

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
U PACIENTA S NÁDOROVÝM
ONEMOCNĚNÍM ŽLUČOVÝCH CEST**

bakalářská práce

Autor práce: Roubalová Jana
Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Rolantová Lucie Ph.D

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2013

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí u pacienta s nádorovým onemocněním žlučových cest. Teoretická část práce je zaměřena na problematiku nádorového onemocnění žlučových cest, na potřeby pacientů v preterminálním stádiu nemoci se zavedenou perkutánní transhepatální drenáží a úlohu sestry při jejich uspokojování.

Nádory žlučových cest patří mezi vzácné malignity, jsou provázeny rychlou progresí onemocnění a velmi nepříznivou prognózou. Malignita se nejčastěji vyskytuje u osob ve věkové skupině 50 – 70 let. Nádory žlučových cest způsobují postupně blokádu žlučových cest, zabraňují odtoku žluče a dochází k narůstání ikteru i bolestí. U nemocného se rozvíjí sepse. Onemocnění v mnoha případech rychle postupuje a dochází neodvratně ke smrti. Jednou z možností odvádění žluče u neoperabilních pacientů z nádoru zablokovaných žlučových cest je perkutánní transhepatická drenáž. Výkon pacientovi sice neprodlouží život, ale zlepšuje jeho kvalitu, tj. má jen paliativní význam.

Praktická část obsahuje zpracování a vyhodnocení poznatků získaných během fázi výzkumného šetření. Pro bakalářskou práci byl stanovený jeden cíl a tři výzkumné otázky, které byly zaměřeny na specifika ošetrovatelské péče u pacienta s nádorovým onemocněním žlučových cest.

Cíl:

1. Zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacienta s nádorovým onemocněním žlučových cest.

Výzkumné otázky:

1. Jaké mají specifické potřeby pacienti s nádorovým onemocněním žlučových cest?
2. Jak jsou pacienti se zavedenou perkutánní transhepatální drenáží informováni o péči o drenáž?
3. Jsou pacienti informováni o své nemoci?

K dosažení cíle byl použit kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru s pacienty s nádorovým onemocněním žlučových cest se zavedenou perkutánní transhepatální drenáží, hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici v Plzni na interní klinice zaměřené na onemocnění GIT. Rozhovor byl prováděn za účasti sedmi respondentů. Rozhovory byly anonymně zpracovány.

První výzkumnou otázkou práce, bylo zjistit, jaké mají specifické potřeby pacienti s nádorovým onemocněním žlučových cest. Zjištěné specifické potřeby mohou pomoci sestře lépe pochopit problematiku tohoto onemocnění a zkvalitnit tak poskytování ošetrovatelské péče. Z výsledků vyplynula řada potřeb, které pacientům v ošetrovatelské péči chybí nebo jsou ze strany ošetřujícího personálu zanedbávány. Bylo zjištěno, že právě mezi vyhledávané potřeby nemocných s nádorovým onemocněním žlučových cest patří hlavně vyhledávání klidu a pokoje, tišení bolesti, psychologická podpora proti strachu a obavám z budoucnosti, potřeba respektovat a udržovat pocit důstojnosti a sebeúcty, potřeba zajištění kvality života, potřeba naslouchat a vyjádřit pochopení, potřeba výživy a hydratace, potřeba hygieny a vyprazdňování.

Druhou výzkumnou otázkou práce, bylo zjistit, jak jsou pacienti se zavedenou transhepatální drenáží informováni o péči o drenáž. Co se týká oblasti informovanosti o péči o drenáž, tady bylo zjištěno, že přes snahu sester řádně edukovat pacienty, nebyl ze strany pacientů o edukaci zájem. Zejména vzhledem k vysokému věku nemocných. Většina z nich péči sama nezvládá a spoléhá na pomoc ošetřujícího personálu nebo rodinného příslušníka. Zbytek mylně spoléhá na to, že drenáž je jenom dočasná část léčby před uzdravením a proto péči o drenáž zanedbává.

Třetí výzkumnou otázkou práce, bylo zjistit, jak jsou pacienti informováni o své nemoci. Z odpovědí v rozhovorech na tuto otázku vyplynulo, na jaké úrovni je informovanost nemocných o svém onemocnění. Ve výzkumné části bylo zjištěno, že nemocní mají o své nemoci informace získané od ošetřujícího personálu, ale ve většině případů jim nerozumí. Lékař podává informace odborným jazykem a nemocný, i když informacím nerozumí, neptá se, protože nechce lékaře obtěžovat svými dotazy. Sestry informace podávají jazykem jednodušším, ale věnují nemocnému málo času. Nemocný

se dotazuje u sester i na informace, které nespádají do její kompetence, ale jsou v kompetenci lékaře.

Výsledek šetření ukazuje na nejdůležitější faktory, přičemž vždy záleží na spolupráci, přístupu a dostatečné vůli nemocného k náhlé změně přístupu k nemoci a změně životosprávy. Na základě zjištěných výsledků byla sestavena brožura pro nemocné s nádorovým onemocněním žlučových cest. Tento manuál by měl sloužit jako informační materiál, který pacientům podá dostatečné informace o jejich onemocnění, léčebném režimu, péči o drenáž a usnadní tak práci sester při jejich edukaci.

Sestra při ošetřování pacientů s tímto onemocněním musí znát specifika péče, aby docházelo ke kvalitní a efektivní ošetrovatelské péči. Role sestry, je v této oblasti velmi důležitá a musí zachovat individuální přístup k pacientovi. Při nádorovém onemocnění žlučových cest je léčba i ošetrovatelská péče o nemocného náročná. Ošetrovatelská péče se prolíná s péčí paliativní. Sestra musí věnovat nemocnému trvalou komplexní ošetrovatelskou péči. Základním mottem paliativní péče je kvalita života pacienta a jeho rodiny.

Abstract

This thesis deals with nursing care for patients with biliary tract cancer. The theoretical part focuses on the issue of biliary tract cancer, the needs of patients in the preterminal stage of the disease with introduced percutaneous transhepatic drainage and the role of nurses during their meeting.

A biliary tract tumour is a rare malignancy and it is accompanied by rapid disease progression and a very poor prognosis. Malignancy is most common in people in the age group from 50 to 70 years. Biliary tract tumours cause gradual blockage of the biliary tract, thus preventing the flow of bile; there is also the progression of icterus and pain. The patient develops sepsis. In many cases the disease proceeds rapidly and death is inevitable. One of the possible methods of bile removal from the blocked biliary tract in patients with inoperable tumours is percutaneous transhepatic drainage. The operation will not prolong the patient's life, but it will improve the quality of life, i.e. it has only a palliative effect.

The practical part contains the processing and evaluation of information obtained during the research phase. One objective and three research questions were set for this thesis; the questions were focused on specific aspects of nursing care for patients with biliary tract cancer.

Objective:

1. To find out specific aspects of nursing care for patients with biliary tract cancer.

Research questions:

1. What are the specific needs of patients with biliary tract cancer?
2. To what extent are patients with percutaneous transhepatic drainage informed about the care for the drainage?
3. Are the patients informed about their disease?

To achieve the objective, qualitative research was used in the form of semi-structured interviews with patients with biliary tract cancer having percutaneous transhepatic

drainage, hospitalized at the University Hospital in Pilsen, the Department of Internal Medicine specializing in gastrointestinal diseases. The interviews were conducted with seven respondents. The interviews were processed anonymously.

The first research question of the thesis was to find out what the specific needs of patients with biliary tract cancer were. The identified specific needs can help nurses to understand better the problems of this disease and to improve the quality of nursing care provision. The results revealed a number of needs that patients in nursing care miss or that are neglected by the nursing staff. It was found out that the most sought-after needs of patients with biliary tract cancer include mainly the need of peace and tranquility, pain suppression, psychological support to overcome the fear and concern about the future, the need of respect and maintaining a sense of dignity and self-respect, the need to ensure the quality of life, the need to be listened to and to express understanding, the need of nutrition and hydration, the need of hygiene and defecating.

The second research question was to find out to what extent patients with percutaneous transhepatic drainage are informed about the care for the drainage. As regards the informedness about the care of the drainage, it was found out that, despite the efforts of the nurses to educate their patients properly, the patients were not interested in such education. That was due, in particular, to the high age of the patients. Most of them cannot cope with the care alone and they rely on assistance from the nursing staff or family members. The rest mistakenly relies on the fact that the drainage is only a temporary part of the treatment prior curing and, therefore, neglect the care for drainage.

The third research question was to find out to what extent the patients are informed about their disease. The responses from the interviews concerning this question showed at what level the awareness of the patients about their disease is. The research indicated that the patients have information about their disease obtained from the nursing staff, but they do not understand it in most cases. A doctor informs using professional language and the patient, even if he or she does not understand information, does not ask in order not to bother the doctor with any questions. Nurses inform using a simpler language, but they give the patient only a little time. The patient requests information

from the nurses but such information does not fall within their competences but within the competence of the doctor.

The results of the research show the most important factors that always depend on the cooperation, approach and sufficient will of the patient to a sudden change in the approach to the disease and lifestyle change. Based on the findings, a booklet was compiled for patients with biliary tract cancer. This manual should serve as informational material to provide the patients with sufficient information about their disease, treatment regimen, the care for their drainage, and to facilitate nurses' work during their education.

Nurses taking care of patients with this disease must know the specifics of the care so as to provide good and effective nursing care. The nurses' roles in this area are very important and must retain individual approach towards patients. In the event of biliary tract cancer, the treatment and nursing care for the patient are very challenging. Nursing care mingles with palliative care. Nurses must provide their patients with permanent and complex nursing care. The basic motto of palliative care is the quality of the patients' lives and those of their families.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2013

.....

Jana Roubalová

Poděkování

Touto cestou bych ráda vyjádřila upřímné poděkování vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Lucii Rolantové Ph.D, za cenné rady, připomínky a trpělivost. Mé velké díky patří mému manželovi a dceři za pomoc a velkou podporu během mého studia.

Obsah

Úvod.....	13
1 SOUČASNÝ STAV.....	14
1.1 Anatomie a fyziologie žlučových cest.....	14
1.1.1 <i>Nádory žlučových cest</i>	15
1.1.2 <i>Klinický obraz onemocnění</i>	17
1.2 TNM klasifikace nádorů žlučových cest	17
1.3 Diagnostika	19
1.3.1 <i>ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie)</i>	20
1.3.2 <i>Úloha sestry při ERCP</i>	20
1.4 Léčba.....	23
1.4.1 <i>Chirurgická léčba</i>	23
1.4.2 <i>Radioterapie</i>	24
1.4.3 <i>Chemoterapie</i>	25
1.4.4 <i>Drenáž žlučových cest</i>	25
1.4.5 <i>Paliativní péče</i>	28
1.5 Ošetrovatelská péče u pacienta s nádorovým onemocněním žlučových cest	34
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38
2.1 Cíl práce	38
2.2 Výzkumné otázky.....	38
3 METODIKA	39
3.1 Použité metody	39
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	39
4 VÝSLEDKY	40
4.1 Vyhodnocení polostrukturovaného rozhovoru.....	40
4.1.1 <i>Identifikační údaje respondentů</i>	40
4.1.2 <i>Vyhodnocení rozhovorů</i>	41
5 DISKUZE.....	55
5.1 Diskuze k polostrukturovanému rozhovoru.....	55
6 ZÁVĚR.....	62

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	64
8 KLÍČOVÁ SLOVA.....	68
9 PŘÍLOHY	69

Seznam použitých zkratk

PTD - perkutánní transhepatální drenáž

PTC - perkutánní transhepatální cholangiografie

ERCP- endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie

GIT-gastrointestinální trakt

TNM-mezinárodní klasifikace zhoubných novotvarů

RTG-rentgen

USG-ultrasonografie

CT-výpočetní tomografie

MR-magnetická rezonance

EUS-endoskopická ultrasonografie

EKG-elektrokardiografie

Úvod

K výběru tématu o ošetrovatelské péči u pacienta s nádorovým onemocněním žlučových cest mě přivedla má šestiletá praxe na oddělení zaměřeném na nemoci GIT. V průběhu praxe jsem se zaměřila na nádorové onemocnění žlučových cest, protože jsem chtěla blíže poznat problematiku tohoto závažného onemocnění. Myslím si, že nemocní jsou ohledně závažnosti onemocnění a péče o zavedenou drenáž často mylně či nedostatečně informováni. Důležité při ošetrovatelské péči je znát taky specifické potřeby nemocných s nádorovým onemocněním žlučových cest. Zjištěné poznatky mohou pomoci sestře lépe pochopit problematiku tohoto onemocnění a zkvalitnit tak poskytování ošetrovatelské péče.

Nádorové onemocnění žlučových cest patří v naší republice mezi nádory vyskytující se vzácně, ale jejich počet se rychle zvyšuje. Karcinom žlučových cest se vyskytuje ve 2 % všech karcinomů, zejména pak ve věkové skupině 50-70 let (Skalický, 2011).

Nádorové onemocnění žlučových cest je onemocnění, které nemá dobrou prognózu. Maligní nádory žlučových cest zastupuje adenokarcinom, vyskytující se v horní části žlučových cest, který se nazývá Klatskinův nádor. Z větší části případů nejsou nádory vyléčitelné. Nádory způsobují postupně blokádu žlučových cest a dochází k narůstání ikteru, pruritu a bolestí. U nemocného se pomalu rozvíjí sepse. Onemocnění v mnoha případech rychle postupuje a dochází neodvratně ke smrti. Prognóza nemocných s nádorovým onemocněním žlučových cest je lepší tehdy, pokud je nádor nalezen náhodně v počátečním stádiu, nebo pokud rychle způsobí uzávěr žlučových cest se žloutenkou, čímž se odhalí. To je právě případ ampulomu. Ostatní nádory žlučových cest mají prognózu mnohonásobně horší. Prognóza se dá zlepšit, především díky včasné diagnostice nádorů, zejména v rizikových skupinách nemocných. Naděje na zlepšení léčby pokročilých stadií onemocnění se vkládají do nových chemoterapeutik a genové terapie. Přežití nemocných závisí na stadiu nemoci. Průměr přežití se pohybuje kolem 10-18 měsíců. Jinou možností než chirurgickou, jak umožnit odtok žluče z nádorem zablokovaných žlučových cest, je endoskopické zavedení flexibilní protézy do žlučových cest přes zúžené místo způsobené nádorem. Další možností je tzv. zevní a zevně-vnitřní transhepatální drenáž žluče (Černoch, 2008).

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a fyziologie žlučových cest

Žlučové cesty dělíme na intrahepatické (uvnitř jater) a extrahepatické (mimojaterní). Intrahepatické žlučové cesty začínají od žlučových kapilár přes mezery v trámčích a interlobulární žlučovody postupně až do porta hepatis. Extrahepatické žlučové cesty začínají v porta hepatis jako pravý a levý vývod jaterní (*ductus hepaticus dexter et sinister*). Po svém soutoku vzniká společný vývod jaterní (*ductus hepaticus communis*) dlouhý asi 2-4 cm, který se dále spojuje s vývodem žlučníku (*ductus cysticus*). Žlučovod (*ductus choledochus*) je uložen před *vena portae* a vpravo od *arteria hepatica*, je dlouhý kolem 8cm a odvádí žluč do sestupné části dvanáctníku, kde ústí společně s hlavním vývodem pankreatu (*ductus Wirsungi*) na Vaterské papile. (Elišková, 2009).

Ústí žlučových cest ovládá svěrkový aparát, tzv. Oddiho svěrač. Uzávěr, jehož svalovina je součástí svaloviny dvanáctníku a svým napětím reguluje přítok žluče do duodena (Dylevský, 2009).

Funkce žlučových cest

Jaterní buňky vytvoří žluč, která se dostává pomocí žlučových cest do střeva. V pochodu trávení má žluč důležitou úlohu v emulgaci tuků. Při nepřítomnosti žlučových kyselin ve střevě se nemohou vstřebávat také v tucích rozpustné vitamíny A, D, E, K. Žluč napomáhá taky ke vstřebávání vápníku (Hoch, 2011). Oba žlučovody se těsně pod spodní plochou jater spojují do společného jaterního vývodu. Do něho vyúsťuje žlučník. Žlučník funguje jako rezervoár žluči, která je vypuzována ze žlučníku do žlučových cest po vstupu žaludečního chymu do horní části duodena. Tok žluči v žlučovodech je pod vlivem intraduktálního tlaku. Aby se žluč ze žlučníku dostala do duodena společně s chymem a pankreatickými trávicími působkami, musí dojít současně s kontrakcí žlučníku k relaxaci svaloviny Oddiho svěrače (Lata, 2010).

1.1.1 Nádory žlučových cest

Nádory žlučových cest patří mezi vzácné malignity, jsou provázeny rychlou progresí onemocnění a velmi nepříznivou prognózou. Nádory jsou nejčastější u osob ve věkové skupině 50-70 let. (Jirásek, 2002).

Příčiny, které se podílí pravděpodobně na vzniku karcinomu žlučových cest, jsou kancerogeny ze zevního prostředí a genetická zátěž. Mezi patologické stavy, které jsou asociovány se zvýšeným výskytem karcinomů žlučových cest, patří především sklerotizující cholangitida a vzácné dědičné postižení intrahepatálních žlučových cest Caroliho choroba (Navrátil, 2008).

Rizikové faktory pro vznik karcinomu jsou spojeny s jednotlivými částmi žlučového stromu. Tendence vzestupu nádorů žlučových cest se projevuje v pozdním věku. Výjimkou je embryonální rhabdomyosarkom, který se nachází pouze v dětském věku (Kala, 2009).

Obstrukce žlučových cest se mohou projevit i při nádorech jiných orgánů. Přímo cestou se šíří do žlučových cest nádory pankreatu, duodena, žaludku nebo tlustého střeva, ale i lymfadenomegalie hilových uzlin, např. u lymfomů. Existují případy metastáz karcinomů ovaria, prsu nebo tlustého střeva obturující žlučovody (Lukáš, 2003).

Konkrétní prevence rakoviny žlučových cest není známá. Doporučit lze zdravé stravování, zákaz kouření a dostatek pohybu. To jsou však spíše jen obecná doporučení pro prevenci nádorových onemocnění (Lukáš, 2005). Dále se doporučuje pravidelné vyšetřování pacientů s primární sklerozující cholangitidou ERCP a vyšetřování kartáčového stěru ze žlučovodů, pravidelné sledování hladiny Ca 19-9 (Ehrmann, 2010).

Benigní nádory žlučových cest

Jedná se o nádory, které jsou extrémně vzácné a jsou i vzácně diagnostikovány. Jde o nejčastější papilom. Papilom, polyploidní nádor, který je malý, měkký a vaskularizovaný a vyskytuje se nejčastěji. Nález se vyskytuje ojedinelé nebo na více místech. Postiženým místem je lumen společného žlučovodu. Adenom je tuhý,

ohraničený. Vyskytuje se kdekoli ve žlučovém stromu. Ostatní novotvary, jako je fibrom, lipom, adenofibrom, leiomyom a neurinom, se vyskytují velice vzácně.

Benigní nádory mohou ohrožovat nemocného pouze tím, že svým zvětšováním objemu utlačují důležitou strukturu. Nešíří se dál do těla ani neprodukují žádné škodlivé látky (Navrátil, 2008).

Maligní nádory žlučových cest

Maligní nádory jsou zastoupeny primárními karcinomy žlučových cest. Tumory se šíří infiltrativně v submukóze, někdy současně na několika místech. Rychle dochází k uzávěru žlučodů, objeví se jizvení. Nad stenózou dochází k dilataci žlučových cest, přidružuje se infekce a sekundární změny jaterní cholestázy. Nádor může prorůst do jater a okolních orgánů, prvé metastázy zakládá obvykle pozdě (játra, plíce). Dělíme je na nádory intrahepatální, perihilární, distální extrahepatální a ampulom. Perihilární tumory žlučových cest jsou klasifikovány podle Bismutha na typ I-IV. Typ I jsou nádory distálně pod konfluens obou hlavních jaterních žlučodů, typ II nádory zasahující konfluens obou jaterních žlučodů, typ IIIa postihuje společný a pravý jaterní žlučovod, typ IIIb společný a levý jaterní žlučovod. Typ IV zahrnuje nádory postihující konfluens a oba hlavní jaterní žlučovody nebo multicentrické nádory (Novák, 2011).

Predilakčním místem výskytu primárního cholangiokarcinomu je oblast bifurkace žlučovodu. První zprávu o lokalizaci cholangiokarcinomu podal v roce 1965 Klatskin. Klatskinův tumor (viz.příloha 3), který vzniká v místě, kde se pravý a levý žlučovod spojuje v jeden společný (v tzv. ductus choledochus) (Jirásek, 2002).

Speciálním podtypem je ampulom. To je nádor, který vzniká ze společného žlučovodu v místě, kde vyústí do tenkého střeva (Vaterská papila) (Jirásek, 2002).

Pokud je nádor omezen na jeden z hepatiků, nemusí vyvolat kompletní obstrukci a ikterus může chybět. Méně často postihuje choledochus. Lokální i vzdálené metastázy (v játrech, žlučníku, peritoneu, abdominálních uzlinách, bránici) jsou zjišťovány jen u poloviny nemocných. Rozlišujeme formu infiltrující, nodulární a papilární. Nodulární

forma má nejlepší prognózu, je však méně častá. Histologicky jde většinou o mucin sekretující adenokarcinom (Mourek, 2005).

Karcinom Vaterské papily

Jde o měkký tumor, polyploidního tvaru. Prorůstá do okolních struktur a způsobuje stenózu žlučových cest. Dochází k dilataci žlučovodu, distenzi a plnění žlučníku a k uzávěru hlavního pankreatického vývodu. Mezi hlavní obtíže patří pomalu rozvíjející se ikterus, svědění kůže, cholestáza a bolest. Bolest vystřeluje do zad, zhoršuje se jídlem a v noci. Karcinom postihuje obě pohlaví, ale muže častěji. Objevuje se ve věku 55 až 75 let. Má nízký stupeň malignity a roste pomalu. Prognóza je dobrá (Mourek, 2005).

1.1.2 Klinický obraz onemocnění

Karcinomy žlučových cest jsou 2-3-krát častější u mužů než u žen. Vyvíjejí se ve vyšším věku, kolem konce 6. a v 7. dekadě. V anamnéze pátráme po ulcerózní kolitidě a primární sklerozující cholangitidě. Někdy předchází nechutenství a pokles hmotnosti delší dobu před klinickou manifestací. Tou je obvykle obstrukční ikterus (viz.příloha 1), který pomalu plynule narůstá. Obvykle vzniká bez bolesti. Moč je tmavá, stolice odbarvená, přidružuje se malabsorpce s průjmem a steatoreou s následnou kachektizací. Není vztah mezi ikterem a stadiem onemocnění, neboť žloutenka může být časná z obstrukce stejně jako pozdní z metastáz. Svědění upozorní na cholestatický typ ikteru. Později se přidruží běžné komplikace obstrukce jako cholangitida se svými komplikacemi. V objektivním nálezu dominuje ikterus a hepatomegalie. Při postižení žlučovodu pod vyústěním duktus cystikus může být hmatný napjatý, nebolestivý žlučník (Jirásek, 2002).

1.2 TNM klasiřkace nádorů žlučových cest

Staging je určení rozsahu nádoru. Ke stagingu se používá celá řada systémů. Nejřkventovanější je systém TNM. TNM systém slouží k jednoduchému popisu rozsahu nádoru a určení stádia onemocnění. Stádium onemocnění je pak jedním z

kritérií, podle kterých se lékař rozhoduje při volbě léčby. TNM systém není univerzální, ale pro každou nádorovou lokalizaci je vypracován vlastní systém.

TNM se určuje na základě klinického vyšetření (vyšetření lékařem + zobrazovací vyšetření), v tom případě může být před každým symbolem písmeno "c" (cT, cN, cM). Pokud klasifikaci provádí patolog na základě vyšetření nádoru (a okolních tkání) odebraných při operaci, je to označeno písmenem "p" (pT, pN, pM). Klinická a patologická klasifikace se může lišit. V některých případech může být použito podrobnější dělení (T1a, T1b apod.) Významy kategorií T, N a M.:

T popisuje rozsah nádoru, a to buď jeho velikost, nebo vztah k okolním strukturám. Tis = karcinoma in situ, T0 = nádor není přítomen, TX = nelze klasifikovat N popisuje postižení regionálních lymfatických uzlin a rozsah takového postižení (dle lokalizace uzlin, vzájemném vztahu – uzliny mohou být volné, nebo vzájemně srostlé apod., či vztahu k okolí).

M popisuje přítomnost (M1) či nepřítomnost (M0) vzdálených metastáz. MX = nelze klasifikovat.

Stádium: kombinace různých hodnot T, N a M mají mnoho možností. Z praktických důvodů se volí dělení onemocnění do 4 stádií. Stádium onemocnění je jedním z parametrů, na základě kterých lékař volí nejvhodnější léčbu (Petruželka, 2003., Novák, 2011).

Perihilární tumory žlučových cest se určují podle Bismutha a Klatskina na typ I-IV. Typ I jsou nádory distálně pod konfluens obou hlavních jaterních žlučovodů, typ II nádory zasahující konfluens obou jaterních žlučovodů, typ IIIa postihuje společný a pravý jaterní žlučovod, typ IIIb společný a levý jaterní žlučovod. Typ IV zahrnuje nádory postihující konfluens a oba hlavní jaterní žlučovody nebo multicentrické nádory. Staging je mírně odlišný pro jednotlivé typy nádorů žlučových cest.

Obecně stadiu 0 odpovídá carcinoma in situ, toto stadium není definováno pro intrahepatální cholangiokarcinom. Nádory limitované na sliznici a svalovou vrstvu žlučovodu jsou popisovány jako stadium I. Stadiu II odpovídají nádory s lokální invazí. Stadium III jsou nádory s metastázami do regionálních a hepatoduodenálních uzlin nebo s šířením do okolních struktur, stadium IV potom nádory s šířením do jater,

okolních orgánů, se vzdálenými metastázami nebo postižením peripankreatických, periduodenálních, periportálních, celiakálních nebo mezenterických uzlin (Novák, 2011., Černoch, 2008).

1.3 Diagnostika

Pro diagnózu je důležité zjištění obtíží nemocného a dále pak pohmatové vyšetření břicha. Nádorová hmota se dá někdy i nahmátnout (Nejedlá, 2006).

Ideálním zobrazovacím vyšetřením je ultrazvuk břicha, či pro lepší znázornění a zhodnocení rozsahu nádoru i CT břicha (Lukáš, 2005).

Pro určení hladiny bilirubinu a jaterních testů a dalších laboratorních ukazatelů je nezbytný odběr krve. Diagnostika se opírá o laboratorní známky ikterické nebo anikterické cholestázy. Antimitochondriální protilátky nejsou přítomny a alfa-fetoprotein se nezvyšuje. Přesnější je stanovení hladiny Ca 19-9 v kombinaci s karcinoembryonálním antigenem. Ca 19-9 bývá také používán jako marker efektu léčby a relapsu nádorového onemocnění. Může být i výrazná anémie (Sherlock, 2004). Neinvazivní vyšetřovací metody (RTG, USG, CT, MR, EUS) zobrazí nádor, určí jeho velikost i vztah k okolním orgánům. Avšak nejspolehlivějšími diagnostickými metodami jsou ERCP nebo PTC (Černoch, 2008).

Cholangiogram znázorní stenózy žlučových cest v typické lokalizaci, případně se suprastenotickou dilatací žlučovodů. Z cholangiografického obrazu je však velmi obtížné odlišit podobné změny u nemocných s AIDS a především s primární sklerozující cholangitidou. ERCP umožňuje odběr vzorků k cytologickému a histologickému průkazu onemocnění. Maligní buňky mohou být zachyceny v 60-70 % případů (Černoch, 2008).

V léčbě těchto nádorů byl zaznamenán díky včasné diagnostice a operační technice výrazný pokrok. Resekabilita se zvýšila z 10 na 40 % a roční přežití po kurativní resekci dosahuje 70 % operovaných (Černoch, 2008).

U neoperabilních pacientů je na prvním místě endoskopická paliace. Pokud se kombinuje s perkutánním transhepatálním přístupem, tzv. vstřícnou metodou (rendez-

vous), je úspěšnost až 90 %. V případě selhání retrográdního postupu je PTC zavedení stentů stejně efektivní (Kala, 2009).

1.3.1 ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie)

ERCP (viz. příloha 2) je kombinované endoskopické a rentgenové vyšetření, které se provádí nejen k zobrazení žlučového systému a slinivky břišní, ale i k následné terapii, pokud je třeba. Je to miniinvazivní metoda tj. metoda s minimálním průnikem, zákrokem, která často nahradí náročnou nitrobřišní operaci.

Duodenoskop je zaveden do duodena, následně se lokalizuje Vaterova papila, kde ústí do duodena extrahepatální vývod žlučových cest a pankreatický vývod. Tyto vývody se nasondují jemnou kanylou a nástřikem rtg kontrastní látky se na monitoru rtg přístroje zobrazí extrahepatální žlučovod a další žlučové cesty i pankreatický vývod. Ve své diagnostické roli je ERCP dnes již nahrazeno především EUS a MRCP, zatím co v terapii nemocí žlučových cest má nezastupitelné místo (Sovová, 2012).

ERCP je kombinovaná vyšetřovací a léčebná metoda.. Současně lze při vyšetření provádět i některé intervenční výkony – papilotomie, extrakce kamenů, zavedení drénu, odběr histologických vzorků apod. (Ehrmann, 2010).

1.3.2 Úloha sestry při ERCP

Zvláštním druhem endoskopických vyšetření je ERCP tj. retrográdní cholangiopankreatikografie (Lukáš, 2005).

Příprava nemocného před ERCP

Diagnostickou i terapeutickou ERCP lze provést pouze za hospitalizace. Nemocný od půlnoci lační, cca 8 hod. před výkonem nepije, pouze léky může zapít malým množstvím tekutiny (vyloučen je inzulin a PAD) a nekouří. Sestra tekutiny nahrazuje infuzemi ordinovanými lékařem. Důsledně poučí nemocného o příjmu per os před výkonem a po výkonu. Sestra zajistí periferní žílu kanylu. Aplikuje antibiotika dle ordinace lékaře. U diabetika aplikuje glukózu s inzulinem v infuzích, kontroluje

pravidelně glykémie glukometrem. Upozorní nemocného o vynětí a úschově zubní snímatelné náhrady. K výkonu posílá žádanku a celý chorobopis. Nemocný podepisuje informovaný souhlas s výkonem. Před výkonem musí nemocný podstoupit všechna potřebná interní vyšetření. Navíc sestra musí odebrat krev na stanovení amyláz, lipáz, AST (aspartataminotransferasa), ALT (alaninaminotransferasa) dle zvyklostí nemocnic. Při samotném vyšetření jsou použity RTG paprsky, které pro lidský organismus představují zátěž, proto je důležité u pacientek vyloučit graviditu kvůli vlivu na plod (Šafránková, 2006).

ERCP vyšetření je náročný na psychiku pacienta, protože je oproti jiným endoskopickým vyšetřením bolestivější. Je zde kladen velký důraz na psychickou přípravu (Novotná, 2007)).

ERCP vyšetření by mělo být prováděno spíše ráno než odpoledne, protože během dne se v žaludku nashromáždí více tekutin (Dítě, 2005).

Anestezie je při tomto vyšetření moc důležitá. Využívá se účinek sedativní a analgetický, protože při zjištění patologického nálezu se rovnou provádí terapeutické úkony. Celková anestézie se využívá jen v ojedinělých případech (Kapounová, 2007).

Před a po celou dobu vyšetření sestra pomáhá nemocnému zaujímat správnou polohu, a to na levém boku vzhledem k anatomii lidského těla. Do úst mu vloží náustek. Dále lékaři asistuje a kontroluje stav nemocného. Mezi úkoly sestry patří příprava všech pomůcek spojených s ERCP vyšetřením (ochranné prostředky, endoskop, předměty pro anestezii, zkumavky) a zajištění žilní kanyly. Dále sestra zabezpečí transport na endoskopický sálek. Tento sálek se liší od sálků, kde se provádějí jiné endoskopické úkony, protože se zde navíc nachází speciální RTG zařízení. Důležitou součástí především ERCP sálků je i resuscitační vozík, který by měl obsahovat léky dle nemocničních předpisů. U ERCP vyšetření endoskop prochází přes Vaterovu papilu, která ústí do dvanáctníku, dále do žlučových cest a pankreatu. Do endoskopu procházející Vaterovou papilou je vsunuta speciální kanyla, kterou pak sestra vpravuje kontrastní látku. Je nutné dbát na to, aby v ní nebyly přítomny žádné bubliny vzduchu, mohlo by totiž dojít k roztažení dutin a navíc by mohly být RTG snímky znehodnoceny. Poté lékař s pomocí sestry provádí nástřiky vývodných cest a sleduje jejich stav na

monitoru, který snímkuje cesty prostřednictvím RTG paprsků. Při tomto vyšetření by měl být přítomen ještě radiologický asistent (Dítě, 2005; Mikšová, 2006).

RTG snímky lékař vyhodnotí a určí diagnózu (např. cholelitiáza, choledocholitiáza, nádory a stenózy žlučových vývodů, icterus nejasného původu). Při zjištění patologického nálezu lze při samotném vyšetření ihned provést příslušný operační výkon (Lukáš, 2005).

Péče o nemocného po ERCP

Nemocný, který podstoupil ERCP vyšetření, je většinou ještě po dobu 24 hodin na lůžku kvůli kontrole zdravotního stavu. Nemocný zachovává klid na lůžku až do večerní kontroly lékařem. Sestra sleduje důležité životní funkce a následně se vše zapisuje do dokumentace. Dále sestra kontroluje bolest nemocného, v případě, že nemocný udává bolest tak sestra vše hlásí lékaři a dle ordinace lékaře sestra podává analgetika. Dále sleduje odchod stolice a plynů a případné jiné změny v oblasti zažívacího traktu (Mikšová, 2006; Šafránková, 2006).

Večer (cca v 16:30 hod.) provádí sestra kontrolní odběr krve a moče na stanovení hodnot amyláz a lipáz, CRP a krevního obrazu. Pak lékař mající službu zhodnotí laboratorní výsledky krve, seznámí se s nálezem ERCP a dále dle stavu nemocného rozhodne o dalším postupu. V případě, že ERCP byla prováděna jako diagnostický výkon, laboratorní výsledky jsou v rámci normy a nemocný nemá žádné potíže, lékař může večer povolit čaj po doušcích. V opačném případě má nemocný nadále tekutiny nepovoleny a dostává infuze. Další den ráno opět sestra provede odběry dle ordinace nejčastěji jaterní testy vč. AMS a LPS, CRP a KO a podle laboratorních výsledků a stavu může lékař povolit dietu 4S u diabetiků 9S. Jestliže nemocný dietu toleruje a je bez obtíží, často je možné propuštění do domácího ošetřování. O postupu rehydratace a realimentace musí být nemocný neustále informován lékařem i sestrou. Sestra musí být rovněž dobře informována, kdy a v kterou dobu může nebo nemůže nemocný pít a jíst. O realimentaci vždy rozhoduje jenom lékař. Nevyskytují-li se po úkonu u nemocného žádné komplikace, může jít po 24 hodinách domů v doprovodu jiné osoby (Zavoral, 2007).

1.4 Léčba

Záleží na velikosti, místě a rozšíření nádoru. V léčbě spolupracují chirurgové, onkologové a eventuálně i interní lékaři. O nechirurgické léčbě se uvažuje u nemocných, jejichž celkový stav není schopen chirurgického zákroku, či je chirurgická léčba kontraindikována pro pokročilost nádoru (Vorlíček, 2004).

Postup léčby závisí na výskytu postižení a na přítomnosti obstrukční žloutenky. Pokud to stav nemocného dovolí a anatomické poměry jsou příznivé, provádí se radikální chirurgické řešení. Nádory hilu jsou obvykle neresekovatelné, pak zbývá zajistit výkony paliativní, jako jsou anastomózy, drenáže a stenty. Nádory střední a dolní části žlučových cest jsou často řešitelné resekci a rekonstrukcí. Řešeny jsou rozsáhlým výkonem duodenopankreatektomií. I zde se v případě neúspěchu používají výkony paliativní. Nelze je podceňovat, stejně jako léčbu symptomatickou, neboť mohou podstatně zlepšit kvalitu života nemocného (Jirásek, 2002).

1.4.1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba byla prakticky jedinou léčebnou metodou na počátku století, postupně doplňovanou ozařováním. I dnes náleží chirurgické léčbě významné místo. Její význam byl posílen zdokonalením operační techniky. Značný význam má i chirurgie paliativní, zmírňující obtíže nemocného. Nověji se v onkologii stále více uplatňuje i chirurgie rekonstrukční, jejímž cílem je upravit defekty způsobené radikální protinádorovou léčbou (Hoch, 2011).

Hlavním cílem chirurgické léčby je odstranění tumoru a obnovení drenáže žluči. Odstranění tumoru může být úplná tj. kurativní resekce nebo neúplná tj. paliativní. Jedinou možností léčby, která umožňuje přežití nemocného, je radikální odstranění zhoubného ložiska, ale bohužel většina nádorů žlučových cest je v době stanovení diagnózy inoperabilní. Rozsah výkonu závisí na důkladném provedení předoperačního stagingu, tedy lokálního šíření, prorůstání do okolních orgánů a přítomnosti metastáz. Chirurgická léčba u nemocného s tumorem žlučových cest se indikuje po zvážení chirurgického výkonu. Důležitou součástí indikace jsou výsledky zobrazovacích a

laboratorních vyšetření. Při indikaci se rozhoduje nejen o rozsahu nádoru a provedení chirurgického zákroku, ale myslí se i na celkový stav nemocného. V případě, že tumor je neoperabilní, nebo se jedná o metastázy, volí se chemoterapie, radioterapie, kombinace obou nebo se volí sledování bez onkologické léčby (Hoch, 2011).

1.4.2 Radioterapie

Přínos radioterapie není přesvědčivý. Může být využita jako paliativní léčba u neresekovatelných tumorů, v podobě externí nebo interní radioterapie, případně jako adjuvantní léčba po chirurgické resekci (Nekuda, 2005).

Při radioterapii se aplikují zářiče přímo do tkání. Ke kurativní nebo paliativní léčbě nádorových onemocnění je nezbytnost potřeby vysokoenergetických zdrojů záření, které aplikují vysokou dávku záření i na nádory uložené v hloubce, kdy se omezuje riziko poškození zdravých tkání. Malý účinek a nežádoucí účinky na sousední orgány jsou průvodními účinky zevní terapie. Zevní radioterapie je používána jako paliativní metoda, buď samostatně, nebo v kombinaci s chemoterapií 5-fluorouracilem, s cílem uvolnění bolesti, popř. cholestázy. Někdy je používána jako adjuvantní metoda u pacientů po resekci, zejména s pozitivitou okrajů resekatu, nebo u pacientů po zavedení stentu. Může být použita v kombinaci s podáním 5-fluorouracilu nebo transkatérovou brachyterapií. Výsledky studií hodnotící vliv této léčby na prognózu pacientů jsou rozporné. Kombinuje se s chemoterapií, která zesiluje léčbu, ale taky vyvolává nežádoucí účinky. Využití této kombinace se aplikuje po úplném odstranění nádoru, nebo se využívá jako léčebná metoda pro neoperabilní tumor (Petruželka, 2003).

Naopak metoda, která nemá doprovodní nežádoucí účinky na sousední orgány je brachyterapie. U brachyterapii se využívají k ozařování drobné zdroje umístěné v těle nemocného. Aplikuje se i s cílem zabránit zarůstání konců stentu tumorem. Externí radioterapie je používána jako paliativní metoda, s cílem uvolnění bolesti, popř. cholestázy (Petruželka, 2003).

1.4.3 Chemoterapie

Současná chemoterapie nezlepšuje přežití nemocných s nádory žlučových cest. Tumor žlučových cest je vzácným typem, na který různé kombinace cytostatik mají malé účinky. Chemoterapií jsou špatně léčitelné, a proto se musí rozhodovat, zda pro konkrétního nemocného je nasazení léčby vhodné. Nežádoucí účinky mnohdy více zatěžují nemocného, než jeho základní onemocnění (Vorlíček, 2004).

Cholangiocelulární nádory lze rozdělit na karcinomy žlučníku, vnitrojáterních žlučových cest a karcinomy vnějšího játerního úseku žlučového. Léčebné možnosti jsou dány v tomto případě především lokalizací a anatomickým rozsahem, protože účinná chemoterapie ani jiná léčba prakticky neexistují. Nádory žlučových cest na sebe mohou upozornit poměrně brzy žlučovými kameny. Výsledky chirurgické léčby se liší podle výše uložení tumoru. Pokročilejší případy jsou však řešitelné pouze paliativně. Chemoterapie je málo účinná (Černoch, 2008).

Menší nádory lze chirurgicky odstranit, jinak je k dispozici chemoterapie. Nejde-li již nádor vyléčit, je nutné alespoň zajistit odtok žluči. V takovém případě nastoupí na scénu gastroenterologové a provedou ERCP a zavedou T-drén umožňující odtok žluči. V případě, že to není možné, mohou lékaři zvenku přes stěnu břišní nabodnout žlučové cesty, zavést do nich drén a umožnit odtok žluči touto cestou.

1.4.4 Drenáž žlučových cest

ERCP používá retrográdní přístup, tj. z duodena přes Vaterovu papilu do žlučových cest, tj. proti směru toku žluče; u PTD hovoříme o přístupu prográdním, tzn. po směru toku žluče z jater do duodena. Na PTC navazuje téměř vždy léčebný výkon – PTD, kdy jsou drénovány žlučové cesty při jejich kompletním uzávěru. Transhepatální cestou lze také zavést stent, který udržuje průchodnost žlučových cest. Nejčastějšími indikacemi PTD jsou zhoubné nádory žlučových cest a podjáterní krajiny, kdy výkon pacientovi sice neprodlouží život, ale zlepšuje jeho kvalitu, tj. má jen paliativní význam.

PTD perkutánní transthepatická drenáž je výkon cílený k zprůchodnění žlučových cest. Výkon se provádí v případě, kdy chirurgický výkon nebo endoskopická drenáž

není možná, výkon je pro pacienta méně rizikový než předešle zmíněné, nebo kdy při řešení daného problému je tento přístup nevyhnutelný (Skalický, 2011).

PTD zevní drenáž (viz. příloha 5) - vpichem vedeným přes kůži do jater se napichne intrahepatální žlučovod. Aplikuje se tedy kontrastní látka pod skiaskopickou kontrolou. Zavádí se drén pomocí jehly přes kůži a přes játra do rozšířených žlučových cest. Drén po výkonu odvádí všechnu produkovanou žluč do zevního sáčku. U nemocného dochází k postupné úpravě jaterních funkcí a parametrů. Ikterus ustupuje. Z dlouhodobého hlediska však pro ztráty žlučových kyselin (s následkem ztráty iontů a malabsorbce u nemocného) tento stav není vyhovující. Proto do týdne provádíme další výkon u nemocného, kdy zevní drén je nahrazen zevně vnitřním drénem. Do dalšího výkonu se zevní drén neproplachuje (Kala, 2009).

Zevně vnitřní drenáž (Z-V drenáž) (viz. příloha 4) - zavedení speciálního T-drénu s otvory, který funguje jako přemostění překážky, a žluč tak může odcházet přirozenou cestou do duodena. V průběhu výkonu se aplikuje jodová kontrastní látka velmi tenkou jehlou přímo do žlučových cest přes tkáň jater. Místo vpichu je místně znecitlivěno. Jodovou kontrastní látkou se zobrazí žlučové cesty, místo překážky. Dál přes tenkou jehlu se zavede do jater vodič šíře jen 0,018 mm. Pro bezpečné zajištění žlučových cest tímto vodičem přístupovou cestu se rozšíří na 3mm a pomocí vodičů standardní šíře 0,035inch se pokouší překonat překážku. Po překonání překážky a po bezpečném uložení vodiče do dvanáctníku, se zavede zevně/vnitřní drén. Plastový drén je opatřen otvory jednak v části uložených v játrech a dál v dvanácterníku. Tímto drénem pak může žluč z jater odtékat volně do dvanácterníku. Po výkonu zůstává pacientovy na kůži část drénu dlouhá 5-10cm. Slouží jako přístupová cesta k dalším výkonům (výměna drénu, odběr vzorků ze žlučových cest, zavedení stentu) a zejména k proplachům drénu (Černocho, 2008).

V případě, že je u nemocného prokázána překážka žlučových cest způsobená zhoubným novotvarem, je možné nahradit zevně-vnitřní drenáž stentem. Stent se zavede do žlučových cest cestou, kterou je zavedený zevně – vnitřní drén. Při standardní analgosedaci není výkon pro nemocného bolestivý (Sedmík, 2005).

Stent (endoprotéza) je z kovových drátů spletená nebo jinak vyrobená protéza. Vyznačuje se svou pružností a se samoroztažitelnou konstrukcí, která je trvalým přemostěním překážky, její odstranění je obtížné. Zavádí se pouze do míst, kde je uchován minimální průsvit zúženého vývodu. (Sedmík, 2005).

Zavádění endoprotéz (stentů) je možné i během operace nebo endoskopicky. Stent se zavádí v délce přesahující rozsah zúžení žlučových cest. Šíře stentu při zavedení nepřesahuje 4mm. Po uvolnění se stent samovolně roztahuje až na šířku 10mm, tímto je vytvořen dostatečně velký otvor pro volný odtok žluče do dvanácterníku. Po zavedení stentu je v žlučových cestách ponechána velmi tenká zajišťovací cévka. Slouží jako zabezpečení žlučových cest po zavedení stentu a to po dobu, než je stent úplně rozvinutý a nejsou známky nefunkčnosti stentu. Zpravidla tato doba nepřesahuje tři týdny. Kůže na povrchu se kolem cévky postupně zatahuje. V případě, že není zjištěna komplikace, zajišťovací cévku ze žlučových cest odstraňujeme; ve žlučových cestách zůstává jen kovová mřížka – stent. Kůže na povrchu se zcela zatáhne. Dále již není potřeba další péče o stent. Po 6 týdnech může nemocný podstoupit vyšetření magnetickou rezonancí. Vzhledem k povaze onemocnění je nutné kontrolovat hladinu žlučových kyselin v krvi a jaterní testy minimálně každý měsíc, i v případě kdy nemocného klinický stav bude dobrý (Černoch, 2008).

Navazujícím výkonem po zavedení stentů může být brachyterapie – ozařování pacienta přes žlučové cesty. Působení záření může zabránit nefunkčnosti drénu nebo onemocnění zpomalit. O indikacích brachyterapie nemocného informuje ošetřující lékař.

Komplikace

Uvolnění stentu: velmi zřídka může dojít k uvolnění stentu z místa překážky – řešením je opětovná drenáž se zavedením nového stentu. Z důvodu minimalizace rizika uvolnění stentu máte zavedenou zajišťovací cévku 3 týdny po výkonu. Uzavření stentu: k uzavření stentu může dojít v průběhu životnosti stentu (u většiny pacientů až po době delší než 6 měsíců od zavedení) prorůstáním mřížky stentu sliznicí, jako reakce tkáně na cizorodý materiál (Nekuda, 2005).

Sledování po ukončení léčby

Průchodnost žlučových cest po zavedení drenáže se kontroluje rentgenem. Kontroluje se uložení a stav rozšíření žlučvodů ultrazvukem a v případě poškození okolních orgánů se provádí CT. Pravidelně se sleduje množství vylučované žluče, kontrolují laboratorní hodnoty z náběrů krve (Nekuda, 2005).

1.4.5 Paliativní péče

Život nemocného s nádorovým onemocněním není jednoduchý. Spolu se zdravotními problémy se nemocný často setkává se sociálními obtížemi např. v zaměstnání, v rodině nebo při běžných denních aktivitách. Ošetřující sestra a ostatní zdravotnický personál může nemocnému poradit s denním režimem, pracovním vytížením. Nezastupitelnou roli mají také sociální pracovníci a psychologové, kteří jsou v mnohém velmi nápomocí nejen nemocnému, ale také jeho rodinným příslušníkům. Nemocný je nedílnou součástí rodiny. Velkou podporou nemocného jsou hlavně rodina a přátelé. Nepostradatelnou součástí by měly být pro nemocného taky různé skupiny a společnosti sdružující onkologické nemocné. Pro věřící je jistě velmi důležitá pomoc duchovního (Marková, 2010).

Podíl sestry v ošetrovatelské péči o trpící nemocné

Setkat se s utrpením pacienta je jedna z nejnáročnějších situací, s kterou se sestra může konfrontovat. Důležitým cílem její práce a péče o nemocného je zajistit kvalitu života při naplnění jeho opodstatněných potřeb a přání. Sestra respektuje práva nemocného, a tím udržuje jeho pocit jistoty, důstojnosti, sebeúcty a snaží se ho zbavit strachu a depresí. V ošetrovatelské péči o trpícího nemocného je důležité držet se určitých zásad. Sestra a ošetřující personál musí být upřímní a autentičtí, nesmí skrývat nejistotu a bolest. Vnímání a respektování přání pacienta je nedílnou součástí jejich péče. Zkušená sestra pacienta vnímá, naslouchá mu a vyjádří pochopení celé situaci, detekuje, zda pacient žádá blízkost nebo odstup. Správně odhaduje, jak moc si přeje nemocný komunikovat nebo jen naslouchat a vyjádřit pochopení, nebo jen mlčet s

nadějí a nechat „mluvit“ symboly. Hlavním cílem sestry je umožnit trpícímu, aby se zbavil pocitu osamělosti, strachu a deprese. Nepřetržitě udržovat v nemocném pocit jistoty, sebedůvěry, důstojnosti a sebeúcty. Důležitý význam má povzbuzování naděje v duchovní dimenzi, i ta totiž pomáhá nemocnému při akceptování vlastní ztráty (Marková, 2010).

Sestra svou pozornost nezaměřuje nejen na izolovanou funkci jednotlivých orgánů, ale bere na vědomí pacientovy city a emoce, prostředí, ze kterého nemoc vychází, duševní projevy. V péči o nemocného přistupuje holisticky - komplexně a zvažuje propojení a souvislosti několika důležitých léčebných postupů a metod. Hledání příčin vzniku nemoci nebo chorobného stavu tomu samozřejmě předchází. Už zde dochází k propojení moderních lékařských metod a metod holistických. Každý člověk je individualita a má své charakteristické vlastnosti, potřeby a postoje, liší se pouze přístup ke každému člověku. Jedině společné nebo podobné, je důležitá prevence vzniku nemoci a hledání příčin, které ovlivňují zdraví člověka.

Léčba bolesti

Léčení bolesti u nemocných s maligním nádorem je důležitou součástí podpůrné léčby, která bývá často podceňována. Proto je primárním úkolem sestry bolest správně monitorovat, hodnotit, obhajovat nemocného zájem a snažit se, aby bolest všech nemocných byla správně léčena. Bolest bývá doprovázená pocitem úzkosti, strachu a deprese. Bolest je subjektivní vždy, když nemocný říká, že ho něco bolí. Někteří nemocní se někdy mylně domnívají, že jejich bolest je nevléčitelná. Bolest je většinou odstranitelná použitím správného léku, správné dávky a aplikuje-li se na správné místo. Nevhodně léčená nebo neléčená bolest negativně ovlivňuje život nemocného, všech jeho blízkých, ničí partnerské vztahy, omezuje životní aktivity. Sestra rozpoznává faktory způsobující bolest, které ji negativně ovlivňují. Sestra by měla obhajovat zájem nemocného a postarat o to, aby byla bolest vždy správně léčena (Marková, 2010).

Sestra bolest monitoruje v pravidelných intervalech a získané informace zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. Snaží se používat vhodné dotazníkové

nástroje. Dobrá zkušenost je s používáním takzvaných deníků bolesti. V období bolesti sestra naslouchá nemocnému a dává nemocnému najevo, že má pro něj dostatek času. Ubezpečí ho, že má pro něj pochopení a že jí zajímá jeho sdělení. Dává prostor nemocnému bolest jednoduše popsat. Sestra nemocnému vždy jeho bolest věří. Vedle intenzity bolesti se ptá na lokalizaci, charakter bolesti, s čím je bolest spojená např. s pohybem, polohou, horší večer...., jak bolest ovlivňuje denní režim nemocného, spánek nebo chuť, co bolest ovlivňuje a jaké jsou předchozí zkušenosti nemocného s analgetickou léčbou. Dobré je, když se sestra zaměří na to, jaká je nemocného představa o možnostech ovlivnění bolesti, a ujistit ho o tom, že skoro každá bolest se dá zvládnout. (Trachtová, 2010).

Pro hodnocení bolesti sestra používá číselné škály od 0 do 10, kde 0 značí žádnou bolest a 10 nejhorší bolest. Nemocné neschopné se vyjádřit v číslech, používá sestra škálu sestavenou z šesti různých obličejů, od usměvavého po plačící (Marková, 2010).

Léčba dušnosti

Dušnost je charakterizována jako subjektivní pocit nedostatku vzduchu. Při stavu náhle vzniklé dušnosti je důležité, věnovat pozornost úzkosti nemocného a umět pracovat s úzkostí. Velký důraz klademe na zachování klidu, péči o psychickou pohodu a správné navázání kontaktu. Nemocný nesmí na sestře znát, že si s jeho potížemi neumí poradit. Sestra zachovává klid, verbálně ujistí nemocného, že udělá vše, co pomůže k jeho úlevě. Často pomůže proudící čerstvý vzduch otevřením okna, nebo použitím ventilátoru, který se umístí na noční stolek. Důležité je vědět zaujmout vhodnou polohu nemocného, pokud možno hlavně vsedě nebo vleže na pravém boku, použít dobré techniky, která nemocným s dušností přinese jednak úlevu a vědomí určité kontroly nad dušností. Jako symptomatická léčba u nemocných v terminálním stádiu je indikace a aplikace ovoidů namíste. (Marková, 2010).

Léčba je závislá na příčině dušnosti, na rychlosti rozvoje dušnosti, na hladině kyslíku v krvi, pokročilosti onemocnění a na psychickém stavu nemocného.

Potřeba hydratace

Podávání tekutin je znakem základního projevu péče o člověka. Nemocným s onkologickým onemocněním je nezbytnost dostatečný příjem tekutin zajistit. Při podání tekutin ústy je důležitý pitný režim a aktivní podávání tekutin. Nemocní mají spíše chuť na studené nápoje. Čaj odmítají a hodně vychlazená kola navíc pozitivně ovlivňuje nauzeu. U nemocných ležících sestra používá k podávání tekutin různé pomůcky jako kojenecké láhve s dudlíkem, hrníčky se sáčkem, láhve s vysouvacím uzávěrem a brčka. Sestra podává tekutiny pokud je to možné vsedě, aby nedošlo k aspiraci (Marková, 2010).

Nemocný ztrácí tělesné tekutiny v souvislosti se svým terminálním onemocněním, nebo následkem jeho léčby. Jde o nemocné s průjmami, zvracením, zvýšeným pocením, stomií, drenáží atd. Sestra sleduje a zaznamenává do dokumentace u nemocných příjem a zároveň i výdej tekutin. V případě, že nemocný není schopen příjmu tekutin ústy a následky dehydratace významně zhoršují kvalitu života nemocného, podílí se sestra na aplikaci tekutin parenterální cestou (Wilhelm, 2004).

Hygienická péče

Hygienickou péči řadíme mezi základní činnosti ošetrovatelské péče. Při příjmu sestra v rámci příjmové anamnézy zhodnotí i stav kůže. Hodnotí barvu kůže, kožní turgor, kožní tumor, léze, rány...otoky. Hodnotí celkový vzhled, hygienickou úroveň. Sestra postupuje individuálně a taktně. Úloha sestry v rámci hygienické péče se odvíjí od úrovně soběstačnosti nemocného (Trachtová, 2010).

Určení míry soběstačnosti v uspokojování potřeby hygieny bývá součástí většiny nástrojů pro objektivní hodnocení soběstačnosti nemocného, např. testu základních všedních činností tzv. Barthelové skóre (Vytejková, 2011).

Hygienická péče patří k nejosobnějším ošetrovatelským výkonům, proto sestra musí dbát na zachování intimity člověka. Během očisty si sestra všimá celkového stavu nemocného a může odhalit podstatné skutečnosti pro plánování péče jako např. kožní defekty, schopnost komunikace a spolupráce. Sleduje integritu a prokrvení kůže zejména v okluzích, stav sliznice ústní, stav vlasaté části hlavy a nehtů. Provádí denně

celkovou hygienu těla, doplněnou masáží a aplikací preventivních prostředků proti dekubitům. U nemocných se zvýšeným pocením, inkontinencí, zvracením, striemi, drény a kanylymi provádí sestra parciální hygienu znečištěných částí těla i několikrát denně. Při hygieně dodržuje stálou teplotu prostředí v kterém je hygiena prováděna. Vždy respektuje stud klienta při hygieně intimních částí, právo nemocného definovat své vlastní představy o hygienickém režimu, přání nemocného nejen se cítit dobře, ale i vypadat dobře (Doenges, 2001., Trachtová, 2010).

Potřeba výživy

Nechutenství je v paliativní péči častým příznakem protinádorové péče. Snížený příjem potravy při závažném onemocnění může být způsoben řadou příčin. Jeho následkem je malnutricie, kachexie, slabost a únava. Špatná výživa vede ke zhoršení průběhu onemocnění (Marková, 2010).

Sestra v prevenci malnutricie, poruchy metabolismu a vzniku dekubitů podává nutričně vyváženou stravu, kaloricky plnohodnotnou, čerstvě připravenou, esteticky upravenou stravu, kterou podává ve vhodných nádobách. Při sestavování dietní stravy zhodnotí sestra aktuální možnost klienta stravu řádně mechanicky zpracovat. V úvahu bere stav chrupu a vybavení polykacího reflexu. Podle zjištěného stavu volí vhodnou formu složení stravy. Stravu podává v takovém množství a frekvenci denně, která zohledňuje aktuální možnosti organismu nemocného stravu zpracovat. Podává dle doporučení menší množství stravy ve více dávkách. Před podáním mixované stravy nemocnému, sestra předloží stravu v původním upraveném stavu. Jídelníček má zabezpečit základní nutriční potřeby. Měl by obsahovat etnická jídla, oblíbené pokrmy a jídlo, které přináší nemocnému požitek. Sestra vede přesný záznam veškerého podávaného a zkonsumovaného jídla (Kohout, 2005)

V případě, že nemocný nemůže přijímat stravu obvyklou cestou, nebo strava není nutričně vyvážená, podává sestra nízkomolekulární přípravky enterálně sondou Parenterálně podává speciálně připravené energeticky hodnotné typy výživy ve formě roztoků (Marková, 2011., Kohout, 2005., Trachtová, 2010).

Potřeba uspokojování psychosociálních potřeb

Potřeba respektovat lidskou důstojnost se zařazuje do potřeb psychických. Důležitá je potřeba verbální i neverbální komunikace, potřeba pocitu bezpečí posilovaná důvěrou v doprovázející osoby (Trachtová, 2010).

Komunikace s onkologicky nemocným je velmi složitá a důležité je nikdy nelhat. Říct jen tolik, kolik chce nemocný slyšet. A jen tehdy, kdy to chce slyšet. Potřeba nezůstat sám v době onemocnění a umírání se zařazuje do potřeb sociálních. Nemocný touží trávit co nejvíce času se svými blízkými a přáteli. Usilovat o psychickou pohodu nemocného, by mělo být pro sestru samozřejmostí. Rozhovory, naslouchání, fyzický kontakt a přítomnost sestry má přinášet nemocnému maximální úlevu a vědomí, že není na všechno sám. Nesmí být nikdo oprávněn bránit nemocnému vyjádřit své skutečné pocity. Nechat dovolit nemocnému se vyplakat, protože má právo na pláč. Má možnost hovořit o strachu a o svých obavách. Stejně důležité je pro nemocného společné mlčení. Sestra respektuje důstojnost nemocného, respektuje ho takového jaký je. Posilování jeho pocitu bezpečí a jistoty hlavně tím, že mu nebude sestra lhát a bude respektovat jeho individualitu. Má motivovat nemocného k reálním cílům a posilovat tak jeho naději. Důležitý je častý kontakt nemocného s jeho blízkými. Na psychické podpoře nemocného se musí podílet také ostatní členové týmu (Venglářová, 2006., Marková, 2010).

Komunikace

Sestra nemocnému aktivně naslouchá a tím získává hodně informací. Klade otevřené otázky. Nemocnému poskytuje dostatek času k tomu, aby se mohl rozhovořit a vyjádřit tak své přání a potřeby. Rozhovor sestra vede rozhovor nedirektivní technikou. Akceptuje nemocného takového jaký je a jak se projevuje. Nekritizuje a nehodnotí jeho chování. Sestra musí chápat obtížnou situaci nemocného a slovně dokázat vyjádřit pochopení. Reagovat na sdělení nemocného, nechat ho vyjádřit vlastními slovy pocity, které prožívá. Reakce hodnověrnosti je na místě. Hlavním cílem je nemocného povzbudit ve vůli k životu, akceptovat zdravotní problémy a přijmout změny, které jsou v souvislosti s jeho onemocněním. Jedině lékař má kompetenci informovat nemocného

o jeho zdravotním stavu. Nemocný má právo určit, komu může lékař podávat informace o jeho zdravotním stavu. Také může vyslovit zákaz podávání informací komukoliv. Při sdělování pravdy se má postupovat citlivě a uvážene. Sestra poskytuje nemocnému prostor na vyjádření pocitů, které vznikli při sdělování diagnózy, nebo špatné správy. V paliativní péči se nesmí brát nemocným a jejich blízkým naděje na zlepšení nebo pozastavení onkologické nemoci. Nedovolit určovat zbývající čas a zvažovat slova, která by mohla vyvolat pomýšlení na smrt (Marková, 2010).

1.5 Ošetrovatelská péče u pacienta s nádorovým onemocněním žlučových cest

Perkutánní transhepatální drenáž (PTD) je metoda léčby, která spočívá v zavedení drénu perkutánní transhepatální cestou do žlučového systému s jeho následnou drenáží buď navenek (zevní) nebo navenek i do duodena (zevně-vnitřní). Bývá indikována a trvalá u pacientů s inoperabilními nádorovými obstrukcemi žlučových cest. PTD patří k terapeutickým a paliativním postupům při nádorovém onemocnění žlučových cest (Černoch, 2008).

O fungující drenáži v nemalé míře rozhoduje následná péče o drén a spolupráce nemocného. Sestra si proto musí získat důvěru pacienta i dalšího ošetrojícího personálu. Velmi důležité je pro sestru dobře a podrobně informovat nemocného už před zavedením drenáže. Spolu s lékařem nemocnému vysvětlí smysl výkonu, možnou bolestivost a perspektivy dalšího vývoje onemocnění (Venglářová, 2006).

Úspěšnost PTD drenáže žlučových cest a především komplikace, které tento výkon provázejí, závisí na kvalitě péče o drén. Výhodné je jak pro sestru, tak pro samotného nemocného, získání nemocného k aktivní spolupráci při ošetrování drénu. Řádná péče o drén je hlavním předpokladem úspěchu dlouhodobé drenáže a je většinou zcela v rukou nemocného či rodiny. Nemocný má vždy telefonické spojení na gastroenterologické pracoviště a je poučen, že v případě potíží má okamžitě kontaktovat lékaře (Černoch, 2008).

Příprava nemocného na výkon

Příprava nemocného na PTD a péče nemocného po výkonu je v zásadě totožné s ERCP, zde jsou navíc proplachy drénu. Výkon je prováděn u nemocného za hospitalizace. Před výkonem nemocný nesmí jíst 4-6 hodin (nejlépe nejíst jídlo od půlnoci dne výkonu). Sestra dohlídne, aby nemocný pravidelnou medikaci (léky) zapil malým množstvím vody. V případě, že lék, který pravidelně bere, může nepříznivě působit v kombinaci s léky podanými během výkonu, ošetřující lékař tento lék vysadí. Sestra nemocnému zavede žilní kanylu. Provede náběry krve a zajistí čerstvé hodnoty jaterního souboru (bilirubin, ALT, AST, GMT, AF), koagulace, KS a Rh faktor. Před výkonem sestra aplikuje antibiotika k zabránění rozšíření infekce ze žlučových cest do celého těla a dostatečně hydratuje (aplikuje infuze dle ordinace lékaře) (Vorlíček, 2004).

Před výkonem je pacient o všem informován ošetřujícím lékařem. Další postup vysvětlí i výkon provádějící personál. Nemocný se neobává zeptat personálu na všechny dotazy před výkonem. Nutné je před výkonem podepsat informovaný souhlas. Sestra zajistí kompletní snímkovou dokumentaci (CT ne starší 14 dnů). Nemocného poučí o nutnosti lačnění, a ujistí se, zda nemocný ví, co ho čeká. Popřípadě ještě informace zopakuje nebo trpělivě odpoví na případné dotazy nemocného (Svěráková, 2012). Psychická podpora je moc pro nemocného důležitá. K výkonu sestra nemocného doprovodí. Výkon je prováděn v dózované analgosedaci. Analgosedace spočívá v nitrožilním podání léčiva pro uklidnění (dormicum i.v.) a léčiva na snížení bolestivosti (fentanyl i.v.). Analgosedaci podává během výkonu zdravotní sestra, množství reguluje výkon provádějící lékař. Vždy je snaha aby léčivo bylo podáno ještě předtím než pacient může bolestivost nebo neklid pocítit. Sestra nemocnému na prst před výkonem upevní zařízení – pulzní oxymetr, na paži mu umístí manžetu tlakoměru. Obě zařízení nemocného monitorují počas výkonu. Kůži břicha před výkonem sestra očistí jodovým dezinfekčním přípravkem a překryje nemocného sterilní rouškou. Po dobu výkonu je nemocný překryt sterilní rouškou. Vše pro zabránění průniku infekce do organismu nemocného (Sherlock, 2004).

Péče o nemocného po výkonu

Po výkonu může nemocný pociťovat místní bolestivost, většinou však vlivem analgosedace je nemocný po výkonu spavý, bez zásadních bolestí. Nemocný ve stabilizovaném stavu odchází na oddělení, kde je hospitalizován. Po ukončení výkonu sestra převezme nemocného na oddělení, dle typu odvodného drénu buď napojí, nebo nenapojí odvodný drén na sběrný sáček. Sestra 6 hodin sleduje vitální funkce (dech, puls, krevní tlak, tělesná teplotu, vědomí, bolestivost při dýchání), dále sleduje a zaznamenává do dokumentace množství a charakter sekrece z drénu. Dohlíží na příjem per os, který je povolen při nekomplikovaném průběhu po 6 hodinách, stejně jako mobilizace z lůžka. Monitoruje bolest a podává obezřetně analgetika a pečlivě sleduje nález na břicho. Při vzestupu TT nad 38°C, který trvá déle než hodinu, při zimnici a třesavce sestra odebírá hemokultury a aplikuje antibiotika parenterálně dle ordinace lékaře. Ztráty tekutin a iontů nahrazuje podle množství jímané žluči. Při krvavé sekreci (hemobilie) sleduje krevní obraz každou hodinu, jinak odběry (panel JT, CRP, urea, kreatinin, Na, K, Cl) provádí po 6 hodinách. U vnitřní drenáže kontroluje také hladinu amyláz v séru i v moči (Sedmík, 2005).

Péče o drenáž

Je nutné, aby si sestra a nemocný uvědomily, že se zavedeným drémem nemocný tráví několik dalších týdnů až měsíců, ať v nemocničním zařízení, či doma. Sestra aktivně zapojí pečovat o drén i samotného nemocného a rodinu. Pozornost při péči o drén musí sestra věnovat hlavně při převazování rány na kůži. Postupuje přísně asepticky a opatrně. Vysvětlí nemocnému, že s dobře fixovaným drémem se může volně pohybovat a není ani nijak omezen v osobní hygieně. Vedle tradičního stehu, který způsobuje bolesti při každém zatahání a dochází k prořezávání šicího materiálu, využívá sestra celou řadu fixačních pomůcek. Žádná z nich ale není univerzálně použitelná, a proto sestra nutně volí fixaci podle individuální volby. Při zevní i zevně-vnitřní drenáži se mohou objevit potíže, které jsou podmíněna ucpáním drénu či dislokací drénu či vycestování drénu. Sleduje příznaky těchto komplikací, jako jsou obtékání drénu na kůži, teploty, třesavka, bolest vázaná na dýchání a obstrukce žlučových cest. Sleduje

laboratorní hodnoty jaterních testů, které v tomto případě jsou zvýšené. Jakékoliv změny zaznamenává do dokumentace a hlásí ihned lékaři. Rychlá úprava drénu je nutná. Nemocného pravidelně sleduje. Kromě převazování rány věnuje pozornost průchodnosti drénu. Pro udržení co nejdélní doby průchodnosti drénu je nutné drén proplachovat 2-3 krát denně fyziologickým roztokem. Stříkačkou o objemu 5 ml aplikuje sestra fyziologický roztok do drénu. Aplikace má být rychlá, tak aby roztok pročistil všechny otvory drénu. Důsledně dbá o to, aby fyziologický roztok byl sterilní (Kapounová, 2007).

Proplachy zevně-vnitřní drenáže sterilním fyziologickým roztokem sestra obvykle provádí po místní dezinfekci konce drénu. Odšroubovatelný uzávěr odstraní a vizuálně hodnotí možný návrat žluči či eventuální komplikaci hemobilii. Poté nasadí stříkačku se sterilním fyziologickým roztokem a aplikuje bez aspirace. Drén nikdy neuzavírá peánem. Některé drény jsou ukončeny krytkou s gumovou membránou a fyziologický roztok aplikuje přes ni. Zevně-vnitřní drén napojuje sestra na sběrný sáček v případě bolesti, nauzey, febrilií a obtékání kolem drénu. Při těchto komplikacích také informuje lékaře (Sedmík, 2005).

Pokud se nepodaří proniknout zevně-vnitřním drénem do duodena, nemocnému jsou drénovány žlučové cesty pouze zevním drénem, který se nesmí uzavírat! Pravidelné proplachy zevního drénu provádí sestra s 10 ml sterilního FR 2x denně. Sestra napojuje drén na sběrný sáček dle ordinace lékaře, který výkon prováděl.

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Pro bakalářskou práci byl stanoven následující cíl:

1. Zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacienta s nádorovým onemocněním žlučových cest.

2.2 Výzkumné otázky

Pro kvalitativní část výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jaké mají specifické potřeby pacienti s nádorovým onemocněním žlučových cest?
2. Jak jsou pacienti se zavedenou transhepatální drenáží informováni o péči o drenáž?
3. Jsou pacienti informováni o své nemoci?

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Empirická část bakalářské práce na téma: Ošetrovatelská péče o pacienta s nádorovým onemocněním žlučových cest, byla zpracována kvalitativní metodou výzkumného šetření. Technika sběru dat byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pacienty s nádorovým onemocněním žlučových cest. Tato metoda byla zvolena z důvodu možnosti kreativně vytvářet doplňující otázky, což umožňuje i největší výtěžnost rozhovoru. Celkem rozhovor obsahuje 35 otázek (viz. příloha 6), které byly během rozhovorů rozšířeny. Úvodní oblast obsahovala identifikační otázky a otázky o nemoci. Druhá oblast se týkala informovanosti respondentů a plánovaných vyšetření. Třetí oblast byla zaměřena na specifické potřeby respondentů. Čtvrtá oblast byla zaměřena na edukaci respondentů a jejich rodin v oblasti péče o PTD. Pátá oblast byla věnována režimovým opatřením a sebeobsluhy respondentů při hospitalizaci a v domácím léčení. Všechny rozhovory byly vedeny zcela anonymně a použity byly pouze k účelům bakalářské práce. Rozhovory byly dále postupně zpracovány do kazuistik, na jejichž základě pak byla vytvořena tabulka se seznamem kategorií a podkategorií, ve které jsou shrnuty nejdůležitější výsledky výzkumného šetření.

Rozhovory byly zaznamenány na diktafón a dále zpracovány do podoby kazuistik. Výzkumné šetření proběhlo v období 01/2012 – 03/2013.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor tvoří sedm respondentů s nádorovým onemocněním žlučových cest se zavedenou perkutánní transhepatální drenáží, hospitalizovaných ve FN Plzeň na interní klinice zaměřené na onemocnění GIT. Respondenti, kteří poskytli rozhovor do výzkumného šetření, se pohybují ve věkovém rozmezí od 65 do 72 let. Skladba respondentů je tvořena třemi ženami a čtyřmi muži.

4 VÝSLEDKY

4.1 Vyhodnocení polostrukturovaného rozhovoru

4.1.1 Identifikační údaje respondentů

Respondent 1 je žena, 65 let, důchodkyně, má středoškolské vzdělání, Dg. Klatskinův tumor II.typu.

Respondent 2 je muž, 67 let, příležitostní brigádník, má základní vzdělání, Dg. Obstrukční ikterus, měštnání ve žlučových cestách a pankreatickém vývodu, Tu pankreatu.

Respondent 3 je muž, 72 let, důchodce, má vysokoškolské vzdělání, Dg. inoperabilní Klatskinův tumor cholangiokarcinom.

Respondent 4 je muž, 70 let, důchodce, má středoškolské vzdělání, Dg. Diagnóza: Obstrukční ikterus vzniklý na podkladě stenózy žlučovodu typu Klatskin I.

Respondent 5 je žena, 71 let, důchodkyně, má základní vzdělání, Dg. Klatskinův tumor II. stupně.

Respondent 6 je muž, 69 let, důchodce, vzděláním vyučen, Dg. Obstrukční ikterus nejasné etiologie, inoperabilní Klatskinův tumor.

Respondent 7 je žena, 66 let, důchodkyně, má středoškolské vzdělání, Dg. obstrukční ikterus, hilový tumor žlučových cest, Tu Klatskin I, inoperabilní.

4.1.2 Vyhodnocení rozhovorů

Tabulka 1 Seznam kategorií a podkategorií

Kategorie	Podkategorie
1. Nemoc	A. Příznaky nemoci B. První kontakt s lékařem C. Výskyt nemoci v rodině
2. Hospitalizace	A. Respekt a úcta B. Víra
3. Informace	A. Onemocnění B. Vyšetření C. Drenáž
4. Potřeby	A. Hygiena B. Vyprazdňování C. Vyhledávání klidu a pokoje D. Tišení bolesti E. Strach a obavy z budoucnosti F. Výživa
5. Rodina	A. Zájem rodiny B. Podíl na péči C. Edukace rodiny

1. Nemoc

Ze získaných informací vyplývá, že se respondenti ve většině prvních příznaků onemocnění shodli. Nejvíce se u respondentů objevoval ikterus a pruritus: „*Kůže mě svědila čím dál víc, byla nažloutlá*“ (R1). „*V práci si kolegové všimli žlutého zabarvení očí a kůže*“ (R2). „*Syn zjistil, že mám žluté oči a kůži*“ (R3). „*Svědilo mě celé tělo. Vůbec jsem nespal, protože mě všechno svědilo a bylo to příšerné. A lékař mě upozornil, že mám nažloutlá bělma*“ (R4). „*Začala mě svědit kůže, zežloutla jsem*“ (R5). „*Hrozně mě svědila kůže a zežloutnul jsem jako citrón*“ (R6). „*Žlutě se mi zabarvily bělma a kůže*“ (R7). Druhým nejčastějším důležitým příznakem respondenti uvedli dlouhodobé nechutenství: „*Delší dobu mi nechutnalo jíst a zhubla jsem*“ (R1). „*Jídlo mi už delší dobu nechutnalo, pil jsem málo*“ (R4). „*Trošku jsem pohubla, moc mi nechutnalo*“ (R5). „*Neměl jsem vůbec chuť na jídlo*“ (R6). „*Trpěla jsem nechutenstvím*“ (R7). Dále podle dotazovaných respondentů se objevila i změna barvy moče na tmavě-žlutou: „*Moč měla tmavě-žlutou barvu.*“ (R1). „*Při močení jsem pozoroval, že mám tmavou moč, v prvním momentě jsem myslel, že je s příměsí krve. Barva byla taková tmavě-žlutá až černá*“ (R2). „*Když jsem močil, zdálo se mi, že moč má tmavou barvu*“ (R4).

Kromě příznaků, na kterých se respondenti shodli, byly zjištěny i příznaky jiného charakteru. Tři respondenti uvedli kolikovitou bolest v pravém podžebří: „*Den před tím jsem měl velkou kolikovitou bolest v pravém boku*“ (R2). „*Přidaly se i občasné bolesti v pravém podžebří*“ (R5). „*Objevovaly se i bolesti v pravém mezižebří*“ (R6). U některých respondentů onemocnění bylo doprovázené dalšími příznaky: „*V práci jsem kolaboval bez ztráty vědomí*“ (R2). „*Jednou večer jsem šel na velkou a tam jsem zjistil, že mám světlou a množstvím velkou stolicí*“ (R4). „*Byla jsem moc unavená, trochu jsem i blinkala a trochu se mi zvýšila teplota*“ (R5). „*Občas jsem trpěla bolestmi břicha, bylo mi špatně, cítila jsem se unavená*“ (R7).

B. První kontakt s lékařem

Pokud se týká doby začátku trvání nemoci u respondentů, tak všichni uváděli pouze dobu, na kterou si vzpomněli v souvislosti s dalším vývojem onemocnění: „*Problémy s začaly asi před 2-3 týdny*“ (R1). „*Den před tím jsem měl bolesti*“ (R2). „*Problémy*

mám tak tři měsíce „ (R3). „ Odhaduji to na čtyři měsíce“ (R4). „Vše to začalo asi před šesti měsíci“ (R5). „ Asi před třemi týdny“ (R6). „ Občas jsem trpěla a potíže mám asi měsíc“ (R7). Důvod prvního impulsu vyhledat lékaře, bylo zjištěno, že se u respondentů liší. Většina respondentů uvedlo, že lékařem, kterého jako prvního kontaktovali při potížích, byl obvodní lékař: „Když mě začala svědit kůže a svědilo to čím dál více. Dcera se mě ptala, jak se cítím, protože se jí zdá, že mám nažloutlou kůži. Dcera mě další den doprovodila k obvodní lékařce a ta mě odeslala na gastroenterologickou ambulanci, protože se jí nelíbilo žluté zbarvení kůže a to, že jsem dost zhubla“ (R1). „Přestalo mi chutnat a zhubnul jsem. Byl jsem rád, že mi na váze trochu ubylo, takže jsem to moc neřešil. Až když mě asi dva dny svědilo celé tělo, co se už nedalo vydržet, navštívil jsem praktického lékaře. Od praktika mě odvezla sanitka na příjmovou ambulanci do nemocnice“ (R4). „Trošku jsem pohubla a byla jsem moc unavená. Až když jsem měla bolesti, zvýšenou teplotu, blinkala jsem a zežloutla, tak mě vnučka hned druhý den odvezla k obvodní lékařce a pak už jsem byla v nemocnici“ (R5). „Ke všem problémům se přidala bolest v pravém boku. Bolesti a manželka mě donutily jít ke svému obvodnímu lékaři. Ten mě vyšetřil a sanitkou poslal do nemocnice“ (R6). „Trpěla jsem bolestmi břicha a bylo mi špatně. Myslela jsem, že jsem něco špatného snědla. Vyhledala jsem obvodního lékaře a ten mě poslal k vyšetření do nemocnice“ (R7). Dva respondenti uvedli, že jejich zdravotní stav byl stavem akutním a museli vyhledat nemocniční zařízení: „Do nemocnice mě přivedl kolega z práce, protože jsem v práci kolaboval, ale bez ztráty vědomí. Ráno jsem odešel do práce, cítil jsem se dobře. Při práci se mi zatočila hlava, upadl jsem, ale hned jsem se probral“ (R2). „Do nemocnice mě přivezl syn pro bolestivost, otok a obtékání okolo drenáže. Syn zpozoroval opět výraznější žloutenku.“ (R3).

C. Výskyt nemoci v rodině

Respondenti se zmínili i o výskytu onemocnění v rodině. Větší část respondentů se shodla, že dědičnost onemocnění je v rodině vyloučená: „S nynějším onemocněním jsem se ještě neseťkala. V rodině taky nikdo na toto onemocnění netrpěl a obtíže neměl“ (R1). „V rodině nemá a nikdy neměl nikdo tuhle nemoc“ (R2). „O diagnóze, kterou mi lékaři

zjistili, jsem ještě nikdy neslyšel. Nejsem si vědomý, že se někdo z rodiny léčil s onemocněním žlučových cest, takže rodinnou dispozici vylučuji“ (R4). „S nemocí, kterou mi zjistili, jsem se nikdy nesetkal a ani jsem o ní neslyšel. Pouze bratr se léčil na zánět žlučníku“ (R6).

2. Hospitalizace

A. Respekt a úcta

Respondenti popisují pocit anonymity v době hospitalizace v nemocnici a mají potřebu být léčeni s respektem a úctou jako individuality. Většina respondentů uvádí, že byly personálu na obtíž: *„Celkově jsem nebyla s péčí spokojena, protože jsem si připadala, že jsem ošetřujícímu personálu na obtíž“ (R1). „Na oddělení si mě nikdo dlouho nevěšmal. Měl jsem pocit, že jsem tady na obtíž“ (R2). „A pak si mě v nemocnici přehazovali jako horký brambor a nakonec si mě tady nechali“ (R6). Dva respondenti poukázali i na uspěchanost personálu zapříčiněnou velkou vytížeností a nedostatkem personálu: *„Péče sester před a po výkonu probíhala rychle. Moc času mi nevěnovali. Uznávám, že mají moc práce“ (R3). „Myslím si, že personálu by mělo být mnohem více, aby stále nespěchali“ (R4). Dva respondenti neměli žádné výhrady a s péčí byli spokojeni: *„Ošetřovatelská péče je tady dobrá, neměla jsem s personálem žádné problémy“ (R5). „S péčí jsem byla spokojena. Všichni se ke mně chovali příjemně“ (R6).***

Většina respondentů se shodla na tom, že jim chybělo automatické představování zdravotnického personálu při prvním kontaktu: *„Dlouho jsem neznala jméno svého ošetřujícího lékaře“ (R1). „Prý jsem měl svoji ošetřující sestru. Znal jsem ji z vidění, ale jméno nevím. Neměla ani vizitku“ (R2). „Při vyšetření bylo hodně personálu a já jsem nevěděl, kdo je sestra a kdo lékařka“ (R4). „Pak přišla za mnou nějaká zdravotnice a řekla mi, že budeme trochu cvičit. Domyslel jsem si, že to bude asi rehabilitační sestra!“ (R6). „Na vizitě jsem nevěděla, kdo je primář, vrchní atd. Byla jich tam hromada, kdo se v tom má vyznat?“ (R7).*

B. Víra

Pouze jeden respondent uvedl, že je věřící a chybí mu přítomnost duchovního ve zdravotnickém zařízení: „*Jsem věřící katolík. Věřím, že mi Pán Bůh v mé nemoci pomůže. Měl jsem potřebu si promluvit s duchovním. Tato možnost na oddělení nebyla, nebo personál o ní nevěděla*“ (R6).

3. Informace

A. Onemocnění

Respondenti se v oblasti informovanosti o nemoci shodli na tom, že informací od lékaře mají dostatek, ale moc odborným výrazům nerozumí: „*Pokud se týká informací, nyní jich mám od lékaře dostatek, ale moc tomu stejně nerozumím*“ (R1). „*Lékař mi na příjmu vysvětloval, co mám za problémy, ale stejně jsem mu nerozuměl*“ (R2). „*Lékař mi stále něco povídá, ale já těm odborným výrazům nerozumím*“ (R7). „*Myslím si, že mám nedostatečné informace o své nemoci. Lékař se mnou sice krásně promlouvá, ale já těm jeho odborným věcem vůbec nerozumím*“ (R6). Když informacím respondenti nerozuměli, neptali se, protože nechtěli lékaře obtěžovat svými dotazy: „*Lékař na příjmu mi hned po vyšetření sdělil, že žloutenka je způsobená nějakou překážkou v žlučových cestách a proto musím být hospitalizovaná. Pochopila jsem jenom, že musím být léčena, aby se mi stav nezhoršoval. Prý by se to tam mohlo zanítit. Chtěla jsem to vysvětlit ještě jednou, ale nechtěla jsem lékaře zdržovat*“ (R1). „*Asi je to žlučník, nebo slinivka? Lékař mi vysvětlil, že musím být hospitalizován, aby se přesně zjistila a potvrdila diagnóza. Přesnou diagnózu mi stejně nikdo neřekl. Lékařka na oddělení mě jednou rychle vyšetřila a stejně tak rychle něco řekla o mém zdravotním problému a ještě rychleji zmizela. Dotazy bych i měl, ale viděl jsem, že lékařka spěchá, tak jsem jí nechtěl zdržovat*“ (R2). „*Doktor je študovaný, ať se mnou dělá co je zapotřebí. Věřím mu. Chtěla bych se na něco zeptat, ale nechci nikoho zdržovat*“ (R7). „*Od lékaře moc informací nemám. Každou chvíli mě napadá, na co bych se mohl zeptat. Ale možná se zeptám, až bude čas*“ (R5). Jeden respondent dostatečné informace neměl a ani se o ně nezajímal: „*Vím jenom, že je nutné nemoc sledovat a patřičně léčit, jinak může dojít ke komplikacím a až k ohrožení života. O jaké komplikace se má jednat,*

nevím a nechci vědět, nezajímá mě to“ (R6). Jeden respondent měl zájem o informace a neustále o ně žádal: „Jsem docela zoufalý, protože nemám dostatek informací o svém onemocnění. Žádám neustále od svého ošetřujícího lékaře o nové a nové informace“ (R4). Jeden respondent měl informací o svém onemocnění dostatek, byla to jeho třetí hospitalizace na tomto oddělení: „Vím, že vyléčit tuto rakovinu není možné. Jsem tady už po třetí. Od lékařů vím všechno“ (R3). V oblasti informovanosti o nemoci respondenti uvádějí, že vyhledávají informace i z jiných zdrojů. Nejčastější zdroj informací je pro ně internet, televize, knihy a časopisy: „Na internetu si taky vyhledávám různé informace“ (R3). „Hodně toho napíšou o mé nemoci i v časopisech“ (R4). „Vnučka mi půjčuje ve vědecké knihovně různé knížky o mém onemocnění“ (R5). „ V televizi se koukám na pořady o nemocech“ (R6).

Respondenti se často dotazují i u sester na informace, které nespádají do jejich kompetence v rámci informovanosti a jsou výhradně v kompetenci lékaře. Informace se týkají výsledků vyšetření: „Chtěla jsem od sestry vědět, jak mi dopadly výsledky krve, kterou mi ráno nabírala. Řekla mi, že mi ráda zavolá lékaře a ten mě bude určitě informovat“ (R1). „Ptal jsem se sestry na výsledek předešlých vyšetření a ona mi řekla, ať se zeptám lékaře, prý mi lékař všechno vysvětlí“ (R 2). Jsou i respondenti, kteří potřebují informace o své nemoci a prognóze: „Sestřička byla moc milá a tak jsem se jí zeptal, jak to se mnou všechno dopadne. Jak dlouho budu ještě žít? Odvolala se na lékaře, prý si se mnou určitě rád promluví“ (R4). „Přímo jsem se sestry zeptal, jestli mám rakovinu a ona mi řekla, že zavolá lékaře, abych si s ním promluvil“ (R6).

B. Vyšetření

Důležitým zjištěním bylo, když respondenti uváděli, že podávání informací ohledně vyšetření a přípravy na vyšetření bylo záležitostí sestry: „Sestra mě upozornila, že před vyšetřením nesmím od půlnoci nic jíst, nic pít a nekouřit. Že výkon mi bude prováděn na sálku, kde mě odvezou na lůžku“ (R2). „Sestřičky mě před každým vyšetřením poučily, co smím a co ne“ (R5). Respondenti ocenili i jednodušší jazyk, které sestry používaly při podávání informací. Nedostatek, který respondentům vadil, byl fakt, že sestry informacím věnovaly málo času: „Od sestry se o vyšetření dozvím mnohem víc, než od

lékaře. Lékař mi dal nějaký papír k podpisu před vyšetřením. Když jsem si to přečetl, zjistil jsem, že vůbec nevím co je to ERCP. Tak jsem poprosil sestru, aby mi to vysvětlila. Vysvětlila mi to sice rychle, ale jednoduše. Hned jsem byl klidnější“ (R2). „Když jsem měla jít na to vyšetření, nevěděla jsem, co se bude se mnou dít. Sestřička mi v rychlosti vysvětlila, že mi po vyšetření bude trčet hadička z pravého boku a budu ji tam mít nějakou dobu“ (R1).

Neustálým problémem se jeví i fakt, že se našli respondenti, kteří o vyšetřeních a samotné přípravě na vyšetření nebyly vůbec poučeni: *„Podepsal jsem rychle nějaký papír, na přečtení jsem neměl čas. Nevěděl jsem vůbec, co mě čeká. Nikdo mi nevyvětlil, jak to vyšetření probíhá. Jen mě někam odvezli. Byl jsem v šoku, když mi přímo před výkonem řekli, že musí zavést hadičku na odtok žluče, aby žloutenka ustoupila. Takže jsem se o průběhu vyšetření dozvěděl až před samotným výkonem“ (R2).*

C. Drenáž

Respondenti se shodli na tom, že vzhledem k jejich vyššímu věku, nejsou schopni samostatně pečovat o zavedenou perkutánní transhepatální drenáž: *„Sestry mě jednou ukázaly, jak se má převazovat ta hadička, co mi trčela z boku. Řekla jsem jim, že to nezvládnou“ (R1). „Já bych to sám nezvládl“ (R6).* Respondenti uvedli, že péči o drenáž v domácím prostředí nezvládnou bez pomoci rodiny. Uvedli, že byla nutná edukace rodinného příslušníka v péči o drén: *„A tak se domluvily s dcerou a naučily jí to“ (R1). „Manželka se hned sestrám nabídla, že se chce naučit převazovat drén. Sestry jí všechno vysvětlily a doma jsme věděli, že nám pomůžou sestry z domácí péče“ (R6).* Většina respondentů uváděla neúplné informace o péči o drén: *„Sestra mi řekla, že si mám drén převazovat, kdy chci, jen musí být obvaz kolem rány čistý. A mám to proplachovat, ale to už nevím jako“ (R1). „Mám mít ten drén napojený na pytlík a ten mám pravidelně měnit. A prý drén mám proplachovat, kdy si vzpomenu“ (R4). „Měla jsem jej proplachovat 2-3 krát denně a udržovat v čistotě“ (R7).*

4. Potřeby

A. Hygiena

Důležitou potřebou pro respondenty se hlavně v období po výkonech jeví pomoc ošetrovatelského personálu při provádění hygieny: „*Co se týká hygieny, přiznávám, že bez pomoci ošetrovatelského personálu bych se neobešla. U hygieny jsem seděla na lůžku. Dostala jsem lavůrek s vodou na stolek a za pomoci sestry jsem hygienu zvládla*“ (R1). „*Sestra mi pomohla při hygieně. Byla trpělivá, a jak jsem potřeboval, tak mi pomohla. Byl jsem rád, že nikdy nezapomněla na čištění zubů*“ (R2). „*Ošetřující personál mě pomáhal s hygienou, oblékáním a úpravou lůžka*“ (R4). „*Osobní hygienu jsem prováděl za pomoci sester u postele. Po pár dnech jsem sám prošel k umyvadlu a myl jsem se u něj*“ (R6). Neposkytnuta pomoc sestry při hygieně byla uvedena jednou respondentkou: „*Nutně jsem potřebovala pomoc sestry při hygieně. Nikdo mi nechtěl pomoci. Bez pomoci bych se neumyla a neuměla bych si poradit s ničím. Bezmoc je nejstrašnější. Sám si člověk nic neudělá a musíte otravovat druhé*“ (R5). Pohybový režim u respondentů po výkonech byl u všech omezený. Důvodem byl hlavně klidový režim ordinován po výkonu a momentální zdravotní stav respondentů: „*Měla jsem naordinovaný přísný klid na lůžku. Byla jsem slabá a vyčerpaná. A točila se mi hlava a bolest v okolí hadičky byla intenzivní.*“ (R1). „*Nesměl jsem chodit. Drén mě docela omezoval v pohybu*“ (R2). „*Několik dnů jsem měl po výkonu klid na lůžku*“ (R6).

Někteří respondenti dávali přednost provádět hygienu za pomoci rodinného příslušníka: „*Nechtěla jsem pomoc sester u hygieny. Nebyly moc ochotné a moje dcera přišla každé ráno a spolu jsme to zvládly*“ (R7).

B. Vyprazdňování

Respondenti se často s problémy spojenými s vyprazdňováním na lůžku v odpovědích shodovali. Nejvážnějším problémem se jevílo vyprazdňování na podložnou mísu: „*Když jsem potřebovala vykonat velkou potřebu, sestry mi podali mísu. Nevěděla jsem se vleže vyprázdnit*“ (R1). „*Potřebovala jsem pomoc při vyprazdňování na míse a při omytí po vykonání potřeby*“ (R7). Nejčastěji spojovali vyprazdňování s pocitem velkého studu: „*Nejvíce ponížení a studu jsem prožíval při*

vyprazdňování stolice do podložní mísy“ (R4). „Pokud jsem potřebovala na velkou, musela jsem překonat stud a říct si o mísu. Je to moc nepříjemné. Někdy jsem se nedokázala vůbec vyprázdnit. A taky jsem se styděla, když mě sestra omyla po vykonání potřeby“ (R5). „Potřebovala jsem pomoc při vyprazdňování na míse a při omytí po vykonání potřeby“ (R7). Respondenti se ve většině shodli, že močový katétr neznali: „S močením jsem nemusela obtěžovat nikoho, protože jsem měla tu cévku na čůrání“ (R1). „Chtělo se mi moc močit, tak jsem zazvonil na sestru. Vysvětlila mi, že mám zavedený močový katétr a že se moč odvádí do sáčku. Neznal jsem to, byl jsem z toho překvapen.“ (R4). „Vzpomínám si, že jsem měla hadičku na čůrání“ (R7). Respondenti poukázali i na možnost využití závěsů vzhledem k intimitě, které personál nepoužíval: „Nemohl jsem na záchod. Ale když jsem se cítil dobře, tak na záchod jsem si i přes zákaz potajmu došel. Občas, jsem mísu vyžadoval a to hlavně když jsem měl bolesti. Jsem stydlivý a moc mi vadilo, že personál nepoužíval zatahovací závěsy na pokoji.“ (R6).

C. Vyhledávání klidu a pokoje

Jako na první poukazovali respondenti na nedostatek soukromí na pokoji. Nevyhovovalo jim, že na pokoji byly další pacienti, kteří respondenty rušili: „Na pokoji jsem měla spolu pacientku a ta pořád něco vyprávěla. Dost mě to rušilo, potřebovala jsem větší klid, abych mohla odpočívat“ (R1). „Nejšťastnější jsem, když můžu v klidu odpočívat a spát. Pán vedle mě celou noc mluvil ze spaní a vůbec jsem nespal“ (R3). „Prvních pár dní jsem nechtěla se sestrami spolupracovat. Nemohla jsem spát, protože vedle mě byla paní, která pořád křičela. Vše, co se dělo kolem mě, mi vadilo, rušilo a obtěžovalo“ (R5). „Když jsem se na pokoji po výkonu vzbudil, kolem mě leželi další nemocní“ (R4). „Chtěl jsem klidně odpočívat a spát, ale nemohl jsem. Nemocný vedle mě chrápal“ (R6). Mezi další rušivé elementy patřil dle respondentů ruch na oddělení. Respondenti hodně vnímali ruch na oddělení nejen přes den, ale i v noci: „Potřeboval jsem klid, byl jsem unavený. Vadil mi přes den a někdy i v noci ruch na oddělení“ (R2). „Hodně jsem vnímal ruch z oddělení, cítil jsem se unavený a potřeboval jsem dostatek spánku a odpočinku“ (R4). „Nemám rád hluk a neklid. Co se odehrávalo na chodbě a

to i v noci, na pokoji bylo všechno slyšet. Nemám rád moc lidí pohromadě, nejsem na to zvyklý. Doma bydlím se ženou sám a máme tam klid a pohodu“ (R6). Dalším rušivým elementem byl pro respondenty přítomnost návštěv u nemocných, kteří byli s nimi na pokoji: „Když jsem zrovna odpočívala a usínala, přišla návštěva vedle k paní a moc mě to rušilo“ (R1). „Mám rád ticho a klid, ale návštěvy jsou někdy tak hlučné a moc dlouhé“ (R2). „Chodí sem návštěvy i dopoledne a to se mi nelíbí. Vždy mě někdo vzbudí“ (R6).

D. Tišení bolesti

Respondenti uvedli, že bolest měli a požádali o tlumení bolestí pomocí léků. Pro většinu respondentů bylo důležité bolest zmírnit: *„Hned druhý den po výkonu jsem začal mít bolesti. A byly čím dál větší. Naléhal jsem na personál, aby mne od bolesti pomohli. Dostal jsem injekci a infuze proti bolesti, ale ty mi pomohli tak na dvě hodiny. Až když jsem se začal opět zvíjet v bolestech, lékař mi oznámil, že dostanu opiáty. Konečně nastala úleva. Pak už jsem jenom ležel a neměl jsem sílu už nic dělat. Ale bolesti ustoupily“ (R2). „Když jsem měl bolesti, požádal jsem sestru o injekci“ (R4). „Na bolest jsem vyžadovala léky“ (R5). „Při bolestech jsem dostal injekci na její zmírnění“ (R6). Důležitou součástí úlevy od bolesti, byla pro respondenty i změna polohy, která jim od bolesti výrazně pomáhala: „Sestra mi pomohla zaujmout vhodnou polohu, v které se bolest zmírnila. Bolest byla pořád, ale pravidelná změna polohy mi hodně ulevovala“ (R4). „Když jsem chtěla změnit polohu, sestry mě na požádání pravidelně otáčely. Chtěla jsem se posadit i do křesla, ale nikdo mi nepomohl“ (R5). Dva respondenti bolesti měli, ale nikomu nic neřekli: „Připadala jsem si, že jsem personálu na obtíž. Po výkonu jsem měla bolesti, ale nikomu jsem radši nic neřekla, abych neotravovala“ (R1). „Bolesti jsem měla často, ale s nikým jsem o nich nemluvila. Nejvíce jí pomáhá od bolesti přítomnost dcery na pokoji“ (R7).*

E. Strach a obavy z budoucnosti

Táto oblast je pro respondenty moc citlivá. Vnímali prožitek toho, že se něco v jejich životě změnilo. Strach a obavy z budoucnosti přiznali shodně: *„V noci nespím, protože přemýšlím o zbytku svého života. Přiznávám se, že mám velký strach. Když mě vezli na zavedení té hadičky, uvědomila jsem si, že se bojím hodně. Snažím se nemyslet na to, co mě čeká, ale to nejde“* (R1). *„Neumím si představit, co to pro mě bude znamenat. Hlavně jakou změnu to bude vyžadovat v mém životě. Jsem zoufalý, pořád přesně nevím, jaké mám vyhlídky do budoucna. Nevím, co má nemoc obnáší a jak s ní dokážu žít. Obávám se nejhoršího“* (R4). *„Mám strach, co se mnou bude dál, jsem už stará a nemocná. Cítím se móóóoc vystrašená“* (R5). *„Ale stejně mám starosti, jak to bude s nemocí probíhat a jak mi to změní život. A hlavně jak bude moje nemoc ovlivňovat moji rodinu a přátelé“* (R6). *„Ne, neumím si představit, co mě čeká a jak budu žít“* (R7). Jeden respondent našel psychickou podporu u personálu: *„Po výkonu strach z budoucna polevil díky tomu, že jsem si promluvil s lékařem a s mojí ošetřující sestrou, kteří mě psychicky podpořili a trpělivě se mnou o nemoci a budoucnosti rozmlouvali.“* (R6). U jednoho respondenta velkou roli v podpoře o psychiku odehrála manželka: *„S manželkou si nic netajíme. Já toho moc nepotřebuji, ale přítomnost manželky byla pro ně to nejdůležitější. Všechny ty problémy se ve dvou zvládají lépe“* (R6). Rezignace se projevila u jednoho respondenta: *„Snažím se na nemoc nemyslet. Je mi to už jedno. Stejně cítím, že umírám“* (R2). A o smíření se smrtí se zmínil jeden respondent: *„Vím, že mám rakovinu a nelze ji vyléčit. Ale jsem rád za každý nový prožitý den“* (R3). O svém strachu a obavách nechtěli někteří respondenti s nikým mluvit: *„Nechtěla jsem to říkat nikomu. Co by si o mě všichni pomysleli?“* (R1). *„Musím se s mým osudem smířit sám“* (R2). *„Jsem neschopen o té nemoci s nikým mluvit,“* (R6). *„Nedovedu si představit, že bych někoho s mými problémy obtěžovala a zbytečně s tím někoho vylekala“* (R7). Jedna respondentka si o strachu a obavách z následujícího života promluvila s lékařem a zahájila léčbu nemoci s pomocí antidepressiv: *„Když mi zjistili tu ošklivou diagnózu, byl to pro mě šok. Moc jsem se trápila. Měla jsem z toho deprese, ale lékař mi dal nějaké léky a tak to s pomocí léků nějak zvládám.“* (R5).

F. Výživa

Respondenti se shodli, že nechutenství je většinou provázelo po dobu onemocnění: „Na jídlo jsem neměla vůbec chuť a vyhovovalo mi, když jsem nesměla jíst ani pít. Pak mi dávali několik dnů infuze a i tekutou stravu přímo do žíly.“ (R1). „Dostával jsem do žíly antibiotika a infuze, vůbec jsem neměl hlad. Dobře mi dělali kostky ledu, které jsem cucal.“ (R2). „Na začátku jsem nesměl jíst ani pít a to mi vůbec nedělalo problém. Ani mi nechutnalo a ani jsem neměl žízeň. Příjemné bylo, když jsem dostával citrónové štětičky na zvlhčení úst“ (R4). „Moc mi nechutnalo. A když jsem chtěla něco ochutnat, začala mě bolet celá pusa. Prý jsem tam měla plíseň. Cucala jsem nějaké léky a pak to bylo lepší“ (R5). Mezi dotazovanými byl jeden respondent, který nahradil jídlo sippingem: „Velký problém jsem měl s jídlem, Od začátku nemoci mi nechutnalo. A to co by mu možná chutnalo, to nemohl. Trošku jsem zhubl a syn mi na doporučení lékaře koupil nějaké pitíčka. Nahrazovalo mi to částečně kalorie, které se přijímají jídlem. Moc mi chutnaly chlazené“ (R3). Respondenti poukázali i na malou kvalitu jídla v nemocnici a nevhodného servírování jídla: „Když jsem už mohla přijímat jídlo pusou, dostávala jsem kaše a mleté maso, které nebylo půvabné. Radši jsem to nejedla.“ (R1). „Postupně mi dávali i jídlo, ale moc jsem toho nesnědl. A bylo toho moc. Radši bych sněd jídla méně a častěji.“ (R2). Pro některé respondenty byla důležitá i správná teplota jídla: „Pak už jsem mohl přijímat jídlo normálně, ale to co v nemocnici vařili, se jíst nedalo. Teplé obědy byly studené“ (R4). Jeden respondent dával přednost jídlu připravenému doma: „Manželka mi nosila domácí polévky a ty mi moc chutnaly“ (R6).

5. Rodina

A. Zájem rodiny

Většina dotazovaných respondentů se shoda, že potřeby zájmu o jejich osobu a pochopení ze strany rodinných příslušníků v době hospitalizace, je pro ně moc důležité Pravidelné návštěvy mělo více respondentů: „Dcera za mnou chodila každý den“ (R1). „Syn je pro mě všechno. Chodil za mnou každý den“ (R3). „Manželka mě pravidelně navštěvovala“ (R4). „Vnučka je moje velká opora. Je to zlatíčko! Chodila za mnou každý den“ (R5). Byla oslovena i respondentka, která i když rodinu má, ale moc zájem

o ni rodina nejeví: „Mám velkou rodinu, ale nikdo z nich neměl čas přijít na návštěvu. Lékař mi říkal, že telefonoval jednou syn. Jsem už stará, cítím se slabá a bojím se, že nebudu moct bydlet sama. Bojím se, co bude, až mě propustí“ (R7). Žít bez rodiny zná jeden respondent: „Chodili za mnou na návštěvu kolegové z práce, aspoň chvíli jsem nemyslel na nemoc. Nemám žádné příbuzné, jsem rozvedený, děti nemám a žiju na ubytovně“ (R2). Důležité bylo pro respondenty i to, jak se rodina zajímala a pomáhala respondentům v době hospitalizace: „Manželka mi pomáhala s hygienou a s jídlem. Každý den mluvila s lékařem o výsledcích vyšetření a pak ji lékař řekl, že až nebudou komplikace, tak pojedou domů“ (R1). „Syn moc hezky o mě pečoval. Pravidelně mluvil s panem doktorem. Vše, co jsem tady potřeboval, mi přines. Často se mnou chodil do sprchy, holil mě a dohlížel na jídlo“ (R3). „Sestry i lékař podávali manželce informace. Je moje velká opora. Jsem šťastný, že ji mám!“ (R4). „Moc se o mě stará a pečuje o mě. A s doktorem mluvila taky každý den“ (R5). „Lékař s manželkou a se mnou promlouval každý den“ (R6).

B. Podíl na péči

Respondenti vnímají návrat z nemocničního prostředí domů za problém. Návrat se stane pro ně realitou jenom tehdy, když budou mít maximální podporu rodiny. Respondenti hodně spoléhají na rodinné příslušníky a přátele v pomoci sociální a citové podpory. Spoléhají na ně jako na první pomoc v péči po propuštění z nemocnice: „Dcera se ke mně přestěhovala domů, aby mi ve všem pomáhala. Ještě, že ji mám! Necítím se dobře a přítomnost dcery mě uklidňuje. Domů se moc těším. Víím, že po propuštění z nemocnice to bude náročné pro mě i pro dceru“ (R1). „Doma mám úžasnou rodinu. Všichni o mě pečují. Jednou jsem synovi a rodině navrhnul, že by bylo dobré, kdyby mi zařídili hospitalizaci v hospici. Nikdo nechtěl o tom ani slyšet!“ (R3). „S lékařem jsem se domluvil na odchodu domů. Doma mě čekala manželka, která bude o mě pečovat“ (R4). „Mám rodinu a vědí, že umírám. Jediná vnučka se mě neštítí a slíbila mi, že po propuštění z nemocnice si mě vezme k sobě. Já víím, že se postará, ale připadám si na obtíž“ (R5). „Manželka se na mě už moc těší, bude mojí velkou oporou“ (R6). Dva respondenti se rozhodli po propuštění z nemocnice vzhledem k své sociální

stránce, pro umístění do jiných zařízení následné péče: „Svoji sociální stránku jsem řešil s lékařem, sestrami a pak se sociální sestrou. Po domluvě jsem souhlasil s dočasným umístěním na oddělení dlouhodobě nemocných. Hospic jsem zatím zamítnul“ (R2). „Bála jsem se, co bude, až mě propustí z nemocnice. Mám rodinu, ale ta nebyla schopna se o mě postarat, protože nemají čas. Péče o mě a jejich práce nejdou skloubit. Po domluvě s lékařem a sociální sestrou, jsem oznámila rodině, že jsem se rozhodla pro hospic“ (R7).

C. Edukace rodiny

Kromě dvou respondentů, kteří měli zajištěnou péči v jiných zařízeních následní péče, se respondenti shodli, že návrat domů byl reální až po řádné edukaci rodiny. Edukace byla zaměřená hlavně na komplexní péči o ně: „Vím, že po propuštění z nemocnice, budu s dcerou chodit na kontroly. Všechno co smím a co nesmím, tedy vše o životosprávě ví dcera“ (R1). „Manželka se naučila tady pečovat o drén. Prý jej budu muset ještě nějakou dobu mít a chodit na pravidelné kontroly“ (R4). „Pečovat o drenáž v plné míře bude vnučka, sestry říkaly, že je moc šikovná. Já bych to vůbec nezvládla a jinak toho já už moc nepotřebuji. Vnučce ohledně ošetrovatelské péče bylo vše poskytnuto a vysvětleno“ (R5). Dva respondenti využili možnost pomoci v domácnosti sester z agentury domácí péče: „Dostali jsme hodně instrukcí ohledně péče o drén, o životosprávě a hlavně telefonní číslo na lékaře, kdyby byly problémy. Sestra nám zajistila návštěvu sester z agentury pro domácí péči. Potřebujeme na začátek trochu pomoci“ (R6). „Syn ví o všem, co je pro mě důležité. A protože se můj stav zhoršuje, využívají doma služeb domácí péče. Sestry mě navštěvují doma dva krát denně, pomáhají synovi při mém koupání, kontrolují drenáž. Péči o drenáž syn zvládá“ (R3).

5 DISKUZE

5.1 Diskuze k polostrukturovanému rozhovoru

Jak uvádí Skalický (2011), nádorové onemocnění žlučových cest patří v naší republice mezi nádory vyskytující se vzácně, ale jejich počet se rychle zvyšuje. Vyskytuje ve 2 % všech karcinomů, zejména pak ve věkové skupině 50-70 let. Věkové rozpětí respondentů z našeho výzkumného šetření bylo 65-72 let. To se nám potvrdilo i v našem výzkumném řešení.

Navrátil (2008) uvádí, že přesná příčina vzniku tohoto nádorového onemocnění není známá. Zřejmě hraje určitou roli genetika a vyšší riziko mají zřejmě i lidé s vrozenými vadami žlučových cest (Caroliho sy). Jakékoliv nespecifické záněty (ulcerózní kolitida, sklerotizující cholangitida) v této oblasti riziko vzniku nádoru zvyšují podle všeho také. Zajímalo nás také, zda mají respondenti výskyt onemocnění v rodině. Respondenti uváděli, že výskyt onemocnění v rodině nebyl a tím se shodli, že rodinnou dispozici vylučují.

U maligního onemocnění žlučových cest má postupně vznikající blokáda žlučových cest tendenci zhoršujícího se klinického obrazu. Zvýrazňuje se ikterus s pruritem, nechutenství, úbytek na váze, bolesti různé intenzity v epigastriu, průjmy, febrilie a hmatný zvětšený žlučník (Skalický, 2011). Všichni naši respondenti uváděli, že mezi prvními příznaky onemocnění se vyskytl ikterus a pruritus, dlouhodobé nechutenství a změna barvy moče na tmavě-žlutou. U některých respondentů se objevila bolest v pravém podžebří, febrilie, zvracení a světlá objemná stolice. Toto zjištění se nám shoduje s literaturou. Uváděné příznaky jsou typickými průvodci už pokročilých objemnějších nádorů. Naopak příznaky počínajících nádorů v těchto lokalizacích jsou minimální. Toto onemocnění je většinou zjištěno v počátečním stadiu pouze jako překvapivý náhodný nález při histologickém vyšetření žlučníku po odoperovaného kvůli konkrementům nebo zánětům. Domníváme se, že by mělo být důležité nepodceňovat jakékoliv vleklé potíže se žlučníkem. Zajímavé bylo, že z rozhovorů našich respondentů se doba začátku nemoci shodla s dobou, ve které se objevily některé ze vzpomínaných příznaků. A doba zaregistrovaného začátku nemoci se pohybovala mezi několika dny až

měsíců. Respondenti uvedli tuto dobu i jako dobu prvního impulsu vyhledat lékaře. Toto zjištění bylo překvapující a je důležité mít ho v povědomí.

U maligního neoperabilního nádoru žlučových cest je nutné alespoň zajistit odtok žluči. V takovém případě nastoupí na scénu gastroenterologové a provedou ERCP a zavedou T-drén umožňující odtok žluči. V případě, že to není možné, mohou lékaři zvenku přes stěnu břišní nabodnout žlučové cesty, zavést do nich drén a umožnit odtok žluči touto cestou (Sedmík, 2005). Zavedení PDT nemocnému sice neprodlouží život, ale zlepšuje jeho kvalitu, tj. má jen paliativní význam.

O fungující drenáži v nemalé míře rozhoduje následná péče o drén a spolupráce nemocného. Sestra si proto musí získat důvěru pacienta. Velmi důležité je pro sestru dobře a podrobně informovat nemocného už před zavedením drenáže. Spolu s lékařem nemocnému vysvětlí smysl výkonu, možnou bolestivost a perspektivy dalšího vývoje onemocnění (Venglářová, 2006). Podle respondentů je oblast informovanosti o péči o PDT moc důležitá. Respondenti uvedli, že vzhledem ke vyššímu věku, nejsou schopni samostatně pečovat o zavedenou PDT. Zjistili jsme, že edukace v tomto směru ze strany sester probíhá nedostatečně. Respondenti nejen že neměly úplné informace, ale také sestry si nezískaly respondentů k aktivní spolupráci při ošetřování drénu. Toto zjištění se nám neshoduje s literaturou. Ve výpovědích respondenti uvedli, že péči o drenáž v domácím prostředí nezvládnou bez pomoci rodiny. Řádná péče o drén je hlavním předpokladem úspěchu dlouhodobé drenáže a je většinou zcela v rukou nemocného či rodiny. Sestra, nemocný a rodinný příslušník si musí uvědomit, že se zavedeným drénem nemocný tráví několik dalších týdnů až měsíců, ať v nemocničním zařízení, či doma (Juřeníková, 2010)). Důležitý fakt pro pět respondentů byl, že edukace rodin o péči o drenáž proběhla úspěšně a respondenti se těšili domů.

Po zavedení PDT může nemocný pociťovat bolesti různé intenzity. Ze získaných informací vyplynulo, že respondenti po výkonu PDT měli bolest a sami požádali o tlumení bolesti. Pro většinu respondentů bylo důležité bolest zmírnit. Požadovali od personálu injekci nebo léky proti bolesti a personál jim vždy vyhověl. Byly aplikovány analgetika i opiáty. Bolest je nejčastějším symptomem v paliativní péči. Bolestí trpí 73 procent nemocných s onkologickým onemocněním (Vorlíček, 2004). Bolest je vždy

subjektivní a je nutné ji nemocnému věřit. Na bolesti nemocného se podílí mnoho faktorů (Marková, 2010). Léčba bolesti se velmi často podceňuje. Světová zdravotnická organizace vyvinula pro farmakologickou léčbu nádorové bolesti určitá pravidla. Jedním z nich je léčba podle hodin, to znamená podávání analgetik v pravidelných intervalech, tak aby nedošlo znovuobjevení bolesti. Analgetika a opiáty jsou podávány nemocným až při bolesti. Pravidelně podávány jsou vždy jen nemocným, kterým jejich stav nedovoluje již už o ně požádat. Domníváme se, že by sestry měly v zájmu nemocných svůj názor na léčbu bolesti sdělit a lékař by měl názor sestry akceptovat. Respondenti se také zmínili o změně polohy a vyhledávání úlevové polohy. Byly důležitou součástí úlevy od bolesti, která jim od bolesti výrazně pomáhala.

Naše výzkumné šetření bylo zaměřeno i na oblast komplexních informací o zdravotním stavu, o prognóze a léčbě. Neposkytnutí informací je nutné vždy zdůvodnit. Respondenti se shodli na tom, že informací měli dostatek, ale moc odborným výrazům nerozuměli. Když informacím respondenti nerozuměli, neptali se, protože nechtěli lékaře obtěžovat svými dotazy. Jak píše Vondráček (2009), každý nemocný by měl být řádně informován o svém zdravotním stavu a má právo vědět o veškerých informacích shromážděných o jeho zdravotním stavu ve zdravotnické dokumentaci.

Dále nás v této oblasti zajímalo, kdo našim respondentům informace o zdravotním stavu a prognóze podává. Všichni se shodli jednohlasně na lékaři. Respondenti se zmínili, že se často dotazovali i u sester na informace ohledně své nemoci a prognózy. Sestry je vždy odvolaly na lékaře, protože tyto informace nespádají do jejich kompetence v rámci informovanosti a jsou výhradně v kompetenci lékaře. Z průzkumu také vyplývá, že respondenti postrádali automatické představování personálu při prvním kontaktu. Z toho vyplývala neznalost respondentů rozeznat ošetřující personál podle odbornosti. Domníváme se, že specialitou českého prostředí je absence tradice představování zdravotnického personálu pacientům ve většině zdravotnických zařízení. Také se respondenti zmínili, že jednodušší řeč, kterou většinou používají sestry, je pro ně bližší a srozumitelnější.

Co se týkalo informací ohledně vyšetření, hlavně jaké vyšetření, příprava na vyšetření, chování respondentů v průběhu vyšetření a po vyšetření, respondenti uváděli,

že to bylo v kompetenci sestry. Jak uvádí Marková (2010), že pro české zdravotnické prostředí je důležité osvojení ošetrovatelských kompetencí a také dovednosti komunikační, organizační a edukační.

Respondenti popisovali pocit anonymity v době hospitalizace a toužili po potřebě být léčeni s respektem a úctou jako jedinci. Zmiňovali se o celkové neochotě personálu. Trachtová (2010) ve své publikaci uvádí, že neuspokojením této potřeby v nemocnici je evidentně narušená stálost vnitřního prostředí a životní rovnováha nemocného. Neuspokojení potřeby pociťuje nemocný jako ohrožení své existence z vnějšku. Dále jsme ve výpovědích objevili i názor, že uspěchanost personálu byla zapříčiněna v určité míře i velkou vytížeností a nedostatkem personálu. Na oddělení s 30-ti lůžky byly přítomny na denní dvanáctihodinovou službu 3 sestry, 2 sanitárky a staniční sestra do 14.30 hod. počet personálu k počtu nemocným byla 1:5. V noční službě jsou přítomny 2 sestry, takže 15 nemocných na sestru. Domníváme se, že nedostatečný počet personálu negativně ovlivňuje kvalitu péče.

Ošetřující personál si musí být vědom, že nemocný je nedílnou součástí své rodiny, že celá rodina je nevyhlášeným onemocněním svého člena zasažena a trpí spolu s nemocným (Marková, 2010). Většina dotazovaných respondentů byla ve shodě v tom, že měli potřebu zájmu o jejich osobu a pochopení ze strany rodiny v době hospitalizace. Důležité byly pro ně pravidelné návštěvy a případná pomoc při všedních aktivitách, jako koupání, sprchování, hygiena, pomoc s jídlem. Respondenti se cítili bezpečněji a byli klidnější. Byli rádi, když rodina promlouvala denně s lékařem. Jedna respondentka sice velkou rodinu měla, ale nikdo o ní nejevila zájem a jeden respondent neměl žádnou rodinu.

Setkáváme se s nemocnými, kteří nábožensky, tím myslím v církvi nebo v nějakém společenství, žili celý život a také se setkáváme s mnohými nemocnými, kteří náboženskou dimenzi svého života objevují, nebo se k ní vracejí po mnoha letech (Marková, 2010). Tento fakt se objevil i ve výpovědi našeho respondenta. Jako věřícímu katolíkovu mu v nemocnici chyběla přítomnost duchovního. Tato možnost na oddělení nebyla. Toto zjištění bylo pro nás překvapující, zejména, že bez spolupráce zdravotníků

s duchovními a duchovních se zdravotníky se nedosáhne u nemocných věřících kvality a dostupnosti komplexní péče.

Oblast strachu a obav z budoucnosti byla pro respondenty moc citlivá. Vnímali prožitek toho, že se něco v jejich životě změnilo. Strach a obavy z budoucnosti přiznali shodně. Přemýšlení o budoucnosti, nespavost, strach, nejasné vyhlídky do budoucna, starosti, náhlá změna dosavadního života, vliv na rodinu a přátele atd. jsou myšlenkové pochody člověka, kterému krátký úsek života úplně život obrátí naruby. K tomu, aby člověk mohl ve své vážné nemoci svobodně a zodpovědně rozhodovat, aby mohl svůj život správně a důstojně dožít a uzavřít, potřebuje vědět pravdu. O tom, že nemocný má právo na informace o sobě není pochyb.

Naši respondenti vnímali návrat do domácího prostředí za problém. Návrat byl možný jen v případě, že budou mít podporu v rodině. Respondenti spoléhali na rodinu a přátele v pomoci sociální a citové podpory. Domníváme se, že spoléhali na ně jako na první pomoc v péči po propuštění z nemocnice. Pět respondentů se domů těšilo, protože rodina o ně zájem měla. Dva respondenti svoji sociální stránku řešili s lékařem a sociální sestrou. Po vzájemné domluvě byli oba přeloženi do jiného zdravotnického zařízení.

Kromě dvou respondentů, kteří měli zajištěnou péči v jiných zdravotnických zařízeních, se respondenti shodli, že návrat domů byl reálný až po řádné edukaci rodiny. Edukace byla zaměřena hlavně na komplexní péči. Rodinní příslušníci chodili pravidelně a tak personál neměl problém je naučit vše, co k ošetřování v domácnosti potřebovali. Nejdůležitější pro personál a rodinu bylo, aby se respondenti doma cítili co nejlépe. Velkou pomocí v péči v domácnosti je pomoc sester z agentur domácí péče. Dva naši respondenti využili této možnosti.

Další oblast, která vyšla z našeho výzkumného šetření, byla oblast specifických potřeb respondentů. Trachtová (2010) uvádí, že nemoc mění nároky člověka na hygienickou péči, mění způsob uspokojování potřeby hygieny. Rozhodujícím faktorem bude míra omezení pohyblivosti vlivem nemoci a tím částečná popř. úplná ztráta soběstačnosti. Naši respondenti uvedli, že pohybový režim u respondentů po výkonech byl u všech omezený. Důvodem byl hlavně klidový režim ordinován po výkonu a

momentální zdravotní stav. A právě v tomto období pro respondenty hrála důležitou roli potřeba pomoci personálu při provádění hygieny. Jedna respondentka dala přednost provádět hygienu za pomoci rodinného příslušníka. Toto zjištění se nám shoduje s literaturou.

Trachtová (2010) se ve své publikaci zmiňuje, že každý člověk má určité nároky na intimitu, diskrétnost, respektování studu při vyprazdňování. Vytejšková (2011) uvádí, že k nemocným s omezeným pohybem, je zajištění intimity a respektování studu důležité a musí se k tomu přistupovat citlivě. Psychická odezva neuspokojení potřeby vyprazdňování se může projevit širokou škálou negativních emocionálních stavů, např. napětím, nervozitou, špatnou náladou, úzkostí, strachem apod. Zajímavé bylo, že v odpovědích respondentů se našla shoda v tom, že největší problém byl s vyprazdňováním stolice do podložné mísy. Nejčastěji spojovali vyprazdňování s pocitem velkého studu až ponížením. Dále se ve výpovědích objevil i fakt, že na všech pokojích byly k zabezpečení intimity při vyprazdňování nainstalovány zatahovací závěsy, které ošetřující personál nepoužíval.

Nemocný člověk má větší potřebu odpočinku a spánku než člověk zdravý (Trachtová, 2010). Dále uvádí, že nemocný potřebuje více energie na zvládnutí denních aktivit. Zvýšené nároky na kvantitu a kvalitu odpočinku, spánku, vyhledávání klidu a pokoje, je nutné respektovat. Problémy se spánkem patří mezi nejčastější stížnosti nemocných. Příčinou může být samotný fakt hospitalizace, změna prostředí, nedostatek soukromí, intimity, klidu. Ze získaných informací jsme zjistili, že respondentům chyběl nedostatek soukromí na pokoji z důvodu přítomnosti dalších pacientů na pokoji. Další rušivý element byl dle respondentů ruch na oddělení a to nejen přes den, ale i v noci. Respondenti se zmínili také o přítomnosti návštěv na pokojích u jiných nemocných, které je svou přítomností rušili ve vyhledávání klidu a pokoje. Důrazně respondenti poukazovali na hlučnost návštěv.

Snížený příjem potravy při závažném onemocnění může být způsoben řadou příčin, jeho následkem je malnutrice, kachexie, slabost a únava. Špatná výživa v průběhu onemocnění vede k jeho horšímu průběhu (Marková, 2010). Naši respondenti se shodli, že nechutenství je většinou provázelo po dobu onemocnění. Jídlo bylo nahrazováno

parenterální nebo enterální výživami. Cítili se slabí a unavení. Při mírném zlepšení stavu se respondentům podávala kašovitá nebo mletá strava a u někoho doplněna sippingem. Respondenti poukázali na malou kvalitu jídla v nemocnici a nevhodného servírování jídla. Kaše instantní, mleté maso nevábne vůně a barvy, moc velké porce. Menší a častěji podávané porce vyhovovaly respondentům více. Jedna respondentka nebyla spokojena s teplotou jídla, očekávaný teplý oběd byl studený. Myslíme si, že v období nechutenství nemocného je důležité nabízet jídlo, na které má nemocný chuť a v době, kdy na něj má chuť.

6 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit specifické potřeby v ošetrovatelské péči u pacienta s nádorovým onemocněním žlučových cest, zjistit míru informovanosti o své nemoci a péči o drenáž. Na začátku práce byly stanoveny tři výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Jaké mají specifické potřeby pacienti s nádorovým onemocněním žlučových cest? Výzkumná otázka 2: Jak jsou pacienti se zavedenou transhepatální drenáží informováni o péči o drenáž? Výzkumná otázka 3: Jsou pacienti informováni o své nemoci?

Odpovědi na tyto otázky měly zjistit, na jaké úrovni je informovanost nemocných o svém onemocnění, jaké potřeby v ošetrovatelské péči plynou ze závažnosti jejich onemocnění a zda jsou nemocní dostatečně informováni a schopni pečovat o zavedenou drenáž. Ve výzkumné části jsme zjistili, že nemocní mají o své nemoci informace získané od ošetrujícího personálu, ale ve většině případů jim nerozumí. Informace o nemoci jsou nemocným interpretovány odborným jazykem. Lékař podává informace odborným jazykem a nemocný, i když informacím nerozumí, neptá se, protože nechce lékaře obtěžovat svými dotazy. Sestry informace podávají jazykem jednodušším, ale věnují nemocnému málo času. Nemocný se dotazuje u sester i na věci, které nespadají do její kompetence, ale jsou záležitosti lékaře. Ale lékaře se nemocní neptají. Dále jsme zjistili, jaké potřeby nemocným v ošetrovatelské péči chybí nebo jsou ze strany ošetrujícího personálu zanedbávány. Mezi vyhledávané potřeby nemocných s nádorovým onemocněním žlučových cest patří k základní ošetrovatelské péči hlavně vyhledávání klidu a pokoje, tišení bolesti, psychologická podpora pro strach a obavy z budoucnosti, potřeba respektovat a udržovat pocit důstojnosti a sebeúcty, potřeba zajištění kvality života, potřeba naslouchat a vyjádřit pochopení. Co se týče informovanosti o péči o drenáž, tady jsme vzhledem vysokému věku nemocných zjistili, že menšina z nich péči sám nezvládá a spoléhá na pomoc ošetrujícího personálu nebo rodinného příslušníka a zbytek mylně spoléhá na to, že drenáž je jenom dočasná část léčby před uzdravením a proto péči o drenáž zanedbává. Výsledek šetření ukazuje na nejdůležitější faktory, přičemž vždy záleží na spolupráci, přístupu a dostatečné vůli

nemocného k náhlé změně přístupu k nemoci a změně životosprávy. Na základě zjištěných výsledků byla sestavena brožura (viz. příloha 7 pro nemocné s nádorovým onemocněním žlučových cest. Tento manuál by měl sloužit jako informační materiál, který pacientům podá dostatečné informace o jejich onemocnění, léčebném režimu, péči o drenáž a usnadní tak práci sester při jejich edukaci.

Nádory žlučových cest patří mezi vzácné nádory. Je to velice nebezpečné nádorové onemocnění, které nemá příliš dobrou prognózu. Maligní nádory žlučových cest ve většině případů nejsou vyléčitelné. Onemocnění v naprosté většině případů progreduje, postupně vznikající blokáda žlučových cest obvykle zhoršuje klinický obraz, pozvolna se rozvíjí sepsa a neodvratně končí úmrtím nemocného. Výskyt tohoto onemocnění má vzestupný trend. Přesná příčina vzniku nádorového onemocnění žlučových cest není známá. Zřejmě hraje určitou roli genetika. V závislosti na individuálním nálezu a podmínkách se volí optimální léčebný postup. Při nádorovém onemocnění žlučových cest je léčba i ošetrovatelská péče o nemocného náročná. Ošetrovatelská péče se prolíná s péčí paliativní. Sestra musí věnovat nemocnému trvalou komplexní ošetrovatelskou péči. Konkrétní prevence rakoviny žlučových cest je neznámá. Jistě lze doporučit zdravé stravování, zákaz kouření a dostatek pohybu, to jsou spíše jen obecná doporučení pro prevenci nádorových onemocnění.

Zajímavé je, že většina nemocných z mého výzkumu o této nemoci měla minimální informace a nebyla si vědoma, že jde o tak závažné a nezvratné onemocnění.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ČERNOCH, Jiří, 2008. *Transkutánní cholangioskopie: Od perkutánní transhepatální cholangiografie a perkutánní transhepatální drenáže k transkutánní cholangioskopii*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1277-5.

DÍTĚ, Petr. ET AL., 2005. *Akutní stavy v gastroenterologii*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-305-2.

DOENGES, Marilyn E. a Mary Frances MOORHOUSE, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0242-8.

DYLEVSKÝ, I, 2009. *Funkční anatomie*. Praha. Grada. ISBN 978-80-247-3240-4

EHRMANN, Jiří a Petr HŮLEK A KOL., 2010. *Hepatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3118-6.

ELIŠKOVÁ, M. a O. MAŇKA, 2009. *Přehled anatomie*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-612-0.

HOCH, Jiří a Jan LEFFLER, 2011. *Speciální chirurgie*. 3. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf Jessenius. ISBN 978-80-7345-253-7

JIRÁSEK, Václav, Marie BRODANOVÁ a Zdeněk MAREČEK, 2002. *Gastroenterologie Hepatologie: Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-139-4.

JUŘENÍKOVÁ, P, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KALA, Z, I. KISS a V. VÁLEK. A KOL., 2009. *Nádory podjaterní oblasti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2867-4.

KAPOUNOVÁ, G, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KOHOUT, P. a E. KOTRLÍKOVÁ, 2005. *Zásady klinické výživy*. Praha: Krigl. ISBN 80-86912-08-6.

LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK. ET AL., 2010. *Gastroenterologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.

LUKÁŠ, Karel. A KOL., 2003. *Funkční poruchy trávicího traktu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0296-7.

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

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

MIKŠOVÁ, Z., M. FRONKOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1443-4.

MOUREK, J, 2005. *Fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1190-7.

NAVRÁTIL, L. A KOL., 2008. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.

NEJEDLÁ, M, 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-11508.

NEKUDA, J., M. HEŘMAN, J. VOMÁČKA a M. KOCHER, 2005. *Radiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0259-9.

NOVÁK, J. a T. SRB, 2011. *TNM Klasifikace zhoubných nádorů. Česká verze*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. ISBN 978-80-904259-6-5.

NOVOTNÁ, J. a J. UHROVÁ, 2007. *Ošetrovatelství 2*. Praha: Fortuna. ISBN 978-80-7373-011-6.

PETRUŽELKA, L. a B. KONOPÁSEK, ET.AL., 2003. *Klinická onkologie*. 1. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0395-0.

SEDMÍK, J., P. HROBAŘ A J. MRÁZOVÁ, 2005. Péče o drén a komplikace po perkutánní transhepatické drenáži žlučových cest. *Praktický lékař-časopis*. **2005**(3)

SHERLOCK, S. a J. KOLEZ, 2004. *Nemoci jater a žlučových cest*. Překlad 11.vydání. Hradec Králové: Olga Čermáková. ISBN 80-86703-00-2.

SKALICKÝ, T., V. TŘEŠKA, J. ŠNAJDAUF, Z. KALA A KOL., 2011. *Hepato-pankreato-biliární chirurgie*. Praha: Maxdorf Jessenius. ISBN 978-80-7345-269-8

SOVOVÁ, Eliška, 2012. *Vybrané kapitoly z vnitřního lékařství pro nelékařské obory*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 978-80-244-3133-8

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: Úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

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

TRACHTOVÁ, Eva. A.KOL., 2010. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2.nezměněné. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-324-4.

VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

VORLÍČEK, J., Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ A KOL., 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

WILHELM, Zdeněk. ET AL., 2004. *Výživa v onkologii*. 2.přepracované a doplněné vyd. Praha: Národní centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-410-0.

ZAVORAL, M, 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-902-3.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Nádory

Žlučové cesty

Sestra

Informace

Nemocný

PTD

Ošetřovatelská péče

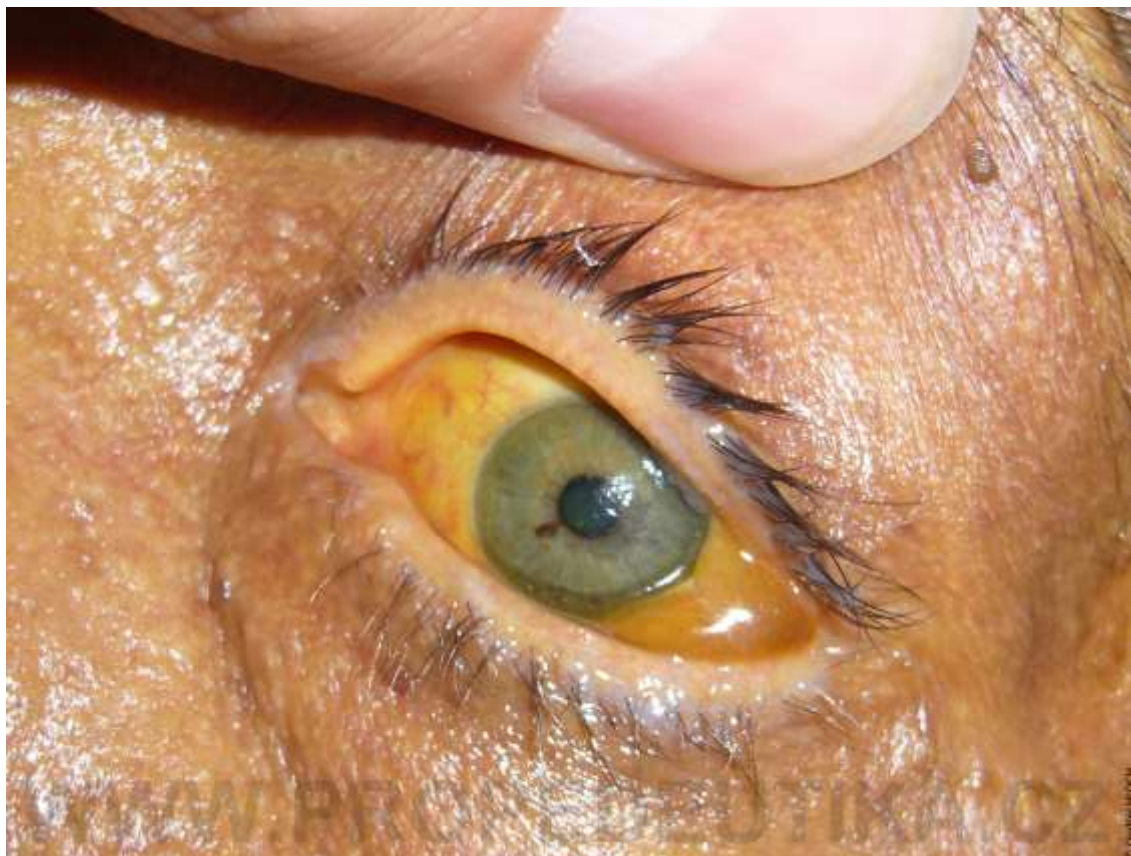
9 PŘÍLOHY

Seznam příloh

- Příloha 1** Ikterus
- Příloha 2** ERCP
- Příloha 3** Klatskinův tumor
- Příloha 4** Zevně-vnitřní drenáž žlučových cest
- Příloha 5** Zevní drenáž žlučových cest
- Příloha 6** Otázky k polostrukturovanému rozhovoru
- Příloha 7** Informační brožura

Příloha 1

Ikterus

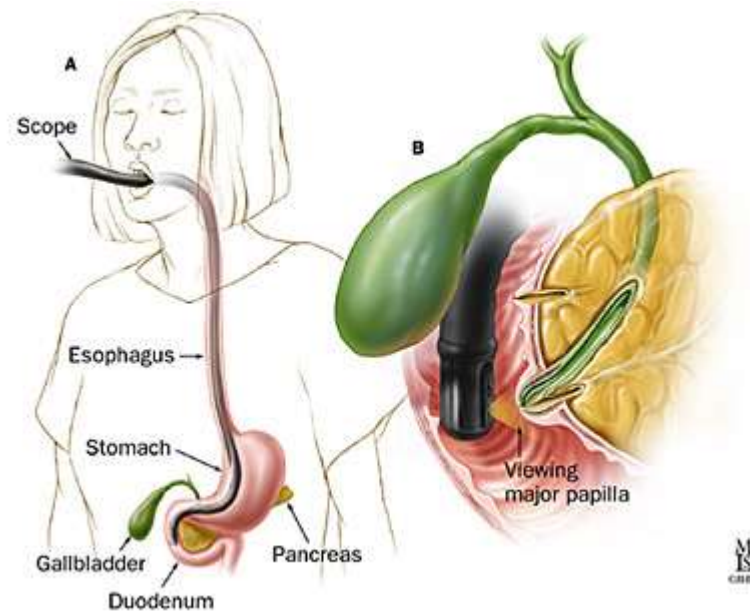


Zdroj:

www.propedeutika.cz

Příloha 2

ERCP

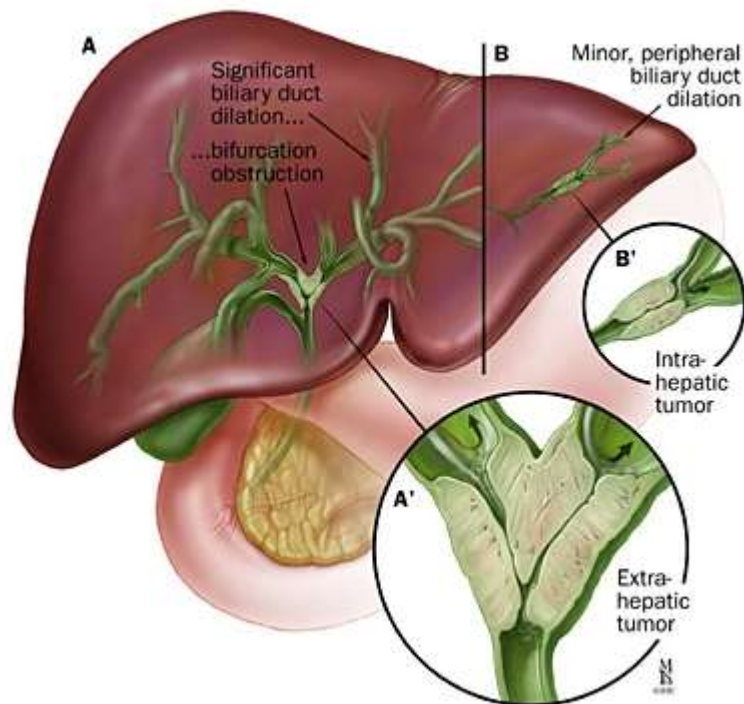


Zdroj:

http://www.hopkinsmedicine.org/liver_tumor_center/conditions/bile_duct_cancer.html

Příloha 3

Klatskinův tumor

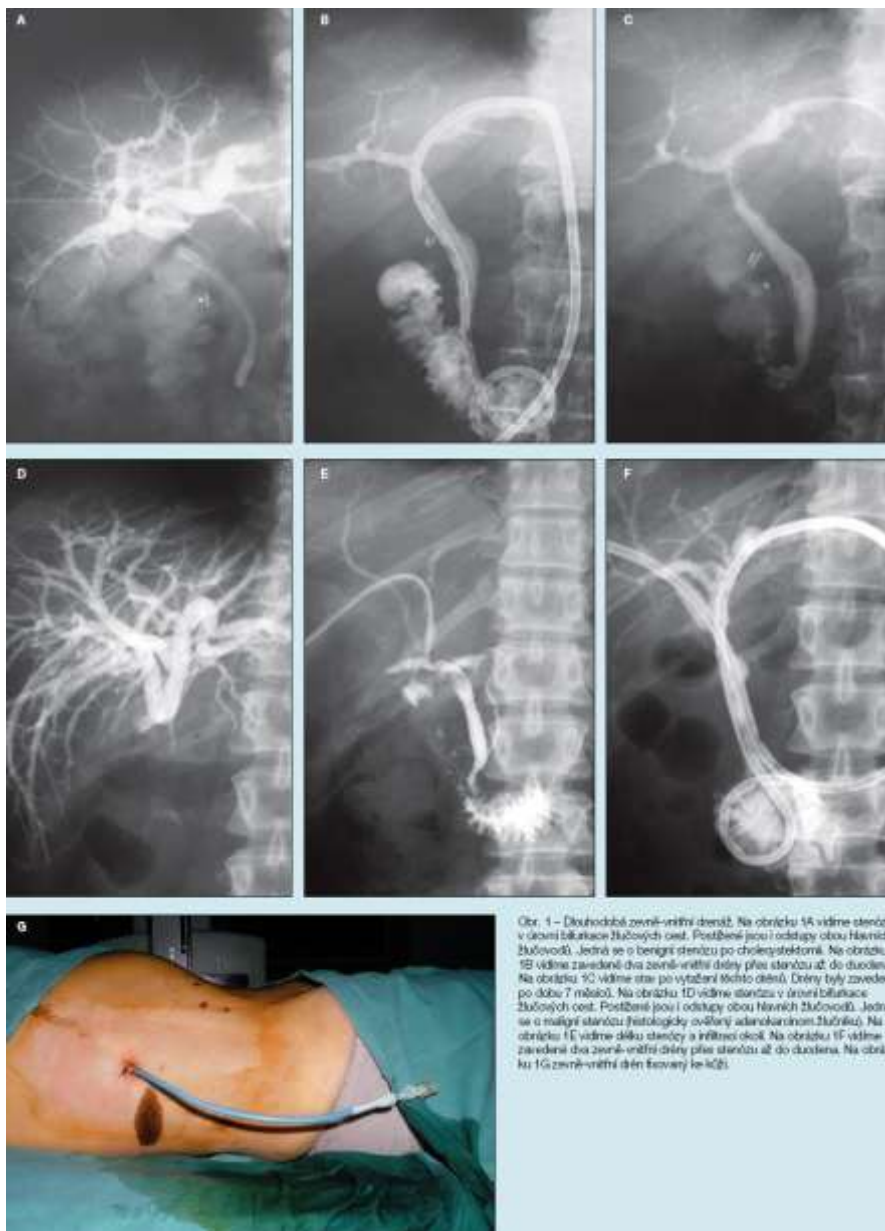


Zdroj:

http://www.hopkinsmedicine.org/liver_tumor_center/conditions/bile_duct_cancer.html

Příloha 4

Zevně-vnitřní drenáž žlučových cest



Zdroj:

www.zdn.cz

Příloha 5

Zevní drenáž žlučových cest



Zdroj:

www.propedeutika.cz

Příloha 6

Otázky k polostrukturovaným rozhovorům

Kategorie: Nemoc

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
3. Znáte důvod, proč jste hospitalizován/a?
4. Léčíte se už dlouho se svou nemocí?
5. Popsal/a byste mi začátek a průběh Vašeho onemocnění?

Kategorie: Hospitalizace

6. Máte dostatečné informace o své nemoci?
7. Informoval Vás zdravotnický personál o průběhu Vaší léčby?
8. Dostal/a jste dostatek informací o plánovaných vyšetřeních a plánu léčby?
9. Dostal/a jste dostatek informací týkajících se přípravy, průběhu a péče po výkonu nebo vyšetření?
10. Kdo Vás seznámil s daným výkonem?
11. Dostáváte informace podané pro Vás pochopitelným způsobem?
12. Zjišťoval/a jste si sám/a nějaké informace týkající se Vašeho onemocnění? Kde?
13. Komunikuje personál s Vašimi příbuznými o Vašem zdravotním stavu?
14. Mají dost informací o Vašem zdravotním stavu?

Kategorie: Informace

15. Co jste v průběhu hospitalizace z ošetřovatelského hlediska nejvíce potřeboval/a?
16. Bylo Vašim potřebám vyhověno?
17. Byla Vám dostatečně poskytnuta pomoc při osobní hygieně?
18. Byla Vám zajištěna při vyprazdňování intimita?
19. Vyhovovala Vám doba návštěv?
20. Rušil Vás přes den nebo v noci hluk?
21. Bylo množství léků podávaných personálem proti bolesti pro Vás vyhovující?
22. Máte v současné době strach o svůj zdravotní stav?
23. Jak byste ohodnotil/a kvalitu jídla?

Kategorie: Potřeby

24. Víte Vy nebo někdo z rodiny jak pečovat o drenáž?
25. Vysvětlil Vám personál přesně jak postupovat při péči o drenáž?
26. Mně/a jste možnost ptát personálu, když Vám bylo něco nejasného ohledně péče o drenáž?
27. Byl personál ochotný Vám odpovědět na Vaše dotazy?
28. Byl někdo z Vašich příbuzných edukován o péči o drenáž?

Kategorie: Rodina

29. Máte se kde vrátit po ukončení hospitalizace?
30. Vysvětlil Vám ošetřující personál, jak o sebe máte pečovat a jak užívat léky po propuštění z nemocnice?
31. Řekl Vám někdo, jaké nebezpečné příznaky Vašeho zdravotního stavu máte po propuštění z nemocnice sledovat?
32. Nabídl Vám ošetřující personál pomoc domácí péče po propuštění z nemocnice?
33. Rozumíte režimovým opatřením, která Vám byla doporučena?
34. Máte telefonické spojení na lékaře v případě, že nastanou nějaké komplikace?
35. Jste spokojen s péčí, která Vám byla poskytována celkově?

Zdroj: vlastní

NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ ŽLUČOVÝCH CEST



**INFORMAČNÍ BROŽURA PRO NEMOCNÉ
S NÁDOROVÝM ONEMOCNĚNÍM ŽLUČOVÝCH
CEST *se zavedenou PTD-perkutánní
transhepatální drenáží***

ÚVOD

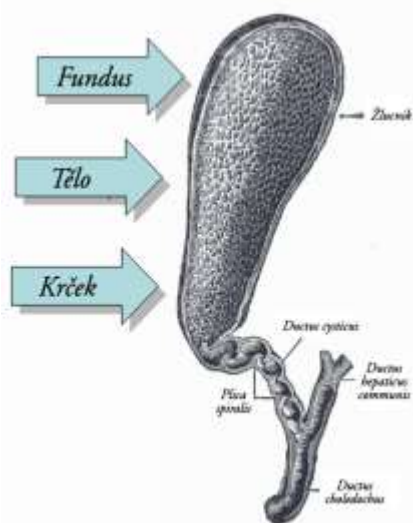
Tato brožura je určena zejména nemocným s nádorovým onemocněním žlučových cest. Manuál by měl sloužit jako informační materiál, který nemocným i jejich nejbližším podá dostatečné informace o onemocnění, léčebném režimu, stravování, péči o drenáž a aby se lépe orientovali v dané problematice.



Zdroj: [www.](#)



Žlučové cesty



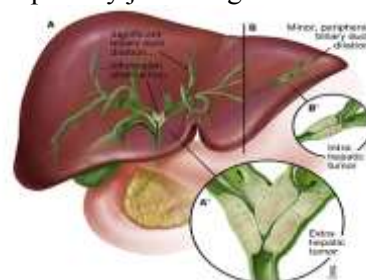
Žlučové cesty - vycházejí stejně v pravém i v levém jaterním laloku, vyúsťují ven z jater jako levý a pravý jaterní vývod. Pod játra se spojují do společného jaterního vývodu. Zde do něho vyúsťuje **žlučník**. Je to rezervoár žluče a tlakový regulátor systému žlučových cest. Žluč se vypuzuje smrštěním žlučníku, kdy reaguje na příjem jídla. Je vypuzována do **žlučnickového vývodu**. Spojuje se ze společným jaterním vývodem ve žlučový vývod. Vyúsťuje společně s vývodem ze slinivky břišní do otvoru zvaný Vaterova papila, která se nachází za žaludkem v části tenkého střeva – ve dvanácterníku.



Nádory žlučových cest

Nezhoubné (benigní) nádory jsou zde diagnostikovány velmi vzácně, nešíří se dál do organismu ani neprodukují žádné škodlivé látky. Jejich léčba v případě potřeby je chirurgická.

Žhoubné nádory (maligní), znamenají onemocnění, kdy se v těle na některém místě nekontrolovatelně množí nenormální buňky, které se vymkly kontrole strážného imunitního systému těla, tudíž je nemůže samo zlikvidovat a ony mohou pronikat do okolních tkání a orgánů, vycestovat mizou a krví do jiných míst těla, usazovat se zde a vytvářet druhotná ložiska, takzvané metastázy. Zhoubných nádorů je mnoho nejrůznějších druhů, každý se vyznačuje jiným chováním v organismu.



Příznaky nádorového onemocnění žlučových cest

Příznaky mohou být neurčité: nevolnosti, zvracení, hubnutí.

Příznaky počínajících nádorů v těchto lokalizacích jsou minimální, tohle onemocnění je většinou zjištěno v počátečním stadiu pouze jako překvapivý náhodný nález nádorových buněk při histologickém vyšetření žlučníku odoperovaného kvůli kamenům a zánětu.

Žlučové cesty mohou reagovat zánětem s vysokými teplotami a třesavkami (cholangitidou) a stav bývá doprovázen svěděním kůže. Pokud neodchází žluč normální cestou do střeva, není stolice normálně zbarvena, ale je výrazně světlejší (až šedavě bílá a mastná) a žlučové barvivo se zvýšeně vylučuje z krve do moči, která je naopak výrazně tmavší.



Diagnostika

Metod je několik:

1. *ultrazvukem (sonografie)*



2. *CT (počítačová tomografie, lidově "tunel")*



3. **ERCP (endoskopická retrogradní cholangiopankreatografie)** je kombinované endoskopické a rentgenové vyšetření, které slouží k zobrazení žlučového systému a slinivky břišní. Provádí se pomocí ohebné sondy s optickým systémem (endoskop), kterou lékař zavede ústy postupně až do dvanáctníku k vyústění žlučových cest a pankreatického vývodu. Do těchto vývodů je pomocí kanyly zavedené endoskopem podána kontrastní látka a náplň je pak hodnocena pod rentgenovou kontrolou.



4. *PTC (perkutánní cholangiografie).*

5. *laparoskopii*

6. *histologické vyšetření odebraného vzorku*

7. *tumorové markery: odběr krve na vyšetření speciálních látek, které mohou být nádorem vylučovány*

8. *rentgen plic (RTG)*



Léčba

Na prvním místě je chirurgické řešení. Pokud nelze nádor odoperovat, nebo jde o onemocnění s metastázami, je možné zvolit chemoterapii, radioterapii s chemoterapií nebo kvalitní sledování bez onkologické léčby spolu s řešením projevů onemocnění jinými metodami. Všechny tyto přístupy jsou adekvátní a rozhodnout je třeba individuálně.

1. drenáž žlučových cest

- **PTD** (perkutánní transhepatální drenáž)
- **Z-V drenáž** (zevně vnitřní drenáž)
- **stent** (endoprotéza) – je pružná pevná trubička se samoroztažitelnou konstrukcí

2. chirurgická léčba

Je indikována, pokud je dle zobrazovacích vyšetření nádor technicky možno odoperovat.

3. radioterapie

Zevní radioterapie ozařování ze zdroje umístěného mimo tělo.

Brachyradioterapie ozařování drobnými zdroji umístěnými v těle nemocného.

4. chemoterapie

Nádory žlučových cest nepatří k onemocněním s vysokou citlivostí k léčbě chemoterapií, proto je potřeba vždy individuálně zvážit, zda u konkrétního nemocného nebude samotné onemocnění způsobovat menší potíže, než v kombinaci s nežádoucími účinky cytostatik, které mohou převážit prospěch.



Podpora onkologicky nemocných

Život s nádorovým onemocněním není lehký. Kromě zdravotních problémů se nemocní často setkávají se sociálními obtížemi např. v zaměstnání, v rodině nebo při běžných denních aktivitách. Lékaři a ostatní zdravotnický personál může nemocným poradit s denním režimem, pracovním nasazením. Důležitou roli mají také sociální pracovníci a psychologové, kteří mohou být v mnohém velmi nápomocní nejen pacientům, ale také jejich rodinným příslušníkům. Cennou podporou pro nemocné jsou i jejich rodiny a přátelé, popřípadě různé skupiny nebo společnosti, které sdružují onkologické pacienty. Pro věřící je jistě velmi důležitá pomoc duchovního. Mnoho rad a informací lze nalézt na internetových stránkách se zdravotnickou tematikou, k dispozici je široké spektrum serverů v češtině i jiných jazycích. K dispozici jsou i četné publikace pro pacienty, mnoho z nich lze zakoupit také v knihkupectvích.



Drenáž žlučových cest

Vaším problémem je žloutenka způsobena překážkou v žlučových cestách. I opakované záněty žlučových cest jen s mírnou žloutenkou může být zásadním medicínským problémem, který je řešitelný perkutánní drenáží. Dlouhodobě neřešená žloutenka způsobená překážkou v žlučových cestách (obstrukční ikterus) vede k jaternímu selhání, malabsorbci, zánětu žlučových cest a zkrácení života.



Popis: Léčebná metoda, pomocí které se drénují žlučové cesty, které nejsou průchodné, např. z důvodu nádorového onemocnění.

Hospitalizace: Hospitalizace je pro nemocného pro léčebný výkon nutná!

Ikterus-žloutenka



Před vyšetření nutně dodržujte pokynů ošetřujícího personálu:

Musíte absolvovat předoperační vyšetření. Od půlnoci lačněte. Sestra Vám zavede permanentní žilní katétr. Na sálek Vás odvezou na lůžku v doprovodu sestry. Při tomto vyšetření budete ležet na vyšetřovacím stole rentgenového pracoviště na levém boku. Při výkonu se používá celková anestezie.

Samotné vyšetření trvá: 30 - 120 minut

Popis vyšetření: Drenáž žlučových cest se dělá různými způsoby, vždy se však používá drén, což je plastická trubička, která odvádí tekutiny z ran nebo tělesných dutin. Slouží jako odvodňovací kanál.

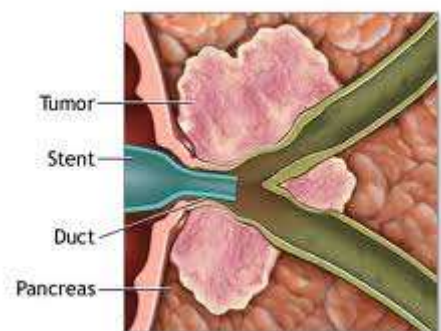
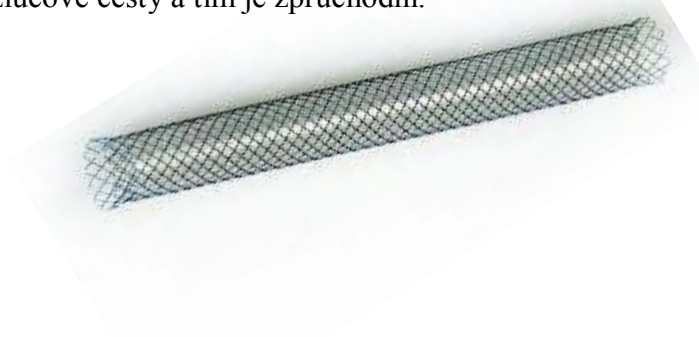
Perkutánní transhepatální drenáž (PTD) – zevní drenáž-drén zavedený do žlučových cest vyúsťuje přes kůži do sběrného sáčku. Ten je potřeba proplachovat, aby se neucpal.



Zevně vnitřní drenáž (Z - V drenáž) - drén přemostňuje překážku a ústí do tenkého střeva. Zevní konec slouží k proplachu. Drén vydrží 6 - 12 týdnů, pak je potřeba jej vyměnit.



Stent - endoprotéza - pevná výztuž přepážky, která trvale rozšíří žlučové cesty a tím je zprůchodní.



ADAM

Komplikace: Zvýšené krvácení, zanesení infekce.



Po vyšetření nutně dodržujte pokynů ošetřujícího personálu:

Dodržuje klid na lůžku. 6 hod. Po vyšetření Vám bude sestra kontrolovat vitální funkce (D,P,TK vědomí), teplotu, u zevní drenáže množství žluči v sáčku, případně obtékání drénu, bolest, u zevně vnitřní drenáže obtékání drénu. Po dvou a šesti hodinách Vám odebere krev a moč. Po 6 hodinách při vyloučení komplikací můžete přijímat tekutiny dle pokynů ošetřujícího personálu. Po 12 až 24 hod. proběhne sonografická kontrola jater a žlučových cest. Po celou dobu Vám sestra důsledná pečuje o drén, a dává pozor na vytažení zejména při přelepování a při výměně krytí. Při péči o drén je důležitá i Vaše spolupráce.



Pokyny pro nemocného o péči o zavedenou drenáž žlučových cest:

- Drén je třeba proplachovat 2-3 x denně 5 -ti ml fyziologického roztoku za sterilních podmínek
- Zevně vnitřní drén ponechat uzavřený, drenáž na spád do střeva, pravidelně proplachovat – sterilně.
- Zevní drén nechat napojen na sběrný sáček.
- Kůži okolo drénu uchovávat v čistotě a suchu.
- Nutnost sprchování nemocného, ne však koupání.
- Dodržovat termíny kontroly či výměny drénu dle dohody s pracovištěm intervenční radiologie.
- V případě obtíží (obtékání drénu, bolesti, zhoršení hodnot jaterního souboru, teploty, třesavka....) nebo jiných nejasností kontaktujte svého lékaře.

O výživě u nádorů žlučových cest



Při léčbě nádorového onemocnění žlučových cest, pozorujeme po konzumaci některých pokrmů potíže, jako je pocit plnosti, nadýmání, bolesti v břiše, nevolnost, někdy i zvracení, sklon k průjmům apod. Abychom jste těmto potížím předešli, doporučujeme Vám změnit stravovací zvyklosti. Snášenlivost potravin při onemocnění žlučových cest je individuální. Sami vyzkoušejte, co vám vyhovuje a pak zařaďte do svého jídelního lístku. Jezte stravu pestrou, menší porce a častěji. Cílem je udržet dobrý stav vaší výživy

Žlučníková dieta s omezením tuku

Tuk je nejčastějším podnětem pro vznik potíží u nádorového onemocnění žlučových cest. Proto vám lékař doporučil dietu s omezením tuků. Dieta s omezením tuku je pestrá, vyvážená a plnohodnotná. Lze ji bez větších potíží dodržovat dlouhodobě. Potraviny vybíráme podle obsahu tuku a stravitelnosti.

Sýry jsou výborné jak se zeleninou, tak s ovocem. Med, džem a přírodní (nerafinovaný) cukr přidávejte do jogurtů, mléčných nápojů, čaje apod.

Maso je vhodné kuřecí, krůtí, libová slepice, králik, ryby – filé, kapr, štika, omezeně vepřové – kýta, kotleta, hovězí kýta. Nevhodná jsou tučná masa, jako je vepřový bůček, krkovice, kačena, husa, zvěřina, skopové, vnitřnosti. Vhodná je kuřecí nebo krůtí šunka, vepřová šunka, kladenská nebo debrecínská pečeně, drůbeží dietní uzeniny apod. Nevhodné jsou masové konzervy, paštiky, uzená masa, nakládaná a marinovaná masa, nakládané ryby a rybí konzervy, plody moře, jitrnice, jelita, prejt, klobásy a ostatní druhy uzenin.

Mléko a mléčné výrobky: vhodné jsou tavené sýry s obsahem tuku do 30 % v sušině bez příchutí, eidam, nízkotučný tvaroh, tvarohové sýry (Lučina), netučné jogurty, termizované dezerty, pudinky. Mléko používejte nízkotučné, pro častou nesnášenlivost jej nedoporučujeme jako samostatný nápoj, ale pouze k přípravě pokrmů. Zakysané mléčné nápoje s nízkým obsahem tuku bývají dobře snášeny - kefir, podmáslí, acidofilní

mléko. Nevhodné jsou mléčné výrobky s vysokým obsahem tuku, šlehačka, smetana, plíšňové a zrající sýry.

Vejsce používejte k přípravě pokrmů (žloutek ne víc jak jeden kus denně, bílky neomezeně). Nevhodná jsou smažená vejce, vaječné omelety, sázená a vařená vejce.

Tuky: Pokrmy připravujeme bez tuku, teprve do hotových jídel přidáváme malé množství másla nebo kvalitního rostlinného oleje. K namazání pečiva malé množství másla, nebo rostlinné tuky (typu Flóra, Rama, Perla apod.). Množství tuku závisí na snášenlivosti. Zakázané jsou přepalované tuky, smažená jídla, sádlo, škvarky, slanina, majonézy, tatarská omáčka, apod.

Pečivo a obiloviny: vhodné jsou housky, rohlíky, veka, starší chléb, netučná vánočka, piškot, bílkové pečivo. Nevhodné je celozrnné a tmavé pečivo, čerstvý chléb, čerstvé kynuté pečivo – buchty, koláče, loupáky, koblihy, výrobky z lístkového těsta, müsli apod. K zahuštění pokrmů používejte bílou pšeničnou mouku opraženou na sucho a dobře povařenou, (nemocní s alergií na lepek použijí bramborový nebo kukuřičný škrob, bezlepkovou mouku). Po tepelné úpravě jsou vhodné krupice, ovesné vločky, krupky (např. jako zavářka do polévky).

Příkrmy: vhodné jsou rýže, těstoviny, dietní knedlíky, krupicové noky, brambory, bramborová kaše, bramborové knedlíky.

Luštěniny: nevhodné jsou všechny druhy luštěnin - čočka, hrách, fazole, sója

Zelenina je vhodná nenadýmavá – mrkev, celer, petržel, dýně, patison, červená řepa, hlávkový salát, čínské zelí, rajčata, rajčatový protlak. Nevhodné jsou nadýmavé druhy zeleniny – zelí, kapusta, květák, paprika, okurky, česnek, cibule, ředkvičky.

Ovoce: vhodné jsou dobře vyzrálé, nenadýmavé druhy ovoce – jablka, nektarinky, broskve, mandarinky, pomeranč, banán; kompotované ovoce – jablka, dýně, meruňky, broskve, třešně, švestky; marmelády a džemy z uvedených druhů. Nevhodné je ovoce nedozrálé, tuhé, příliš kyselé a bobtnající – švestky, hrozny, hrušky, rybíz, angrešt apod. Ovoce volte vždy dle vlastní snášenlivosti.

Koření: vhodné jsou zelené natě, kopr, pažitka, petrželka, majoránka, bazalka, kmín, vanilka, citrónová šťáva, vývar z bobkového listu, sůl apod. Nevhodné je ostré koření – pepř, chilli, paprika, směsi koření na grilování, pečení, do gulášů, polévkové koření, sojová omáčka, hořčice apod.

Nápoje jsou vhodné neperlivé, slabý černý čaj, zelený čaj, bylinné čaje, ovocné čaje, obilninová káva, ovocné šťávy, džusy.

Jak mám jídlo připravovat

- Pokrmy připravujte bez tuku – k tomu využijte vhodného nádobí s teflonovou úpravou, s ocelovým dnem, vaření v páře, pečení v alobalu, apod.
- Při přípravě používejte vaření, dušení i pečení. Doba úpravy musí být dostatečně dlouhá, aby bylo jídlo měkké. Nevhodné je jakékoliv smažení.
- Nepoužívejte cibulový základ – smažená cibulka není vhodná.
- Zahušťujte moukou opraženou nasucho, jíška bývá špatně snášena.
- Přidávejte malé množství másla pro zvýšení energetické hodnoty pokrmu.
- Jídlo nesmí být příliš horké ani studené, musí být lehce stravitelné, nenadýmavé, nesmí být příliš kořeněné.
- Pokud nesnášíte mléko – nepoužívejte ho.

Doporučujeme:

- Jezte pestrou stravu každý den. Žádné jídlo samo neobsahuje všechny živiny, které jsou pro zdraví důležité.
- Zvyšte ve svém jídelníčku podíl syrového ovoce a zeleniny alespoň na 500g denně.
- Zeleninu a ovoce vždy důkladně umývejte.
- Surová a vařená zelenina, ovoce a ovocné šťávy obsahují vitamíny, minerály a vlákniny, které potřebujete. Připravte si občas zeleninové nebo ovocné saláty.
- Jezte často luštěniny, rýži natural, celozrnné pečivo a chléb. Tyto potraviny jsou dobrými zdroji kompletních uhlovodanů, vitamínů, minerálů a vláknin.
- Omezte hovězí maso, dávejte přednost bílému masu – drůbeži bez kůže, jezte pravidelně ryby.
- Denně jezte mléčné výrobky, především bílé jogurty, tvaroh, nízkotučné sýry. Mléčné výrobky jsou bohatým zdrojem vápníku a dalších minerálů. Připravujte si jednoduchá jídla, používejte osvědčené a snadné recepty.
- Tuk přidávejte do stravy opatrně a dávejte přednost rostlinným tukům. Moučníky a čokoládu s vysokým obsahem cukru a tuku jezte v malém množství.
- Nepřesolujte a pro přípravu pokrmů užívejte bylinky a koření v rozumné míře.
- Potraviny kupujte co nejčerstvější a správně uložte do ledničky nebo mrazničky.
- Pozor na potraviny, které by mohly obsahovat nebezpečné plísně – burské oříšky apod.
- Dodržujte pitný režim – denně vypijte alespoň 2 litry tekutin, (v létě, při zvýšené teplotě nebo průjmovém onemocnění více).
- Pokrmy si připravujte vařením, nekonzumujte jídla uzená, grilovaná a připravovaná na přepáleném tuku nebo na roštu.
- Nebojte se požádat člena rodiny nebo přítele o pomoc s vařením nebo nákupem.
- Připravujte si jednoduchá jídla, používejte osvědčené a snadné recepty.
- Odbornou pomoc, jak správně postupovat při sestavování jídelníčku a přípravě pokrmů vám ochotně poskytnou v poradně pro zdravou výživu. Poradna spolupracuje s odbornými lékařskými pracovišti a má zajištěnou návaznost na případná další speciální vyšetření.

Použita literatura:

URBÁNEK, L., P. URBÁNKOVÁ, 2008. *Klinická výživa v současné praxi*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-473-3

SDRUŽENÍ MAC, spol.s r.o., 2002. *Stravování při nádorových onemocněních*. Praha: MAC. ISBN 80-86015-80-7

onko.cz/lekar-co-potrebujete-vedet-o-vyzive-u-nadoru-zlucniku-a-zlucovych

BROŽURU SESTAVILA: J.ROUBALOVÁ 2013-05-01