 88 % (38) dotazovaných správně myslí, že se pacient se ZVD může vrátit do domácího prostředí, pokud je schopný se o drenáž postarat, nebo jeho rodina. Špatně si myslí 12 % (5) respondentů, že se domů nemůže vrátit. Oproti interní klinice si na chirurgické klinice všech 100 % (20) respondentů myslí, že se pacient se ZVD může vrátit do domácího prostředí.

Položka 21 – Myslíte si, že je nutné u pacienta se zavedenou ZVD sledovat příjem potravy a případné úbytky váhy?

Tabulka 21 – Myslíte si, že je nutné u pacienta se zavedenou ZVD sledovat příjem potravy a případné úbytky váhy

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost%	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	35	81	15	75	50	79
Ne	8	19	5	25	13	21
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 21 Myslíte si, že je nutné u pacienta se zavedenou ZVD sledovat příjem potravy a případné úbytky váhy



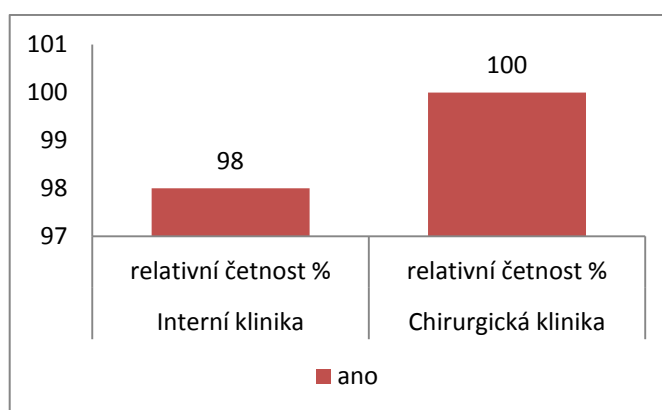
Touto položkou jsme sbírali informace od respondentů, jestli hlídají příjem jídla u pacientů se zavedenou ZVD. Z interní kliniky dobře uvedlo 81 % (35) respondentů, že je třeba sledovat příjem potravy a úbytek váhy pacienta se zavedenou ZVD. Ne špatně odpovědělo 19 % (8) respondentů. Z chirurgické kliniky nám dobře odpovědělo 75 % (15) respondentů, že je třeba u pacienta se zavedenou ZVD hlídat příjem potravy a úbytek váhy. Špatně 25 % (5) dotazovaných si nemyslí, že není důležité sledovat příjem potravy a úbytek váhy u pacientů se zavedenou ZVD.

Položka 22 – Myslíte si, že je důležité kontrolovat bolest u pacienta se zavedenou ZVD?

Tabulka 22 Myslíte si, že je důležité kontrolovat bolest u pacienta se zavedenou ZVD

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost%	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	42	98	20	100	62	98
Ne	1	2	0	0	1	2
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 22 Myslíte si, že je důležité kontrolovat bolest u pacienta se zavedenou ZVD



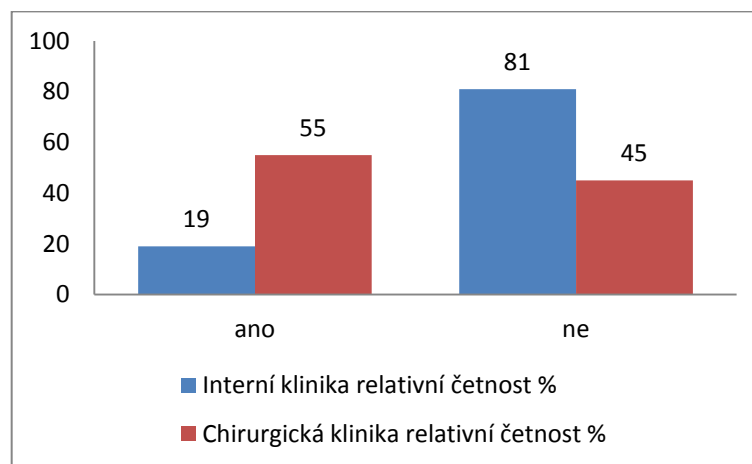
V této položce nás zajímalo, jestli sestry u pacientů hlídají a řeší bolest po zavedení ZVD. Na interní klinice by řešila bolest pacienta správně většina teda 98 % (42) respondentů a jen 2 % (1) dotazovaných by bolest pacienta nekontrolovala. Na chirurgické klinice se všichni tedy 100 % (20) respondentů shodlo, že je nutné kontrolovat bolest u pacienta se zavedenou ZVD v rámci zajištění pohodlí a s tím souvisejících dalších potřeb nemocného.

Položka 23 – Myslíte si, že jste v problematice péče o pacienta se zavedenou ZVD dostatečně informován/a?

Tabulka 23 Myslíte si, že jste v problematice péče o pacienta se zavedenou ZVD dostatečně informován/a

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	8	19	11	55	19	30
Ne	35	81	9	45	44	70
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 23 Myslíte si, že jste v problematice péče o pacienta se zavedenou ZVD dostatečně informován/a



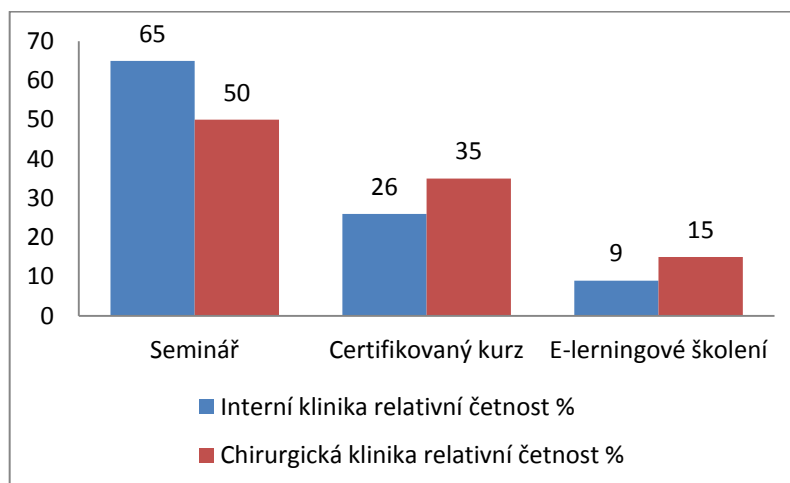
Touto položkou nás zajímalo, jestli si sestry o sobě myslí, že mají dostatečné znalosti v této problematice. Ze 100 % (43) respondentů z interní kliniky odpovědělo 81 % (35) sester ne, že nemají dostatečné množství informací o této problematice. 19 % (8) respondentů si myslí, že jsou dostatečně informováni. Na rozdíl od respondentů z interní kliniky si na chirurgické klinice 55 % (11) myslí, že jsou dostatečně v této problematice informováni a 45 % (9) si myslí, že nejsou dobře informováni.

Položka 24 – Jakou formu dalšího vzdělávání byste si v této problematice představoval/a?

Tabulka 24 Jakou formu dalšího vzdělávání byste si v této problematice představoval/a

Odpověď	Interní klinika		Chirurgická klinika		Obě kliniky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost%	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Seminář	28	65	10	50	38	60
Certifikovaný kurz	11	26	7	35	18	29
E-learningové školení	4	9	3	15	7	11
Celkem	43	100	20	100	63	100

Graf 24 Jakou formu dalšího vzdělávání byste si v této problematice představoval/a



Touto otázkou jsme zjišťovali, jako formu dalšího vzdělávání by si respondenti v této problematice představovali. Nejvíce z interní kliniky tedy 65 % (28) respondentů se přiklání k semináři na toto téma. 26 % (11) respondentů by uvítalo certifikovaný kurz a nejméně 9 % (4) dotazovaných by uvítalo e-learningové školení. Na chirurgické klinice by chtělo 50 % (10) respondentů seminář na toto téma. Certifikovaným kurzem by rádo prošlo 35 % (7) dotazovaných a pouhých 15 % (3) respondentů by se vzdělávali v e-learningovém školení.

4.3 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

Našeho dotazníkového šetření se zúčastnilo 63 (100 %) respondentů z interní kliniky 68 % (43) sester a z chirurgické kliniky 32 % (20) sester pracujících ve Fakultní nemocnici v Plzni. Nejvíce respondentů pracovalo na dotazovaném oddělení v rozmezí 2 - 5 let 29 % (18). Méně než 2 roky na té klinice působilo 19 % (12) sester, nejméně bylo 10 % (6) dotázaných v rozmezí 11 – 15 let. Sester pracujících 16 – 20 let bylo 14 % (9) a pracujících na stejném oddělení více jak 21 let bylo 11 % (7). Podle vzdělání mělo nejvíce 37 % (23) respondentů vysokoškolské bakalářské vzdělání. Středoškolské vzdělání – ZA mělo 11 % (7) respondentů, VS byl stejný počet 24 % (15) respondentů, jako s vyšším zdravotnickým vzděláním – Dis. Nejmenší počet zúčastněných na těchto klinikách byly 5 % (3) sester se vzděláním vysokoškolským magisterským.

Čtvrtou položkou zda sestry někdy ošetřovaly pacienty se zavedenou zevně vnitřní drenáží, nám 65 % (41) respondentů odpovědělo ano, 32 % (20) sester neošetřovalo tyto pacienty a 3 % (2) sester si nejsou jisté, zda se někdy s těmito pacienty po dobu své praxe setkaly (tabulka 4). Pátou položku z dotazníku jsme směřovali na to zjistit, jak často se vyskytují pacienti s tímto problémem na jejich oddělení. Zde nám vyšlo, že na interní klinice označilo 65 % (28) sester odpověď minimálně 1 – 5 pacientů do roka a z chirurgické kliniky zahrlo tuto odpověď 45 % (9) sester. Další sestry z interny se setkávají v průměru s 1 pacientem za měsíc 21% (9) respondentů a z chirurgie 11 (55 %) dotazovaných. Z chirurgie nikdo neoznačil, že se u nich na oddělení tito pacienti nevyskytují a na interně uvedlo tuto odpověď 14 % (6) sester (tabulka 5).

Na začátku šetření jsme si stanovili 2 průzkumné cíle a 2 průzkumné otázky, k jejich vyhodnocení jsme použili výsledků z dotazníků, které jsou vyjádřeny v tabulkách a grafech.

Průzkumná otázka 1: Jsou sestry dostatečně informovány v ošetrovatelské péči o pacienta se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest?

K průzkumným otázkám se vztahují další položky z dotazníku, které se týkají OŠP o pacienta se zavedenou zevně vnitřní drenáží. V grafech jsou v procentech porovnané správné odpovědi respondentů z interní a chirurgické kliniky. Nelze jednoznačně odpovědět na průzkumnou otázku ano, ale z grafů vyplývá, že většina

položek měla více jak 60 % správných odpovědí. Myslíme si, že sestry zvládají péči o drén i pacienta, ale mohlo by se to ještě zlepšit a ujednotit v rámci celé nemocnice díky doporučením pro praxi.

V 6 položce většina respondentů z obou klinik dobře rozdělila druhy drenáží na vnitřní, zevní a zevně vnitřní, na interní klinice tak odpovědělo 67 % (29) respondentů a z chirurgické kliniky 95 % (19) sester (tabulka 6). Stejně tak většina dotazovaných zná typické příznaky nemocí žlučníku a žlučových cest a dobře vyloučilo z interní kliniky 79 % (34) sester melénu a průjem, které mezi ně nepatří. Na chirurgické klinice správně odpovědělo 70 % (14) sester, ostatní možnosti byli z obou klinik zatřesené minimálně (tabulka 7). V 11 položce nás zajímalo, jestli respondenti znají kontraindikace pro zavedení PTD, měli vyřadit jednu možnost a to kachexii, která jediná k nim nepatří. I když hodně sester uvedlo, že se setkávají s pacienty se zavedenou zevně vnitřní drenáží, jejich odpovědi se v této otázce lišili. Správně odpovědělo z interny 32 % (14) respondentů a z chirurgie 15 % (3) respondentů. Špatné odpovědi z interní kliniky označilo 68 % sester a na chirurgii tyto odpovědi použilo 85 % sester (tabulka 11).

Devátou položkou jsme si zjišťovali, jestli respondenti vědí, za jakých podmínek se zákrok provádí, což správně bylo označit odpověď, že PTD se provádí za hospitalizace a pacient musí být lačný. Z interní kliniky nám správnou odpověď označilo 84 % (36) respondentů a z chirurgické kliniky 80 % (18) sester. Další dvě možnosti špatně označilo z interny 16 % sester a z chirurgie 20 % sester (tabulka 9). Desátá položka ukazuje, že před výkonem jsou nutné aktuální laboratorní výsledky a pacient musí být převeden z Warfarinu/Lavarinu na nízkomolekulární heparin. Toto nám uvedlo z interní kliniky 67 % (29) sester a z chirurgické kliniky 70 % (14) sester. Špatnou první a druhou odpověď, použilo z interny 33 % respondentů a na chirurgii 30 % (tabulka 10).

Dále nás zajímalo v položce 8, 12, 13 jestli se VS a ZA orientují v tom, jak se postarat o pacienta a drenáž po návratu z radiologického pracoviště. V osmé položce bylo možné označit více odpovědí a to neplatná tvrzení, což první bylo, že ZVD nikdy nelze uzavřít a tím z ní udělat vnitřní drenáž. Druhé tvrzení bylo, výhodou drenáže je, že nedochází k reflexu střevního obsahu do žlučových cest. Z interní kliniky dobře použilo obě odpovědi 65 % (28) respondentů a špatně odpovědělo 35 % (15) sester. Na chirurgické klinice nám dobře odpovědělo 40 % (8) sester a špatně nebo nedostatečně

odpovědělo 60 % (12) sester (tabulka 8). Ošetrovatelská péče o pacienta po zavedení ZVD začíná hned po návratu z radiologického oddělení, tuto možnost označilo na interně 88 % (38) sester z chirurgie se tak všichni správně shodli (tabulka 12). V prvních dnech se drenáž napojí na sběrný vak pomocí širší hadičky než je drén anechá odtékat žluč. V těchto otázkách si sestry nebyly jisté, proto nám vyšli různé výsledky. Správně z interny odpovědělo 42 % (18) respondentů, špatně označilo 58 % sester. Na chirurgické klinice se většina 60 % (12) respondentů přiklání k správné odpovědi, 40 % sester označilo ostatní odpovědi (tabulka 13).

Položky 14, 15, 16, 17, 18 a 19 se soustředí hlavně na samotný převaz zevně vnitřní drenáže a proplachy. Položka 14 nám ukázala, zda vůbec, čím a jak často by respondenti proplachovali ZVD, nejvíce respondentů by správně proplachovalo 3 – 4x denně 5 – 10ml FR, tedy 60 % (26). Z CHK většina dotazovaných se správně shodla celkového počtu 70 % (14) VS a ZA (tabulka 14). V 15 položce nás zajímalo, jak by respondenti přistupovali k převazování ZVD, většina z interní kliniky 95 % (41) podle odpovědi převazuje drenáž dobře aseptickým způsobem. Na rozdíl od interní kliniky by na chirurgické klinice všichni respondenti správně postupovali asepticky při převazu ZVD, tedy 100 % SV a ZA (tabulka 15). Položkou 16 jsme zjišťovali, jestli respondenti aspirují obsah při proplachování ZVD, na interní klinice nikdy neaspirují obsah, což je správné nám odpovědělo 58 % (18) dotazovaných. Na chirurgické klinice správně 55 % (11) respondentů nikdy neaspiruje obsah (tabulka 16). V 17 položce jsme ověřovali, zda všichni používají OOPP při převazu ZVD, překvapivě 2 % (1) sestra z interny je nepoužívá, ale převážná většina 98 % (42) respondentů uvádějí používání při převazu ZVD. Na rozdíl od IK z CHK se všech 100 % respondentů dobře shodlo na používání OOPP při převazech ZVD (tabulka 17). 18 položka ukazuje, zda sestry poučí pacienta o průběhu převazu ještě před převazem ZVD, nebo mu nic neřeknou a jen převážou ZVD. Správně odpovědělo 98 % (42) VS a ZA, z chirurgické kliniky všichni což je 100 % respondentů nejdříve pacienta poučí o průběhu převazu (tabulka 18). 19 položkou jsme potřebovali zjistit, zda sestry vědí, co si připravit k převazu pacienta se zavedenou ZVD. Druhá otázka, kde museli respondenti označit více možností, což se ukázalo, jako problém a mnoho sester na samozřejmé potřebné pomůcky zapomínalo. Z IK uspěly pouze 9 % (4) sester a z CHK 45 % (9) sester, tedy mnohem lépe než respondenti z interny (tabulka 19).

V položce 20 jsme chtěli vědět, jestli si sestry myslí, že je tu možnost návratu pacienta do domácího prostředí, pokud má drenáž zavedenou, jako poslední možnost jeho nemoci. Převážná většina 88 % (38) dotazovaných z interny by pacienta domu pustilo, za předpokladu, že se umí postarat o ZVD nebo jeho rodina, ale 8% (5) si myslí, že už není možný návrat z nemocničního prostředí. Na rozdíl od interny na chirurgii nikdo nevidí problém v propuštění pacienta z hospitalizace (tabulka 20). V 21 položce se měli respondenti zamyslet nad tím, zda je potřeba u pacienta se ZVD hlídat příjem jídla a případný váhový úbytek. Z interní kliniky dobře uvedlo 81 % (35) respondentů. Z chirurgické kliniky nám dobře odpovědělo 75 % (15) respondentů (tabulka 21). Položkou 23 jsme si ověřovali, zda u těchto pacientů sestry hlídají bolest a z CHK kliniky všichni odpověděli, že ano tedy 100 % respondentů. Z IK nám 98 % (42) respondentů a jen 2 % (1) dotazovaných by bolest pacienta nekontrolovalo (tabulka 23).

Položkou 23 jsme zjišťovali, zda si sestry o sobě myslí, že mají dostatek informací v této problematice. Ze 100 % respondentů z interní kliniky odpověděla, převážná většina 81 % (35) sester, že nemají dostatek informací. 19 % (8) respondentů si myslí, že ano. Oproti IK si na CHK 55 % (11) myslí, že jsou dostatečně v této problematice informováni a 45 % (9) si myslí, že ne (tabulka 23). Na tuto položku hned navazuje další, kde jsme se ptali, jakou by si respondenti představovali formu dalšího vzdělání o tomto problému. Nejvíce z interní kliniky tedy 65 % (28) respondentů se přiklání k semináři na toto téma i z chirurgické kliniky by se chtělo zúčastnit 50 % (10) sester. 26 % (11) respondentů z IK by uvítalo certifikovaný kurz a z CHK by jím rádo prošlo 35 % (7) dotazovaných. Nejméně 9 % (4) dotazovaných z interní kliniky by bralo e-learningové školení a z chirurgické kliniky by toto školení chtělo pouze 15 % (3) sester (tabulka 24).

Průzkumná otázka 2: Mají sestry z chirurgické kliniky větší zkušenosti s pacienty se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest než z interní kliniky, nebo jsou srovnatelné?

Ani na druhou průzkumnou otázku nelze jednoznačně odpovědět. Vyšlo nám, že více sester v procentech z chirurgie již ošetřovalo pacienty s tímto problémem a uvádí, že se u nich na oddělení vyskytují častěji než na interně. Výsledky z grafů ukazují, že ve 12 položkách, které jsou zaměřené jen na ošetřování drenáže a pacienta byla procentuelně úspěšnější ve správných odpovědích CHK. IK v 5 položkách měla více

procent správných odpovědí. Toto srovnání nám ukazuje, že sestry z chirurgické kliniky mají více informací v péči o pacienty se ZVD.

4.4 DISKUZE

Na počátku šetření byly stanoveny 2 průzkumné cíle. Zjistit informovanost sester v ošetrovatelské péči o pacienty se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest. Porovnat znalosti sester z interní a chirurgické kliniky v ošetrování pacientů se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest.

Na klinikách jsou jednotlivá oddělení zaměřená na pacienty s různým onemocněním. K tomuto zjištění nás vedly vyhodnocené odpovědi z dotazníku. Na určitých odděleních se vyskytují pacienti se zavedenou ZVD minimálně, proto některé sestry uvedly, že tyto pacienty nikdy neošetřovaly. I přes tohle zjištění, či spíše právě kvůli němu si myslíme, že je potřeba, aby sestry věděly více o této problematice. Je velmi důležité dobře a podrobně informovat pacienta už před zavedením drenáže, spolu s lékařem mu vysvětlit průběh výkonu, riziko možných komplikací a další postup v léčbě. O dobře fungující drenáži rozhoduje hlavně následná péče o drén a spolupráce pacienta, proto si sestra musí získat jeho důvěru. Každá ze sester by se měla zamyslet nad tím, jak by ony samy věřily někomu, koho by se zeptaly, co se s nimi bude dále dít a tento člověk neznal odpovědi. Pokud sestry nebudou problematiku znát, odpovídat neadekvátně, nekonkrétně či rozporuplně, není možné, aby jim pacient věřil a beze strachu se odevzdal do jejich rukou.

Každá drenáž představuje velké riziko infekce, které se musí správnou aseptickou péčí minimalizovat. Zajistit funkčnost drenáže pravidelnými proplachy sterilním FR bez aspirace a přistupovat k převazu opatrně, aby nedošlo k vytažení drénu ze žlučových cest (PORUBOVÁ, 2006). Při převazu sice respondenti používají OOPP, jak označili, ale ne všichni zatrhli jednorázovou zástěru a ústenku, v této položce, kde jsme se ptali na potřebné pomůcky. Myslíme si, že není nutné použít sterilní pinzetu i sterilní rukavice. Dále sestry zapomínaly na sběrný vak v prvních dnech po zavedení drenáže. Některé i opomínaly, že potřebují náplast na uchycení krytí ke kůži. Také často neuváděly dezinfekční roztok na kůži. Myslíme si, že desinfekci sestry braly jako samozřejmou součást převazu jako takového. Při proplachu nám dvě sestry z chirurgie

napsaly, že se drží pokynů lékaře, sice by se mělo dodržovat proplach alespoň jednou denně, ale pokud lékař naordinuje jinak, musí se tím každý řídit. Častým omylem dotazovaných sester byla aspirace z drénu. Nesmí se aspirovat obsah zpět, ale spousta sester tak činí a neuvědomují si, nebo neznají důsledky tohoto jednání. Opakovanou aspirací může dojít k dalším komplikacím, jako například obstrukce drénu. Z drénu aspirujeme pouze tehdy, pokud je lékařem ordinován odběr žluči k vyšetření a v tomto případě musíme postupovat nejen asepticky, ale také opatrně a ohleduplně. Pacientovi může aspirování obsahu být nepříjemné, v krajním případě bolestivé a od ošetřujícího personálu by bylo neetické pacienta bezdůvodně vystavovat bolesti.

V rámci paliativní péče a zachování dobré kvality života pacienta s dlouhodobou drenáží, je nezbytné řešit symptomy nemoci, psychosociální a duchovní problémy umírajícího člověka a hlavně bolest (MARKOVÁ, 2010). V této položce se všichni respondenti shodli, že důležité kontrolovat bolest, měli nám uvést proč. Hodně sester popsalo, že by bolest mohla ukazovat na komplikaci drenáže, ale většinou uváděly, že je bolest spojená s onemocněním, které vedlo k zavedení drenáže. Několik respondentů si myslí, že by pacient neměl už více trpět, stačí, že se musí naučit žít s drenáží. S nedostatečnou výživou souvisí i zvýšené riziko negativních klinických výsledků, špatnou kvalitou života a kratší dobu přežití. Proto je velice důležité řešit nutriční problémy již v průběhu léčby a předcházet kachexii (TOMÍŠKA, 2012). V této položce nám sestry většinou z CHK psali, že nehlídají příjem stravy. Přisuzujeme to tomu, že mají hlavně pacienty před operací žlučových cest a po operaci ZVD bývá zrušena. Naopak sestry z IK uváděly, že je třeba hlídat příjem potravy, případný úbytek váhy pacientů a řešit to náhradními prostředky v podobě nutričně bohatých nápojů. Na IK se ZVD často zavádí jako trvalá. Proto si myslíme, že je rozdílnost odpovědí sester z jednotlivých klinik.

Dále jsme se si zjišťovali, jak sestry sami sebe hodnotí v péči o pacienty se ZVD. Zda mají dostatek informací, nebo ne. Přestože sestry uváděly, že si myslí, že jejich informovanost v této problematice není dostatečná, pozitivně nás překvapilo, že současně uváděly, že by si svoji míru znalostí rády prohlubovaly. Myslíme si, že by to určitě nikomu neuškodilo. Naopak pro vlastní praxi, sestry a především pro nemocné by rozšíření znalostí bylo výhodou.

V poslední položce z dotazníku mohly sestry napsat vlastními slovy poznatky z praxe nebo nějaké připomínky. Mrzí nás, že sestry této možnosti nevyužívaly. Uvítali bychom pohled jednotlivých sester na tuto problematiku. V literatuře je možné najít množství teoretických poznatků, které jsou častokrát psány lékaři. O sesterské ošetrovatelské péči je již literatury méně a proto by bylo zajímavé tyto poznatky srovnat s praktickými zkušenostmi sester.

Doporučení pro praxi

Vzhledem k šetření, které jsme prováděli na interní a chirurgické klinice ve FN Plzeň, jsme zjistili, že na každé klinice mají jiné postupy v péči o pacienty se ZVD. Sestry nemají k dispozici standard k této problematice, proto bychom doporučili tomuto zařízení:

- stvořit jednotný standard na OŠP o pacienta se zavedenou ZVD, který by ujednotil postupy péče na jednotlivých klinikách a odděleních,
- proškolit své zaměstnance na oddělení, kde se tito pacienti vyskytují,
- uspořádat seminář pro zaměstnance ve spolupráci s přednášejícími zabývajícími se touto problematikou,
- certifikovaný kurz,
- ve spolupráci se svými zaměstnanci vytvořit příručku s informacemi pro pacienta, který se má starat o drenáž v domácím prostředí, kde by byly druhy materiálů potřebné k převazu a popsáný postup,
- měla by být k dispozici nabídka agentur domácí péče.

Doporučení pro pacienta a jeho rodinu

Pokud se pacient se zavedenou ZVD chce vrátit do domácího prostředí a je to možné vzhledem k jeho současnému zdravotnímu, měl by umět on sám nebo jeho rodinný příslušníci:

- zvládat péči v oblasti hygieny a výživy a to buď samostatně, nebo s pomocí rodiny,

- mít dostatek informací o postupu v řešení jiných symptomů (bolest, dyspeptické potíže, horečka),
- zvládat péči o samotnou drenáž,
- mít dostatek potřebných pomůcek k péči o drenáž,
- umět drenáž převázat,
- znát aseptický přístup při převazu i proplachu,
- umět si drenáž propláchnout a vědět čím,
- znát možné komplikace, které mohou časem nastat (obtékání drenáže či její obstrukce),
- musí vědět, na koho se, v případě problému, obrátit,
- chodit na pravidelné lékařské kontroly.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zjistit míru informovanosti sester v ošetrovatelské péči o pacienty se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest. Na začátku práce jsme měli stanoveny a průzkumné otázky. Jsou sestry dostatečně informovány v ošetrovatelské péči o pacienta se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest? Mají sestry z chirurgické kliniky větší zkušenosti s pacienty se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest než z interní kliniky, nebo jsou srovnatelné? Odpovědi na tyto otázky měly zjistit, na jaké úrovni je informovanost sester o této problematice, porovnat je mezi sestrami dvou klinik chirurgické a interní. V průzkumné části jsme zjistili, že respondenti mají znalosti v ošetrovatelské péči o tyto nemocné podle druhu kliniky, na které pracují.

Cíle práce byly splněny, chtěli jsme přiblížit tuto problematiku zdravotníkům, ale i laické veřejnosti, která se může s tímto problémem setkat u rodinných příslušníků. Myslíme si, že jsme poukázali, jak je důležité mít dostatek informací v péči o pacienty se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest. Dále jsme nastínili závažnost onemocnění, kvůli kterým se pacientům zavádí ZVD. Zjistili jsme, že porovnat znalosti sester z IK a CHK není jednoduché. Každá klinika je zaměřená jinak na pacienty s drenáží. Na odděleních z chirurgické kliniky se zaměřují hlavně na pacienty v předoperačním období s krátkodobou drenáží žlučových cest a po operaci je propouští domů již bez ní. Oproti tomu na interní klinice je drenáž zaváděna dlouhodobá v rámci paliativní péče, proto by měly sestry dobře zvládat péči o pacienta s tímto problémem. Myslíme si, že edukace a spolupráce pacienta v této situaci je velmi důležitá pro další vývoj v léčbě. Sestra by měla umět správně pečovat o drenáž a dokázat vše jednoduše vysvětlit pacientovi při propuštění z hospitalizace a minimalizovat tím riziko infekce, které drenáž představuje. Správnou péči předejít i dalším možným komplikacím. Neměla by jí zaskočit žádná otázka od nemocného nebo jeho rodinných příslušníků, kteří se většinou starají o drenáž, protože pacienti jsou převážně vyšší věkové skupiny. Na základě všech dosažených výsledků se domníváme, že kvalita péče ve FN Plzeň o tyto nemocné je dobrá, ale díky doporučením by se mohla ještě zlepšit.

POUŽITÁ LITERATURA

- BELŠAN, T., a kolektiv. 2003. Význam diagnostického zobrazení žlučových cest a pankreatu magnetickou rezonancí. *Česká radiologie*. 276-284. ISSN 1210-7883.
- ČERNOCH, J., 2008. *Transkutánní cholangioskopie*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-1277-5.
- ČEŠKA, R., a kolektiv, 2010. *Interna*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-423-0.
- ČIHÁK, R., 2002. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. ISBN 80-247-0143-X.
- ELIŠKOVÁ, M., O., NAŇKA, 2006. *Přehled anatomie*. Praha: Universita Karlova Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-1216-X.
- HAKL, M., R., HŘIB, 2007. Léčba bolesti u onkologických pacientů. *Interní medicína*. (online), roč. 2007, č. 9, str 299, (cit. 26. 12. 2013) Dostupné z: <http://www.internimedcina.cz/pdfs/int/2007/06/12.pdf>
- HOLUBOVÁ, A., H., NOVOTNÁ, MAREČKOVÁ, J, 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2806-6.
- JIRÁSEK, V., M., BRODANOVÁ, Z., MAREČEK, 2002. *Vnitřní lékařství-svazek IV, Gastroenterologie, hematologie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-139-4.
- KALA, Z., I., KISS a V., VÁLEK, kolektiv, 2009. *Nádory podjaterní oblasti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2867-4.
- KALA, Z., V., PROCHÁZKA, kolektiv, 2010. *Perioperační péče o pacienta v digestivní chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO). ISBN 978-80-7013-519-8.
- KREJSOVÁ, M. 2005. *Přehled nejužívanějších lékařských pojmů: příručka pro střední a vyšší zdravotnické školy*. 1. vyd. INFORMATORIUM. ISBN 80-733-3037-7.

LATA, J., J., BUREŠ, T., VAŇÁSEK, kolektiv, 2010. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.

LUKÁŠ, K., 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1283-0.

LUKÁŠ, K., 2010. Endoskopické vyšetření žlučových cest a cest slinivky břišní ERCP. *Osobní lékař: rádce na cestu dlouhým a úspěšným životem: měsíčník odborně garantovaný ČLK*. 2002, roč. 2, č. 5, s. 34-37. ISSN 1213-2470.

MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3171-1.

NĚMCOVÁ, J., J., BOROŇOVÁ. 2011. *Repetitorium ošetrovatelství*. Vysokoškolská učebnice. vyd. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-7-9.

PORUBOVÁ, S., 2006. Drenážní systémy a jejich ošetřování. *Sestra* (online).

Roč. 2006 č. 10, (cit. 4. 1. 2014) Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/drenazni-systemy-a-jejich-oseetrovani-273989>

POVÝŠIL, C., I., ŠTEINER, et al. 2011. *Obecná patologie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-773-8.

SHERLOCK, S., J., DOOLEY, 2004. *Nemoci jater a žlučových cest*. Překlad 11. vyd. Hradec Králové: Nakladatelství Brožíková. ISBN 80-86703-00-2.

SKALICKÝ, T., V., TŘEŠKA, J., ŠNAJDAUF, Z., KALA, kolektiv, 2011. *Hepato-Pankreato-Biliární chirurgie*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-269-8.

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

ŠVÁB, J., 2000. *Operace žlučníku a žlučových cest*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-124-2.

TOMÍŠKA, M., 2008. Syndrom nádorové anorexie a kachexie. *Onkologie* (online). 2008, roč., č. 3, s. 174-178. (cit. 15. 12. 2013). ISSN 1803-5345. Dostupné z:

<http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2008/03/07.pdf>

TOMÍŠKA, M., 2012. Výživa onkologického pacienta. *Acta medicinae*. 2012, roč. 1, č. 2, s. 62-65. ISSN 1805-398X.

TOZZI, I., kolektiv, 2009. *Význam radiální endosonografie v diferenciální diagnostice obstrukce žlučových cest*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2379-1.

TRACHTOVÁ, E., 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ. ISBN 80-701-3324-4.

TROJAN, S., kolektiv, 2003. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-0512-5.

TSCHUSCHKE, V., 2004. *Psychoonkologie – psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. České vydání Praha: Portál, s.r.o. ISBN 80-7178-826-0.

VOKURKA, M.,J., HUGO, 2004. *Přehled nejužívanějších lékařských pojmů: příručka pro střední a vyšší zdravotnické školy*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 80-734-5037-2.

ZAVORAL, M., J., VENEROVÁ, kolektiv, 2007. *Gastroenterologie a hematologie*. Praha/Kroměříž: Triton. ISBN 978-80-7254-902-3.

ŽALOUDEK, J., R., VYZULA, 2002. *Edukační sborník - XXVI. Brněnské onkologické dny a XVI. Konference pro sestry a laboranty*. Brno: Masarykův onkologický ústav. ISBN 80-238-8452-2.

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – Dotazník.....I

PŘÍLOHA B - Povolení ke sběru informací ve FN Plzeň.....VI

ŘÍLOHA A

Dotazník

Vážené kolegyně/Vážený kolegové

Jmenuji se Miroslava Polodnová a jsem studentkou bakalářského studia obor Všeobecná sestra na Vysoké zdravotnické škole o.p.s. v Praze.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který bude sloužit pouze pro účely vypracování mé bakalářské práce. Bakalářská práce se zabývá tématem: „Informovanost sester v ošetrovatelské péči o pacienta se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest.“ Tento dotazník je anonymní.

Předem Vám děkuji za ochotu ke spolupráci a trpělivost při vyplňování tohoto dotazníku.

Pokyny pro vyplnění:

U jednotlivých otázek označujte *pouze jednu odpověď*, pokud nebude uvedeno jinak. Pakliže svoji odpověď budete chtít změnit, zřetelně označte novou, správnou odpověď (tím je myšleno - neplatnou škrtněte, nebo za správnou napište *platí, správně*, apod.)

Použité zkratky:

VS – všeobecná sestra

ZA – zdravotnický asistent

ZVD – zevně vnitřní drenáž

PTD - perkutánní transhepatální drenáž

OOPP – osobní ochranné pracovní pomůcky

OŠP – ošetrovatelská péče

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a. Středoškolské – ZA
 - b. Středoškolské – VS
 - c. Vyšší zdravotnické – Dis.
 - d. Vysokoškolské – Bc.
 - e. Vysokoškolské – Mgr.

2. Na jaké klinice pracujete?
 - a. Interní klinika
 - b. Chirurgická klinika
3. Jaká je délka Vaší působnosti na tomto oddělení?
 - a. Méně než 2 roky
 - b. 2 - 5 let
 - c. 6 – 10 let
 - d. 11 – 15 let
 - e. 16 – 20 let
 - f. 21 let a více
4. Ošetřoval/a jste někdy pacienta se zavedenou ZVD?
 - a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nejsem si jistá/ý
5. Jak často se na vašem oddělení vyskytují pacienti se zavedenou ZVD?
 - a. Nevyskytují
 - b. Minimálně (1 – 5 pacientů do roka)
 - c. Často (v průměru 1 pacient za měsíc)
 - d. Jiné (specifikujte jak často)
6. Jak se rozdělují drenáže žlučových cest?
 - a. Vnitřní, perforující, kompresní, zevně vnitřní
 - b. Zevně vnitřní, vnitřní, zevní
 - c. Zevně vnitřní, břišní, spádová
7. Co byste nezařadil/a mezi typické příznaky nemoci žlučníku a žlučových cest?
 - a. Dyspeptické potíže, bolest v pravém podžebří
 - b. Meléna, průjem
 - c. Ikterus, svědění kůže
 - d. Acholická stolice
8. Zevně vnitřní drenáž (označte neplatná tvrzení. Možnost více odpovědí)
 - a. Po zavedení ZVD se první dny nechává žluč odtékat do sběrného sáčku
 - b. ZVD nikdy nelze uzavřít a tím z ní udělat drenáž vnitřní.
 - c. Drén je zaveden zevní cestou a projde přes stenózu do duodena
 - d. Katetr musí být delší než stenóza, má perforace před i pod překážkou.
 - e. Výhodou je, že nedochází k refluxu střevního obsahu do žlučovodů.

9. PTD se provádí?
- Provádí se za hospitalizace, pacient nemusí být lačný.
 - Provádí se za hospitalizace, pacient musí být lačný.
 - Provádí se ambulantně, pacient musí být lačný.
10. Před provedením PTD (označte nepravdivé tvrzení)
- Jsou nezbytné aktuální výsledky krevního obrazu, jaterních testů, koagulace s INR pod 1,5.
 - Pokud pacient dlouhodobě užívá Warfarin nebo Lawarin, zavčasu se vysadí a nahradí nízkomolekulárním heparinem podávaným s.c.
 - Jsou nezbytné aktuální výsledky krevního obrazu, jaterních testů, koagulace. Není důležité, zda je pacient převeden na nízkomolekulární heparin.
11. Ke kontraindikacím PTD nepatří
- Porucha koagulace
 - Difusní postižení jater (cirhóza nebo portální hypertenze)
 - Obezita
 - Velký ascites
 - Kachexie
 - Metastázy v játrech
 - Nespolupracující pacient
12. Kdy zahájíte OŠP o pacienta se zavedenou ZVD?
- Ihned po návratu pacienta z radiologického oddělení.
 - Ihned po té, co dostanu ordinace lékaře.
 - Jednu až dvě hodiny po návratu pacienta z radiologického oddělení.
 - Až si pacient zazvoní.
13. ZVD prvních 48 hodin po zavedení napojíme na sběrný vak:
- Který má stejný průměr hadičky jako drén
 - Který má větší průměr hadičky jako drén
 - Na šíři hadičky sběrného vaku nezáleží.
14. Prvních 48 hodin, při zavedené ZVD, drén:
- Nikdy neproplachujeme.
 - Proplachujeme 3-4 krát denně 5-10 ml fyziologického roztoku.
 - Proplachujeme jednou denně 50 ml fyziologického roztoku.
 - Proplachujeme 3-4 krát denně 5-10 ml 5% glukózy.

15. Při převazu ZVD:
- Postupuji vždy asepticky.
 - Není důležité dodržovat aseptický postup.
 - Nepřevazuji.
16. Při proplachu ZVD:
- Vždy aspiruji obsah.
 - Nikdy neaspiruji obsah.
 - Obsah aspiruji jen, když si vzpomenu.
17. Při převazu ZVD:
- Používám OOPP
 - Nepoužívám OOPP
18. Před provedení převazu ZVD pacienta:
- Poučím o průběhu převazu.
 - Jen mu oznámím, že jdu převázat drén.
 - Neřeknu mu nic.
19. Při převazu ZVD potřebuji následující pomůcky (možnost více odpovědí):
- Sterilní rukavice
 - Sterilní pinzeta
 - Dezinfekci na kůži
 - Sterilní čtverce
 - Nesterilní čtverce
 - Sterilní tampony
 - Nesterilní tampony
 - Jednorázová zástěra
 - Ústenka
 - Nesterilní rukavice
 - Náplast
 - Sběrný vak
 - Emitní miska
 - Jiné
- (doplňtě)
-
20. Je možné, aby se o ZVD staral pacient, nebo jeho rodina v domácím prostředí?
- Ano
 - Ne

21. Myslíte si, že je nutné u pacienta se zavedenou ZVD sledovat příjem potravy a případné úbytky váhy?

- a. Ano
- b. Ne

Prosím, _____ uveďte _____ proč

.....
.....
.....

22. Myslíte si, že je důležité kontrolovat bolest pacienta se zavedenou ZVD?

- a. Ano
- b. Ne

Prosím, _____ uveďte _____ proč

.....
.....
.....
.....
.....

23. Myslíte si, že jste o problematice péče o pacienta se zavedenou ZVD dostatečně informován/a?

- a. Ano
- b. Ne

24. Jakou formu dalšího vzdělávání byste si v této problematice představoval/a:

- a. Seminář
- b. Certifikovaný kurz
- c. E-learningové školení

25. Pokud chcete ještě něco doplnit, prosím zde:

Dovolte mi ještě jednou Vám poděkovat za váš čas, trpělivost a ochotu při vyplňování tohoto dotazníku.

Přeji pěkný zbytek dne Miroslava Polodnová

PŘÍLOHA B

Povolení ke sběru informací

Vážená paní

Miroslava Polodnová

Studentka oboru Všeobecná sestra, Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku určeného všeobecným sestřím / ošetrovatelům a zdravotnickým asistentkám ú asistentům, pracujícím na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- *Kliniky – chirurgická, I. interní.*

Vaše šetření budete provádět – za uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „*Informovanost sester v ošetrovatelské péči o pacienta se zavedenou zevně vnitřní drenáží žlučových cest*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestry oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., v platném znění.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pocítovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

*Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči*

*Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz*

3. 2. 2014