

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Ošetrovatelská péče o pacienta s implantovaným venózním portem

Alena Stejskalová

Bakalářská práce

2014

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alena Stejskalová**
Osobní číslo: **Z11172**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Ošetřovatelská péče o pacienta s implantovaným venózním portem**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :


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

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

1. DYLEVSKÝ, Ivan. Somatologie: [učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium]. vyd. 2., přeprac. a dopl. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
2. MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. Kapitoly z ošetrovatelské péče. 1. díl. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
3. KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelství v intenzivní péči. vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 368 s. ISBN 80-247-1830-8.
4. VORLÍČEK, Jiří et al. Klinická onkologie pro sestry. vyd. 2., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 2012. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
5. NOVÁKOVÁ, Michaela et al. Ošetrovatelská péče o nemocné se zavedeným žilním portem. Diagnóza v ošetrovatelství, 2009. ročník V., č.3, s. 10-12. ISSN 1801-1349.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**
Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2014**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2014

Prohlašuji

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 20. 4. 2014

.....
Alena Stejskalová

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Kateřině Čermákové za odborné vedení, vstřícnost, laskavý přístup a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

Velké díky patří také pacientům, kteří byli ochotni účastnit se dotazníkového šetření a sestřám za spolupráci při zprostředkování dotazníků pacientům.

Poděkování patří i mé rodině a blízkým, kteří mi po celou dobu studia pomáhali a podporovali mě.

Anotace

Bakalářská práce poskytuje souhrn informací o implantabilních venózních portech, které jsou součástí léčby především u pacientů s hematologickým onemocněním. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se věnuje popisu portu, jeho implantaci, komplikacím a ošetrovatelské péči o port. Praktická část je zaměřena na výzkumné výsledky, konkrétně na analýzu a interpretaci dat z dotazníkového šetření.

Klíčová slova

intravenózní port, implantace portu, Huberova jehla, chemoterapie, ošetrovatelská péče

Title

Nursing Care of a Patient with an Implanted Venous Port

Annotation

Bachelor thesis provides a summary of implantable venous ports that are part of the treatment, particularly in patients with hematological disease. The work is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part describes the port, its implantation, complications and nursing care for the port. The practical part is focused on the research results, specifically on the analysis and interpretation of data from the survey.

Keywords

intravenous port, port implantation, Huber needle, chemotherapy, nursing care

Obsah

Úvod.....	11
Cíle.....	13
I Teoretická část.....	14
1 Historie portu.....	15
2 Popis portu a jeho druhy.....	16
2.1 Huberova jehla.....	17
2.2 Materiály a druhy portů.....	17
3 Indikace a kontraindikace.....	18
3.1 Indikace k zavedení portu.....	18
3.2 Kontraindikace.....	18
4 Místa vhodná k implantaci.....	19
5 Vlastní implantace.....	20
5.1 Příprava pacienta.....	20
5.2 Postup implantace.....	21
5.3 Pooperační péče.....	22
6 Ošetrovatelská péče o implantabilní venózní port.....	23
6.1 Technika vpichu a ošetření portu.....	23
7 Explantace portu.....	26
8 Komplikace.....	27
8.1 Procedurální komplikace.....	27
8.2 Postprocedurální komplikace časně a pozdní.....	28
8.2.1 Časně postprocedurální komplikace.....	28
8.2.2 Pozdní postprocedurální komplikace.....	29
9 Výhody a nevýhody portu.....	30

9.1 Výhody.....	30
9.2 Nevýhody	30
10 Implantační centra v ČR	31
11 Společnost pro porty a permanentní katétrů	32
II Praktická část.....	33
2.1 Výzkumné otázky	34
2.2 Metodika výzkumu	35
2.3 Charakteristika zkoumaného souboru	35
2.4 Analýza dat a interpretace výsledků.....	36
2.4.1 Otázka č. 1: Pohlaví	36
2.4.2 Otázka č. 2: Věk.....	37
2.4.3 Otázka č. 3: Jak dlouho je port zaveden.....	38
2.4.4 Otázka č. 4: Na jaké straně je port zaveden	39
2.4.5 Otázka č. 5: Vyhmatání portu v podkoží	40
2.4.6 Otázka č. 6: Možnost aspirace z portu	41
2.4.7 Otázka č. 7: Nosí pacienti u sebe běžně průkaz uživatele portu	42
2.4.8 Otázka č. 8: Informovanost	43
2.4.9 Otázka č. 9: Získání informací.....	45
2.4.10 Otázka č. 10: Strach či obavy před výkonem.....	46
2.4.11 Otázka č. 11: Bolest operační rány po výkonu	47
2.4.12 Otázka č. 12: Omezuje port v něčem pacienty.....	48
2.4.13 Otázka č. 13: Výrazně narušený vzhled těla zavedeným portem.....	49
2.4.14 Otázka č. 14: Vadí port při nějakých běžně vykonávaných činnostech.....	50
2.4.15 Otázka č. 15: Vznik některé z možných komplikací.....	51
2.4.16 Otázka č. 16: Jak se zachovat při vzniku komplikací	52
2.4.17 Otázka č. 17: Sterilní krytí portu po ukončení aplikace.....	53

2.4.18	Otázka č. 18: Spokojenost s implantovaným portem.....	54
2.4.19	Otázka č. 19: Doporučení portu dalším pacientům.....	55
2.4.20	Chtěl/a byste sdělit něco dalšího ohledně portů?	56
2.5	Diskuze.....	57
2.5.1	První výzkumná otázka	57
2.5.2	Druhá výzkumná otázka.....	59
2.5.3	Třetí výzkumná otázka	59
2.5.4	Čtvrtá výzkumná otázka.....	60
2.5.5	Pátá výzkumná otázka.....	61
2.6	Závěr.....	63
	Seznam bibliografických citací	65
	Seznam tabulek a obrázků	68
	Seznam příloh	70
	Přílohy.....	71

Seznam zkratk a značek

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
CT	počítačová tomografie
ČR	Česká republika
EKG	elektrokardiografie
FN	fakultní nemocnice
I.U.	International Unit – měrná jednotka pro množství účinné látky
i.v.	intravenózní
KN	krajská nemocnice
ml	mililitr
PICC	peripherally inserted central catheter
RTG	rentgen

Úvod

Bakalářská práce se zabývá implantabilními venózními porty a ošetrovatelskou péčí o ně. Během několika posledních let se intravenózní porty staly běžnou součástí léčby onkologických pacientů. Onkologická léčba je většinou složitá. Pro žilní systém pacienta představuje velkou zátěž. Ať už jsou to opakované cykly chemoterapie, tak i odběry krve nebo aplikace infuzí, transfuzí, výživy, analgetik či antibiotik. Pro tyto pacienty je vhodné zajištění dlouhodobého žilního přístupu buď formou podkožně implantovaného intravenózního portu nebo periferně zavedeného centrálního žilního katétru (tzv. PICC). Předjde se tak nadměrné a opakované traumatizaci periferních žil. Používání dlouhodobých intravenózních vstupů výrazně zkvalitnilo celkovou léčbu onkologických pacientů. Porty lze využít i v léčbě bolesti a dále jako emergentní přístup u astmatiků a epileptiků.

Implantovaný port tedy umožňuje vstup do centrálního venózního řečiště. Samotný výkon je jednoduchý a bezpečný. Při nekomplikovaném průběhu trvá implantace portu zhruba půl hodiny. Výskyt komplikací je malý. Nejčastěji se jedná o komplikace postprocedurální. Konkrétně jsou to trombotické a infekční postprocedurální komplikace. Výskyt komplikací lze snížit správným provedením výkonu, kvalitní ošetrovatelskou péčí a dobrou edukací pacienta.

Ošetrovatelská péče je základem pro dlouhodobé a bezproblémové používání portu. Středně zdravotnický personál je speciálně školen pro ošetřování portů. Při ošetřování portkatétru se vždy dodržuje aseptický přístup a postupuje se dle platného standardu. Precizní přístup k ošetřování je důležitý, protože portkatétr je zaveden v centrálním žilním řečišti a při nesprávné manipulaci hrozí vysoké riziko infekčních komplikací, které pak mohou zkomplikovat léčbu pacienta. Riziko je výraznější především u pacientů se sníženou obranyschopností. Portsystem je pacienty dobře tolerován. Poskytuje řadu výhod jak pro pacienty, tak i pro ošetřující personál. Zajišťuje určitý komfort a zvyšuje kvalitu života pacientů.

Cílem práce je zjistit informovanost a spokojenost pacientů s implantovaným venózním portem. Předpokladem je získání veškerých informací, aby byla lépe daná problematika pochopena.

Teoretická část je zaměřena na popis portkatétru, včetně indikací, kontraindikací a metodiku výkonu. Dále je zde popsána ošetrovatelská péče o port a možné komplikace, které souvisí s výkonem - procedurální a komplikace vzniklé po zavedení portu - postprocedurální.

Praktická část bakalářské práce spočívá ve vyhodnocení a interpretaci dat, získaných na základě dotazníkového šetření.

Cíle

1. Na základě dostupné literatury charakterizovat implantabilní venózní port, popsat jeho zavedení, ošetřování a možné komplikace.
2. Zjistit míru informovanosti respondentů v oblasti portů.
3. Zjistit, zda respondentům port vyhovuje nebo k němu mají výhrady.
4. Porovnat informovanost pacientů onkologického centra nemocnice krajského typu s nemocnicí fakultního typu.
5. Vytvořit informační mapu před a po implantaci portu.

I Teoretická část

1 Historie portu

Intravenózní port se během posledních let stal běžnou součástí léčby onkologických pacientů. Onkologové již od počátku léčby cytostatiky řešili problém devastace povrchových žil. (Ondrák, 2005, s. 677)

V roce 1968 Dudrick et al. zavedli první perkutánní infraklavikulární katétr. V roce 1973 Broviac et al. poprvé použili tunelizovaný katétr z umělé hmoty a v roce 1979 Hickman et al. katétr modifikovali a použili ho k aplikaci chemoterapie. Ve stejném roce vyvinuli také dvojcestný katétr. První implantaci portu provedli v roce 1982 Niederhuber a Gyves. Port byl z titanu a plastu a nazvali ho Infuse-A-Port. (Fricová, Stříteský, 2006, s. 165)

V této době také probíhají zkoušky portových systémů. Ukazuje se, že venózní port má velké výhody, a proto koncem osmdesátých let dochází k rozšíření a vývoji nových portkatétrů. Výborné zkušenosti s venózními porty vedou k rozvoji nových systémů, které se implantují i do jiných částí těla, jako např. arteriální, peritoneální či epidurální. (Ondrák, 2005, s. 677) Nejčastější je intravenózní implantace a to u onkologických pacientů s plánovanou cyklickou chemoterapií. Cytotoxický efekt vysokých dávek cytostatik totiž vede k poškození periferních žil. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 183)

Pro pacienty z Pardubického a Královéhradeckého kraje je implantační centrum ve Fakultní nemocnici Hradec Králové, kde zavádí portové systémy od roku 1995. Do roku 2003 aplikovali na angiografickém sále v průměru 30 portů ročně. Poté nastal strmý růst a v roce 2007 implantovali již přes 250 intravenózních portsystémů. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 183)

2 Popis portu a jeho druhy

Port (viz příloha č. 1) je implantabilní zařízení pro i. v. injekce a infuze, aplikace cytostatik a odběry krve. Zabezpečí opakovaný přístup do centrálního žilního systému. Nejčastěji se zavádí do horní duté žíly. Vlastní port je uložen podkožně, obvykle na pravé straně (subklavikulární oblast) a je napojen na komůrku s membránou. U pacientek s karcinomem prsu se dává na zdravou stranu. (Kelnarová, 2009, s. 38-39) Komůrka je zašita do podkožní kapsy. Pokud se port nepoužívá, je skryt pod kůží a tím je i menší riziko infekčních komplikací. (Vorlíček, 2012, s. 113)

Implantabilní venózní katétr (portkatétr) je systém složený z těla a katétru a ty jsou spojeny zámkem. Popis je v příloze č. 2. Tělo neboli komůrka portu je vyrobeno z titanu, plastu nebo kombinací těchto materiálů. Na těle jsou fixační otvory. Komůrka je kryta silnou silikonovou membránou, přes kterou jsou podávána farmaka. Membrána tvoří nepropustnou bariéru mezi portsystémem a vnějším okolím. Dle typu portu vydrží membrána 1500-3000 vpichů. Toto platí také za předpokladu, že k aplikaci používáme speciální portovou Huberovu jehlu. Aplikační komůrka se implantuje do podkoží a fixuje se k fascii. Díky tomu se zabrání možné migraci nebo rotaci portové komůrky. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 184) V posledních letech lze implantovat port již bez nutnosti fixace k fascii svalů. (Labudíková, 2009, s. 281)

Na tělo portu se napojí katétr, který se jistí zámkem. Katétr se vyrábí ze silikonu nebo polyuretanu. Můžeme použít klasický katétr s koncovým otvorem, nebo katétr kde je na konci kanyly chlopeň, která brání vniknutí krve do portu v době, kdy není používán. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 184)

Principem funkce portu je podkožně umístěný rezervoár, který je spojen s centrálním žilním řečištěm podkožně tunelizovaným katétrem. (Labudíková, 2009, s. 281) Objem rezervoáru je závislý na velikosti portové komůrky. Vyrábějí se různé velikosti portů. Dělí se na porty pro dospělé, pro děti, nízkoprofilové, které jsou určeny pro pacienty s nízkým podkožím a na periferní, kdy se komůrka implantuje na paži či předloktí (tzv. PICC) a centrální kanyla je vedena přes periferní žílu. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 184)

2.1 Huberova jehla

K aplikaci do portu se používá speciální Huberova jehla. Je vyobrazena v příloze č. 3 a 4. Má zkosený hrot a je vyvinuta tak, aby nepoškodila silikonovou membránu. (Labudíková, 2009, s. 282) Jehla se zavede transkutánně do komůrky portu a následně se provádí odběry nebo se podávají roztoky určené k intravenózní terapii. Kvalita použité jehly je zcela zásadní pro správnou funkci portu. Nikdy se nesmí použít běžná jehla, protože by poškodila membránu portu. Jehly se liší svým kalibrem a tvarem. (Fialová, 2012, s. 181)

Huberovy jehly dělíme na rovné, pravoúhle zahnuté, s křídélky nebo s kloboučkem. Rovné jehly používáme k jednorázové aplikaci a na odběry krve. Zahnuté jehly na aplikaci do 24 hodin. Jehlu s křídélky nebo kloboučkem lze použít na aplikaci do portsystému po dobu 3-5 dnů. Délka jehly je 19- 38 mm. (Labudíková, 2009, s. 282)

2.2 Materiály a druhy portů

Všechny materiály užívané pro výrobu portů jsou obvykle bezproblémově snášeny. Nejčastěji používaným materiálem je plast nebo kov (titan). Novinkou je keramika, která je určena pacientům s prokázanou alergií na plasty nebo titan. Většina portů je plně kompatibilní s vyšetřením magnetickou rezonancí. (Fricová, Stříteský, 2013, s. 16)

Nejčastěji se používají porty jednokomorové. Existují i dvoukomorové porty, které umožňují například aplikaci vzájemně inkompatibilních léků. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 184) Novinkou v nabídce intravenózních portů jsou porty s groshongovou chlopní, u nichž není nutná heparinizace. Dalším novým výrobkem (viz příloha č. 5) jsou Power porty (tzv. CT porty), které lze použít při CT vyšetření na aplikaci kontrastní látky rychlostí až 2 ml/s. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 26)

3 Indikace a kontraindikace

3.1 Indikace k zavedení portu

Indikace k implantaci venózního portu je nejčastěji u onkologických pacientů k aplikaci chemoterapie. (Fricová, Stříteský, 2006, s. 179) Port může být indikován i u neonkologických pacientů např. při dlouhodobé aplikaci parenterální výživy, při léčbě chronické bolesti, u pacientů s metabolickou poruchou, hemofilii či AIDS. (Labudíková, 2009, s. 281) Další indikací je špatný stav periferních žil, časté odběry krve, aplikace krevních derivátů a u všech ostatních stavů vyžadujících dlouhodobý žilní přístup. (Nováková, 2009, s. 12)

3.2 Kontraindikace

Celkový klinický stav nemocného patří mezi hlavní kritérium při rozhodování o zavedení portu. Kontraindikace výkonu jsou absolutní a relativní. Absolutní kontraindikací je septický stav, bakteriémie, diseminovaná intravaskulární koagulopatie nebo alergie na materiál portkatétru. Z relativních kontraindikací je to monstrózní obezita, těžká trombocytopenie, intolerance cizího materiálu v těle z psychického hlediska a nemocní ze sociálně slabších vrstev, kde je pravděpodobnost, že zanedbají péči o port. (Fricová, Stříteský, 2006, s. 179)

Další relativní kontraindikací je porucha průtoku krve v kanylované žíle a riziko zhoršení lymfatické drenáže či granulocytopenie. V případě poruchy průtoku krve v kanylované žíle je potřeba zvolit k zavedení jinou žílu. U granulocytopenie se pro vyšší riziko infekčních komplikací doporučuje podat profylaktickou dávku širokospektrých antibiotik. U trombocytopenie je vhodné vyčkat regenerace krvetvorby. Pokud není čas čekat na regeneraci krvetvorby, pak se před výkonem podá trombokoncentrát. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 185)

4 Místa vhodná k implantaci

Nejčastějším místem kanylace je vena subclavia dextra. Výběr strany pro uložení portkatétru záleží na klinickém nález, na dominantní straně pacienta a dále na zvláštlostech např. chůze o holích, hra na housle či střelba apod. (Fricová, Stříteský, 2006, s. 177) Pacientkám s karcinomem prsu se port implantuje na zdravou stranu, kde nebyl proveden operační zákrok a nebude se tato oblast ozařovat. (Nováková, 2006, s. 35)

Do horní duté žíly se lze dostat punkcí podklíčkové nebo jugulární žíly. Velmi oblíbená je subklaviální kanylace, avšak nejvhodnějším přístupem je pravá vnitřní jugulární žíla. Je to přímá cesta k pravé části srdce a také je zde omezeno riziko zalomení katétru. (Fialová, 2012, s. 182) Anatomický obraz je umístěn v příloze č. 6.

Kanylace zvolené žíly se může provádět dle anatomické orientace (klíček, jugulum, úpon musculus sternocleidomastoideus). Dále se může využít skiaskopické navádění přímo na katetrizačním sále nebo z periferie provedené zobrazení punktované žíly pomocí flebografie. Další možností je napíchnutí vény pod přímou kontrolou ultrazvuku. Správně zavedený katétr by měl mít plynulý průběh a špička by měla končit na rozhraní horní duté žíly a pravé síně srdeční. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 185)

Existují i alternativní přístupy do centrálního venózního systému, ale ty jsou indikovány jen ve výjimečných případech. (Fricová, Stříteský, 2006, s. 178) Jedná se o pacienty, kterým nelze implantovat portkatétr standardní metodikou implantace. (Štěpánek, 2009, s. 15) Jde například o trombózy velkých cév a infekce v místě implantace portu. Také tam, kde klasické přístupy selhaly. Mezi alternativy patří femorální, transjugulární, postklavikulární a translumbární přístup. (Fricová, Stříteský, 2006, s. 178)

5 Vlastní implantace

5.1 Příprava pacienta

Příprava pacienta začíná již samotnou indikací k zavedení žilního portu. (Nováková, 2006, s. 35) Před výkonem musí lékař nemocnému podat adekvátní informace o plánované implantaci portu, seznámit ho s možnými komplikacemi při zavedení a při používání portsystému a dát pacientovi podepsat informovaný souhlas. V anamnestickém vyšetření zjistí i případné alergie. (Kelnarová, 2009, s. 39) Výhodou je, když má pacient dostatek informací o implantaci a může si port i fyzicky prohlédnout. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 26)

Důležité je také klinické vyšetření, které se soustředí na podklíčkové krajiny a vyšetření krku. Lékař zde hodnotí předchozí kanylace, které mohou mít za následek stenózy nebo uzávěry centrálních žil a vznik podkožního kolaterálního oběhu. Při pozitivním nálezu je indikováno ultrazvukové vyšetření nebo flebografie. Při implantaci portu je pak radiolog schopen tyto stenózy či uzávěry ošetřit. Implantaci portu je vhodné provést alespoň dva týdny před plánovanou chemoterapií z důvodu omezení komplikací spojených se špatným hojením operační rány. (Fialová, 2012, s. 182)

Portkatétr se implantuje za přísných aseptických podmínek na katetrizačním nebo chirurgickém sále. Příprava operačního pole a samotných operátérů je stejná jako na jiných operačních sálech. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 185) Operátér má na sobě předepsané pracovní oblečení a obuv. Na hlavu si nasadí operační čepici. Důležitá je chirurgická dezinfekce rukou, která spočívá v mechanické očištění kůže sterilním měkkým kartáčkem a mýdlem pod tekoucí vodou. Po ukončení mytí si operátér osuší kůži rukou a předloktí sterilním mulem a následuje vtírání dezinfekčního roztoku. Poté si oblékne ústenku, sterilní plášť a rukavice. (Zeman, 2011, s. 187)

Samotný výkon se provádí v lokální anestezii s rentgenovou kontrolou. U dětí nebo u anxiózních pacientů je lepší použít kombinaci lokální anestezie s analgosedací popřípadě totální intravenózní anestezii. (Fricová, Stříteský, 2006, s. 177) Pacient musí být lačný a mít výsledky laboratorního vyšetření maximálně 3 dny staré. (Kelnarová, 2009, s. 39) Vyšetřuje se krevní obraz a hemokoagulace kvůli možnému krvácení při výkonu. Je to velmi důležité zvláště u hematologických pacientů. (Fricová, Stříteský, 2006, s. 178)

Den před výkonem by měl pacient pít dostatek tekutin. Od půlnoci pak nejíst ani nekouřit, pouze pít tekutiny. Bezprostřední předoperační příprava spočívá v oholení operačního pole, důkladné hygieně a odložení šperků. (Labudíková, 2009, s. 281)

5.2 Postup implantace

Během výkonu se monitoruje EKG, pulz, krevní tlak a saturace. Při výkonu musí operátor dbát na pečlivou hemostázu, protože vzniklý hematoma by mohl komplikovat hojení rány. Při nekomplikovaném průběhu trvá výkon zhruba půl hodiny. U hematologických pacientů se doporučuje antibiotická profylaxe. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 185)

Implantační sety jsou vyráběny firemně (viz příloha č. 7). (Fialová, 2012, s. 182) Na operačním sále se provede dezinfekce kůže. Poté se operační pole zarouškuje. Výkon se provádí v lokální anestezii, eventuálně lze podat krátkodobé hypnotikum. Postup výkonu je zobrazen v příloze č. 8. K zavádění katétru se používá punkční Seldingerova technika. Je to postup, kdy se přes jehlu zavede vodič do kanylované žíly a po vodiči buď rozlamovací sheath (tzv. peel-away sheath) nebo již vlastní katétr. Pokud se použije rozlamovací sheath, kanyla se přes něj zasune a sheath následně sloupne ze zavedené kanyly. Při sloupávání sheathu se musí kanyla fixovat, aby nedošlo k jejímu povytažení. Chirurgická preparace žil se vzhledem ke zbytečné zátěži nemocného nedoporučuje. Provádí se pouze výjimečně. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 186) Po kanylaci proběhne kontrola žilního návratu a katétr se propláchně fyziologickým roztokem. (Fialová, 2012, s. 183) K určení správné polohy a délky portkatétru je indikována peroperační skioskopie. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 186)

Tělo portu je nejčastěji lokalizováno mediálně od medioclavikulární čáry, zhruba 6-8 cm pod klavikulou. (Fricová, Stříteský, 2006, s. 177) V podklíčkové oblasti se vytvoří prostor na uložení portové komůrky. Podkožní kapsa musí být přiměřené velikosti, aby nedošlo k rotaci nebo migraci portu. Port se ukládá asi 0,5-1 cm pod povrch kůže, proto je tak dobře hmatný. Tunelizační technikou se protáhne do vytvořené kapsy proximální konec katétru a upraví se jeho délka. Poté přichází na řadu kompletace těla portu s katétre a spojení se uzamkne zámkem. Pevnost spojení se pak vyzkouší tahem. Tělo portu je zanořeno do připravené podkožní kapsy a fixováno k prsnímu svalu, který tvoří pevnou oporu pro port. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 186)

Přes silikonovou membránu portu se zavede Huberova jehla a aspirací se zkontroluje funkčnost portkatétru. Aplikací rentgen kontrastní látky je ověřena poloha a odhalí se tím

i případná netěsnost v systému. Port se opět propláchne fyziologickým roztokem a aplikuje se heparinová zátka. (Fialová, 2012, s. 183) Teprve poté je možné přejít k sutuře rány. Sutura se vede mimo komůrku portu. Předchází se tím riziku horšího hojení rány, dehiscence rány či vzniku keloidu. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 186)

Heparinová zátka slouží jako prevence trombotických komplikací. Je to také nezbytné opatření pro zachování dlouhodobé funkčnosti a průchodnosti portsystému. Heparinovou zátkou se označuje heparinovaný fyziologický roztok (10-100I.U. v 1 ml fyziologického roztoku) o objemu 5 ml. (Fricová, Stříteský, 2006, s. 178)

5.3 Pooperační péče

Po výkonu je nutná observace (4-6 hodin) nebo jednodenní hospitalizace. Pro možný vznik komplikací a také pro znovuověření polohy portsystému se provádí rentgenová kontrola s časovým odstupem. Pokud to lze, snímkuje se pacient vestoje. U ambulantních pacientů za 2-6 hodin po výkonu a u hospitalizovaných pacientů se doporučuje snímek hrudníku až druhý den. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 186) RTG snímek pacienta s implantovaným portem je v příloze č. 9.

V případě nutnosti je možné port využít ihned po implantaci. (Nováková, 2009, s. 10) Lepší je však s aplikací 2-3 dny setrvat. Místo implantace portu je po výkonu citlivé a oteklé. V den zavedení je vhodné, aby pacient dodržel klidový režim. Nedoporučuje se koupel, pouze sprcha a dezinfekce místa implantace se sterilním krytím. Stehy se extrahují 7. - 10. den. (Kelnarová, 2009, s. 39) Až do extrakce stehů by pacient neměl zatěžovat horní končetinu. Po zhojení rány se již nemusí omezovat a může opět vykonávat běžné činnosti, jak byl zvyklý před implantací. (Labudíková, 2009, s. 282)

Každý pacient po implantaci portu dostane „Průkaz pacienta s podkožním portem“. Je zde zapsáno datum zavedení portu a kontakt na lékaře. Dále se do průkazky dokumentuje každý proplach portu a případné komplikace. (Labudíková, 2009, s. 282)

6 Ošetrovatelská péče o implantabilní venózní port

Správná péče o port patří mezi základní předpoklady úspěšnosti této metody. Důležitou roli zde hraje edukace sester, pacienta a často i členů jeho rodiny. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 187) Edukace je proces výchovy a vzdělávání jedince. Spočívá v ovlivňování chování a jednání daného jedince. Cílem tohoto procesu je navození pozitivních změn ve vědomostech, návycích, postojích a dovednostech. (Juřeníková, 2010, s. 9) Součástí péče o port je i pečlivé vedení dokumentace. Zaznamenávají se přesná data proplachů, převazů a výměny jehel. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 187)

Pro vpich do portu se používá pouze Huberova jehla. Transkutánní aplikace jehly do těla portu nebolí. Ve výjimečných případech lze nanést na port před napíchnutím anestetický krém pro místní znecitlivění. Ošetřování portu není časově náročné a manipulace je snadná pro zdravotnický personál i samotného pacienta. Edukace pacienta tedy spočívá v nácviku vyhledání portu, správné techniky vpichu a vytáhnutí jehly. (Fricová, Stříteský, 2013, s. 17)

Péči o i. v. vstupy všeobecně (centrální katétry a porty) a aplikaci chemoterapie smí provádět jen písemně pověřená sestra, proškolená v ošetřování centrálních i. v. vstupů. Je vhodné, aby každé pracoviště, které ošetřuje centrální katétry, mělo vyškolenou tzv. portovou sestru. Tato sestra provádí základní poučení pacientů, ošetření centrálních katétrů a je školitelkou péče o tyto vstupy pro další sestry. (Vorlíček, 2012, s. 110)

Kurz péče o porty je zařazen do celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků a je ohodnocen kreditními body. Sestra, která absolvuje kurz, má kompetenci k ošetřování portů. Školení by pak měla každoročně opakovat, pro získání nových poznatků a zkušeností. Pravidelně ho pořádají velké nemocnice např. Masarykův onkologický ústav v Brně, Fakultní nemocnice Plzeň nebo Thomayerova nemocnice Praha. (Medical Tribune, 2013)

6.1 Technika vpichu a ošetření portu

Sestra podá pacientovi informace o výkonu. Provede hygienické mytí rukou s následnou dezinfekcí. Na táč či instrumentační stůl si připraví Huberovu jehlu, krátkou spojovací hadičku, sterilní čtverce a tampóny, náplast, prázdnou 10 ml stříkačku, 20 ml stříkačku s nataženým fyziologickým roztokem, 10 ml stříkačku s nataženou heparinovou zátkou, dezinfekci, emitní misku a sterilní rukavice. (Lozák, 2010, s. 25)

Huberovu jehlu propláchne fyziologickým roztokem, aby odstranila vzduchové bubliny. (Labudíková, 2009, s. 282) Provede kontrolu kůže v okolí portu. Měla by být klidná, bez známek zarudnutí. (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 187) Při napichování a ošetřování portu sestra vždy dodržuje zásady asepse a dezinfekce. (Nováková, 2009, s. 12)

Technika vpichu a vytažení jehly je u všech typů portů stejná. Sestra si vyhmátne port v podkoží a místo odezinfikuje. Tělo portu fixuje mezi palcem a ukazovákem (viz příloha č. 10). (Labudíková, 2009, s. 282) Pacienta včas upozorní, že provede vpich. (Lozák, 2010, s. 25) Hrot jehly směřuje kolmo ke kůži. Při průniku silikonovou membránou je cítit mírný odpor. (Fricová, Stříteský, 2006, s. 180) Jehla se zavede přes celou tloušťku membrány, až narazí na dno komůrky. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 187) Aspiruje se asi 5 ml, aby došlo k odsátí heparinové zátky, a následně se port propláchne fyziologickým roztokem. Jehla se podloží sterilními tampónky nebo nastříženými sterilními čtverečky a zafixuje náplastí. (Labudíková, 2009, s. 283)

Pokud žilní návrat byl a nyní není, příčinou může být špička katétru, která se opírá o stěnu cévy. K obnovení možnosti aspirace může pomoci změna polohy pacienta, pohyby ramen, zakašlání, Valsalvův manévr (usilovný výdech při zavřené hlasové štěrbině) apod. Nepodařené obnovení aspirace se musí nahlásit lékaři a provede se zápis do dokumentace. (Nováková, 2006, s. 35)

Mezi léčivy se port propláchne 20 ml fyziologického roztoku. Používají se vysokoobjemové stříkačky (10 a 20 ml), aby se nevyvíjel na portový katétr tak velký tlak. Aplikace je zakončena heparinovou zátkou (dle standardů pracoviště). Jehla se vytahuje kolmo za mírného tlaku na píst stříkačky, aby se předešlo nasátí krve do konce katétru a následné krevní sraženině v systému. Místo vpichu se sterilně překryje a provede se asi půl minutová komprese. (Kelnarová, 2009, s. 39-40) Pokud se jednalo o krátkodobou aplikaci, může si pacient za 3 hodiny sterilní krytí odstranit. Po dlouhodobé aplikaci se sterilní krytí nechává 24 hodin. Je důležité pacienta poučit, aby věděl, jak dlouho si má krytí ponechat. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 27)

Z portu se také odebírá krev na různá vyšetření. Pamatovat však na to, že zhruba prvních 6-8 ml lze použít pouze na vyšetření hemokultur. Krev na koagulační vyšetření se odebírá v sérii odběrů vždy až jako poslední. (Netrvalová, 2008, s. 22)

Když se port momentálně nevyužívá, je potřeba každé 4 týdny vyměnit heparinovou zátku. I v případě, že je léčba ukončena, musí pacient pravidelně docházet na proplach portu. (Nováková, 2009, s. 12)

Každé 4 měsíce se provádí proplach koncentrovaným heparinem. Spočívá to v aplikaci 2 ml čistého heparinu a po 30 minutách působení se heparin aspiruje zpět. Poté se port propláchně 20 ml fyziologického roztoku a opět uzavře heparinovou zátkou. (Labudíková, 2009, s. 283)

7 Explantace portu

Po třech letech od implantace se doporučuje výměna portu. Některá pracoviště explantují port až po dosažení počtu vpichů garantovaných výrobcem, nebo pokud se port již nepoužívá. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 187)

Explantace stejně jako implantace se provádí za sterilních podmínek na operačním či katetrizačním sále. Příprava pacienta spočívá v kontrole krevního obrazu a koagulačních parametrů. Pokud to lze, incize se provede přímo v jizvě po implantaci portu (z kosmetických důvodů). Nařízne se vazivové pouzdro, kterým je komůrka obalená. Portsystem se uvolní a celý se vytáhne. Poté se provede komprese místa po kanylaci a následuje sutura rány. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 187)

Indikací k extrakci systému může být trombóza zakanylované žíly nereagující na terapii, neprůchodnost portu, ruptura portkatétru, extravazace, infikovaný portkatétr či podezření na endokarditidu nebo septickou plicní embolií. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 187)

8 Komplikace

Při samotné implantaci a při používání portsystému se mohou vyskytnout komplikace. (Fialová, 2012, s. 183) Četnost a typ komplikací záleží na mnoha faktorech. Jedním z nich je aktuální klinický stav pacienta a také jeho diagnóza, pro kterou je indikováno zavedení portu. Záleží i na technice provedení výkonu, na typu portsystému a v neposlední řadě i na ošetrovatelské péči o port. (Fricová, Střítecký, 2006, s. 179) Sledováním místa implantace portu, celkového stavu pacienta a správnou ošetrovatelskou péčí lze některým komplikacím předejít. Vyžaduje to však i edukaci a spolupráci ze strany pacienta. (Labudíková, 2009, s. 282) Každý pacient se zavedeným venózním portem by měl absolvovat minimálně jednou za rok rentgenový snímek hrudníku pro kontrolu polohy portkatétru. (Lozák, 2010, s. 26)

Z hlediska významu se můžou komplikace dělit na malé nevýznamné a velké závažné. Malé komplikace nezanechávají trvalé následky a většinou nevyžadují žádný nebo jen minimální léčebný zásah, např. pozorování pacienta za krátkodobé hospitalizace. Závažné komplikace mohou vést k trvalým následkům nebo i ke smrti. Vyžadují léčbu a zvýšenou péči o pacienta. Další dělení je na specifické a nespecifické komplikace. Specifické přímo souvisí s přítomností portu. Nespecifické komplikace patří k výkonu a k zavedení katétru. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 188) Z časového hlediska můžeme rozdělit komplikace na perioperační a pooperační časné a pozdní. (Labudíková, 2009, s. 283)

8.1 Procedurální komplikace

Procedurální komplikace vznikají během výkonu a jsou spojené s technikou zavádění portu. Patří sem srdeční arytmie, krvácení, poranění srdce a velkých cév či nervů, malpozice katétru, vzduchová embolie, pneumotorax, hemotorax. (Labudíková, 2009, s. 283)

Srdeční arytmie je způsobena zavedením vodiče do srdce, kde dráždí myokard společně s převodním systémem srdečním. Prevencí je zavedení vodiče za skiaskopické kontroly. Krvácení může vzniknout při náhodné punkci arterie. V tomto případě je nutná 10 minutová komprese místa vpichu a z důvodu vytvoření hematomu si zvolit k punkci žíly jiné místo. Za vznikem lokálního hematomu může být onemocnění trombocytů nebo špatná funkce koagulačních faktorů. Prevence spočívá v korekci hemostatické poruchy. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 188)

Malpozice katétru může nastat špatnou technikou postupu nebo vlivem anatomické predispozice. (Fricová, Stříteský, 2006, s. 180)

Vzduchová embolie vzniká při neopatrné kanylaci. Negativní nitrohruční tlak způsobí nasátí vzduchu do venózního systému. Doporučuje se proto zavádět kanylu v Trendelenburgově poloze, u spolupracujícího pacienta při Valsavově manévru apod.

Hemotorax je závažná komplikace. Nejčastější příčinou je punkce artérie nebo nešetrná dilatace s následným poraněním cévy.

Pneumotorax je komplikace, která vzniká častěji u asteniků či kachektických pacientů při kanylaci podklíčkové žíly. Může se rozvinout ihned po kanylaci, nebo v odstupu několika hodin. Pacient má dechové obtíže a v diagnostice pomůže rentgenový snímek. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 188) Pneumotorax se řeší buď konzervativně, nebo invazivně a to hrudní drenáží. (Kelnarová, 2009, s. 39)

8.2 Postprocedurální komplikace časně a pozdní

Jsou to komplikace, které vzniknou po implantaci portu. Při bolestivé aplikaci nebo při poruchách průchodnosti portkatétru by se měla vždy provést skiaskopická kontrola s kontrastem pro vyšetření polohy a funkce portsystému. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 188)

8.2.1 Časně postprocedurální komplikace

Mezi časně komplikace patří odlomení a embolizace katétru, žilní trombóza, syndrom The pinch off sign, neprůchodnost portsystému, extravazace při poruše celistvosti systému nebo zanedbáním výměny heparinové zátky. (Labudíková, 2009, s. 283)

Syndrom pinch-off je uskřínutí katétru mezi klíčkem a prvním žebrem, které vzniká vlivem anatomické predispozice pacienta. V komprimovaném místě může dojít k prasknutí, odlomení katétru a následné embolizaci do pravého srdce nebo do plicnice. Každá porucha kontinuity katétru má za následek extravazaci. Při vzniku těchto komplikací venózní port již nelze použít. Přistupuje se tedy k jeho časně extrakci se snahou odstranit celý portkatétr včetně utržené části. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 188) Příznakem pinch-off syndrom je diskomfort v podklíčkové oblasti, zvýšený odpor při aplikaci do portu a pocení během aplikace injekce. (Fricová, Stříteský, 2006, s. 180)

8.2.2 Pozdní postprocedurální komplikace

Mezi pozdní komplikace patří infekce, porucha celistvosti kůže a podkožní změny, migrace kapsle, okluze portu, odhojení portu, ruptura katétru nebo netěsnost systému. (Labudíková, 2009, s. 283)

Infekce může být lokální nebo systémová. Lokální infekce je infekce v místě vpichu do portu nebo podkožní kapsy. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 188) Příčinou lokální infekce může být špatná ošetrovatelská péče. Projevy infekce jsou zarudnutí a bolestivost místa implantace portu, zvýšená tělesná teplota, zvýšená hladina leukocytů a C-reaktivního proteinu. (Kelnarová, 2009, s. 39) Léčba spočívá v podání antibiotik. Systémová infekce se týká komůrky a katétru. Je závažná zvláště u imunosuprimovaných pacientů a může vyústit až v katérovou sepsi. Manifestuje se vzestupem teploty a zimnicí s třesavkou po aplikaci do portu a dále pozitivními hemokulturami nabranými z portkatétru. U systémové infekce je nezbytné pacienta zajistit antibiotiky a port co nejdříve odstranit. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 188)

Podkožní změny se týkají kapsy, kde může vzniknout hematoma, serom, fibrinové pouzdro, eroze, dekubitůs či nekróza kůže. U obézních pacientů nebo při velkém hmotnostním úbytku je riziko migrace portu. K odhojení portu dochází při nesnášenlivosti materiálů, ze kterých je portsystém vyroben. (Fricová, Stříteský, 2006, s. 180)

Okluze portu je vlastně neprůchodnost portkatétru. Dělí se na částečnou a úplnou. Při částečné okluzi je port funkční, aplikace je možná, ale nedá se aspirovat krev. Úplná okluze znamená nemožnost aplikace i aspirace. (Labudíková, 2009, s. 283) U neprůchodného portu lze zkusit proplach heparinem. Do 2 ml stříkačky se natáhne 1 ml heparinu a střídá se aspirace s aplikací. Po odsátí heparinového proplachu se může tento postup ještě 2x zopakovat. Dalším způsobem, šetrnějším k portu, je systém dvou jehel. Do membrány portu se zapíchnou dále od sebe dvě jehly. Do jedné jehly je aplikováno rozpouštědlo a na druhou jehlu se dává prázdná stříkačka, do které se vytlačuje obsah komůrky. (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 28)

9 Výhody a nevýhody portu

9.1 Výhody

Díky portu se pacient vyhne opakovanému a mnohdy dost bolestivému napichování periferních žil na odběr krve nebo na aplikaci terapie. Minimalizuje se i riziko paravenózního úniku chemoterapie. Cytostatika jsou nebezpečná pro okolní tkáň a léčba této komplikace je bolestivá a zdlouhavá. Pokud se portsystém nepoužívá, nevyžaduje každodenní péči. Aplikace do portu je jednoduchá a při dobré edukaci ji pacient zvládne bez jakýchkoliv problémů. Pacient není implantovaným portem nějak omezen a může vykonávat běžné denní činnosti, sportovat apod. (Fricová, Stříteský, 2013, s. 17) Významná je také minimalizace infekčních komplikací. Implantace portu je na několik let. Řadě pacientů port umožnil chodit na chemoterapii ambulantně a být více času doma s rodinou. (Nováková, 2009, s. 12)

9.2 Nevýhody

Každé 4 týdny musí pacient docházet na proplach portu. Další nevýhodou je, že port není vhodný pro aplikaci vysokodávkované chemoterapie. (Nováková, 2009, s. 12)

10 Implantační centra v ČR

V České republice narůstá počet pracovišť, která se věnují implantacím portsystémů. Ve větších nemocnicích se pak vytvářejí centra, kde je implantace portu rutinním výkonem. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 189) Jsou to Všeobecná fakultní nemocnice Praha 2, Fakultní nemocnice Motol v Praze 5, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Masarykův onkologický ústav v Brně a Nemocnice v Novém Jičíně. (Fricová, Stříteský, 2013, s. 18)

Pacientů s implantovaným portem neustále přibývá. Počty implantací však zdaleka nedosahují čísel, která uvádějí evropské studie. V ČR má portkatétr zhruba 10 % pacientů, což je ve srovnání s ostatními státy Evropské unie velmi málo. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 189)

11 Společnost pro porty a permanentní katétry

Je to sdružení, které vzniklo na podzim roku 2007 díky iniciativě hlavních implantačních center v ČR. Cílem společnosti je vytvoření a prosazení nové koncepce dlouhodobých venózních přístupů. Mezi další cíle patří vznik celostátního registru pacientů s implantovanými venózními porty a permanentními katétry, vznik akreditačních center a prosazování nových kapacit ve smluvních vztazích se zdravotními pojišťovnami. Společnost chce vytvořit metodické postupy pro implantace a ošetřování portů a katétrů. Má v plánu také zpřístupnit a zprofesionalizovat používání dlouhodobých venózních vstupů v léčbě onkologických, neurologických a alergologických nemocných. (Štěpánek, 2009, s. 15)

Webové stránky na www.porty.cz jsou ve výstavbě a měly by obsahovat informace jak pro pacienty, tak i pro odbornou veřejnost. (www.porty.cz)

II Praktická část

2.1 Výzkumné otázky

1. Mají pacienti dostatek informací o intravenózním portu?
2. Vyskytla se u některého z pacientů komplikace?
3. Jak moc ovlivňuje implantovaný port fyzickou a psychickou stránku života respondentů?
4. Převládá u pacientů spokojenost nebo nespokojenost s implantovaným portem?
5. Jsou rozdíly v informovanosti pacientů nemocnice krajského typu a nemocnice fakulního typu?

2.2 Metodika výzkumu

Pro získání dat potřebných k výzkumu bylo využito dotazníkového šetření. Dotazník (viz příloha č. 11) byl nestandardizovaný, vlastní tvorby a byl zcela anonymní. Anonymita dotazníku umožňuje respondentům odpovědět upřímně a odpovědi jsou pak spolehlivější. Dotazník byl podroben pilotnímu testu na malé skupince respondentů k ověření, zda jsou otázky správně formulovány, dobře chápány a nenáročné na čas. Ve třetině případů byl sběr dat proveden s použitím metody rozhovoru. Pacient vyplňoval dotazník v přítomnosti tazatele a u některých odpovědí ještě verbálně sdělil své názory a postřehy. Získány tak byly další informace, které pomohly lépe chápat problematiku pacientů s portem.

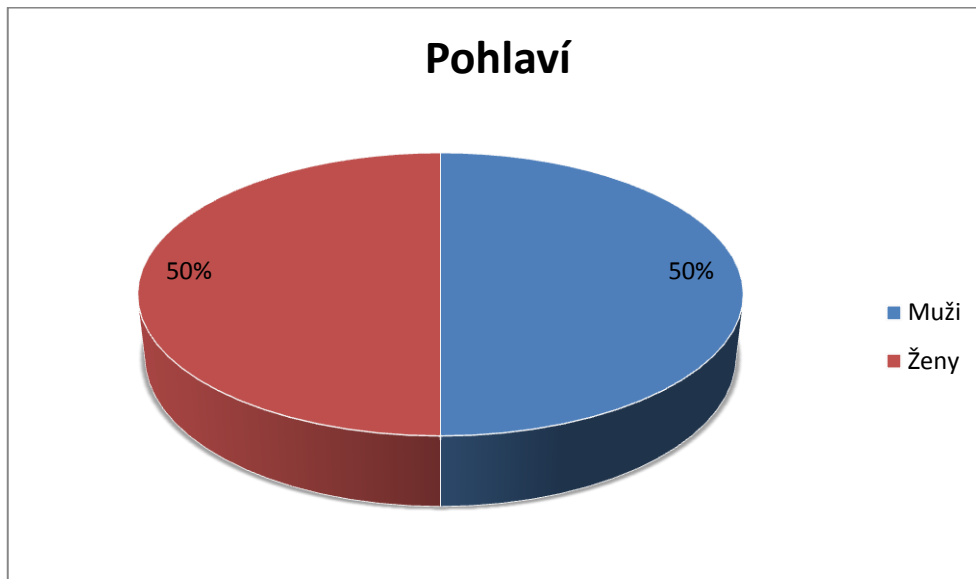
Dotazník obsahoval 19 otázek. Z toho bylo 11 uzavřených (7 dichotomických, 1 trichotomická a 3 alternativní), 4 polootevřené, 1 otevřená, 2 analytické a 1 baterie otázek. Úvod dotazníku tvoří všeobecné otázky – pohlaví, věk, délka zavedení portu. Dále pak navazují otázky týkající se informovanosti a spokojenosti respondentů. Výzkum pomocí dotazníkového šetření trval od začátku ledna 2014 do konce února 2014. K zpracování dat byly využity dva programy a to Microsoft Word a Microsoft Excel.

2.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Dotazníky byly rozdány pacientům onkologického centra nemocnice krajského typu a pacientům kliniky onkologie a hematologie nemocnice fakultního typu. Bylo rozdáno 40 dotazníků a návratnost byla 100 %. Zkoumaný soubor byl tedy vytvořen z 20 respondentů onkologického centra nemocnice krajského typu a dalších 20 je z kliniky onkologie a hematologie nemocnice fakultního typu.

2.4 Analýza dat a interpretace výsledků

2.4.1 Otázka č. 1: Pohlaví



Obrázek 1 *Pohlaví respondentů*

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 40 (100 %) respondentů. Z toho bylo 20 (50 %) žen a 20 (50 %) mužů.

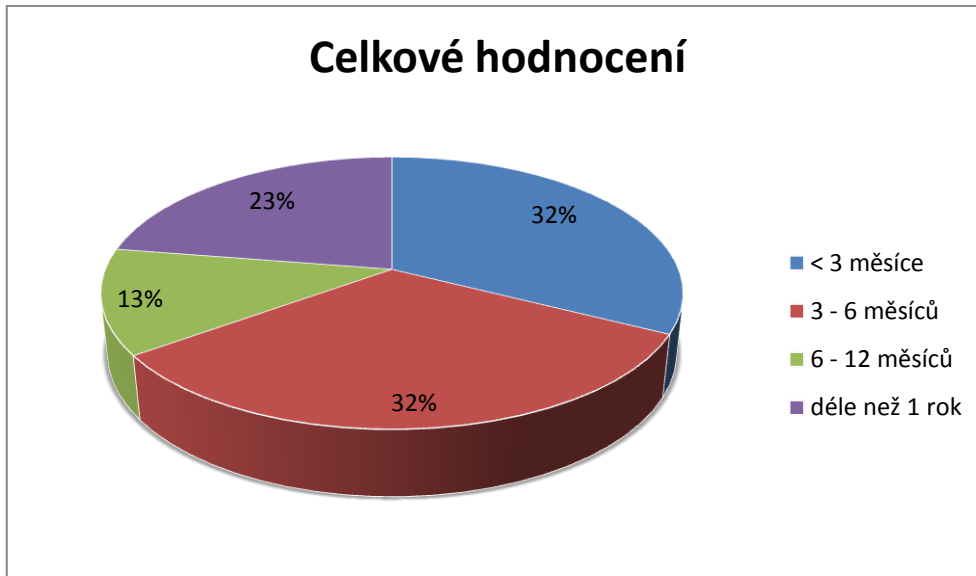
2.4.2 Otázka č. 2: Věk

Tabulka 1 Věk respondentů

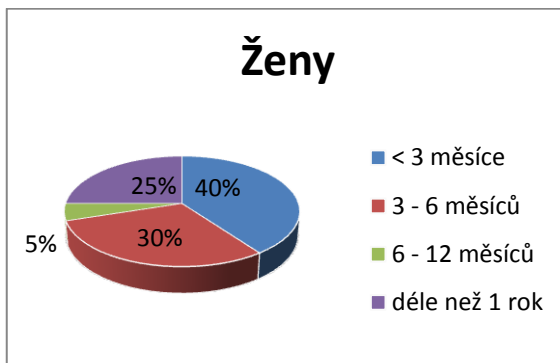
	Ženy	Muži
Průměrný věk	58	61
Minimum	30	34
Maximum	77	84

Průměrný věk respondentů je 58 let u žen a 61 let u mužů. Nejmladší ženě ze skupiny dotazovaných je 30 a nejstarší 77 let. Nejmladšímu muži je 34 a nejstaršímu 84 roků.

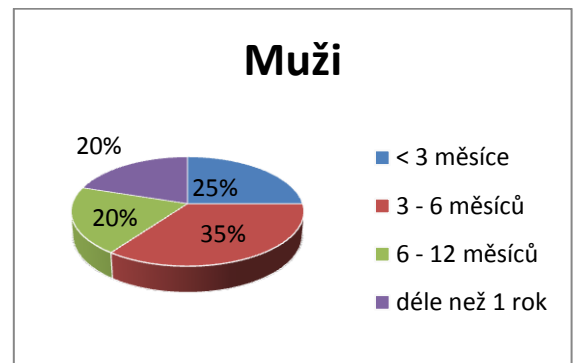
2.4.3 Otázka č. 3: Jak dlouho je port zaveden



Obrázek 2 Jak dlouho je port zaveden – celkové hodnocení



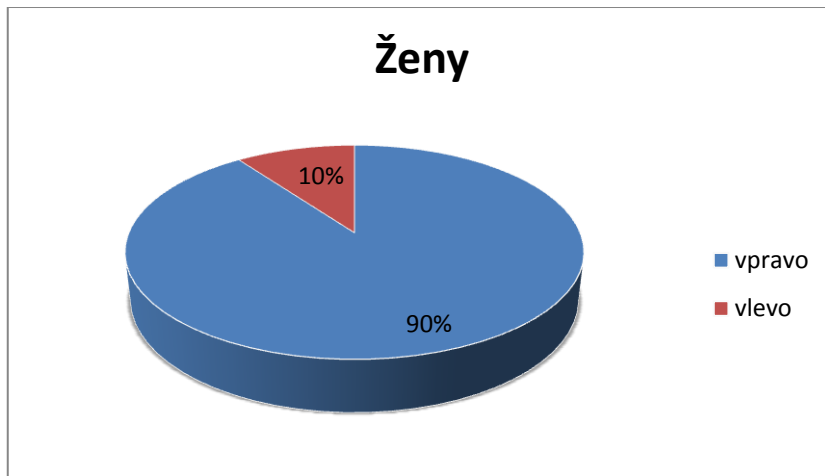
Obrázek 3 Jak dlouho je port zaveden - ženy



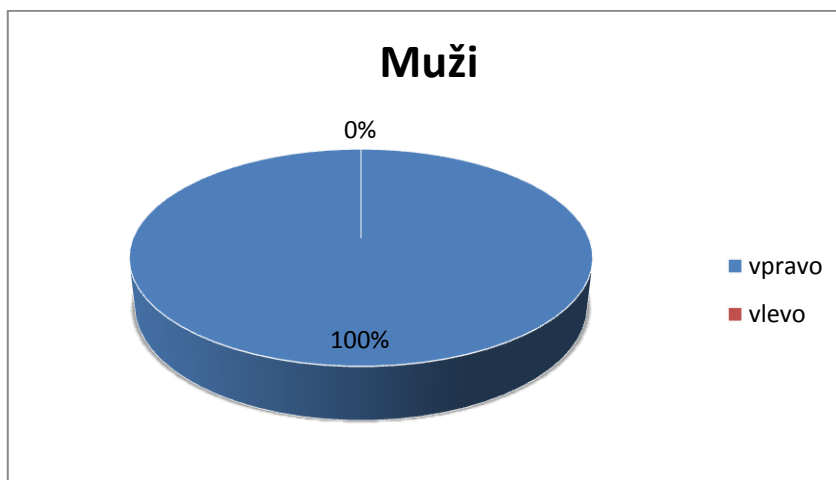
Obrázek 4 Jak dlouho je port zaveden - muži

Z dotazovaných 20 (100 %) žen a 20 (100 %) mužů 8 (40 %) žen a 5 (25 %) mužů uvedlo, že nemají port ještě ani 3 měsíce. Port implantován v rozmezí 3 – 6 měsíců má 6 (30 %) žen a 7 (35 %) mužů. Od 6 měsíců do jednoho roku má port zaveden 1 (5 %) žena a 4 (20 %) muži. Déle než rok pak má port 5 (25 %) žen a 4 (20 %) muži.

2.4.4 Otázka č. 4: Na jaké straně je port zaveden



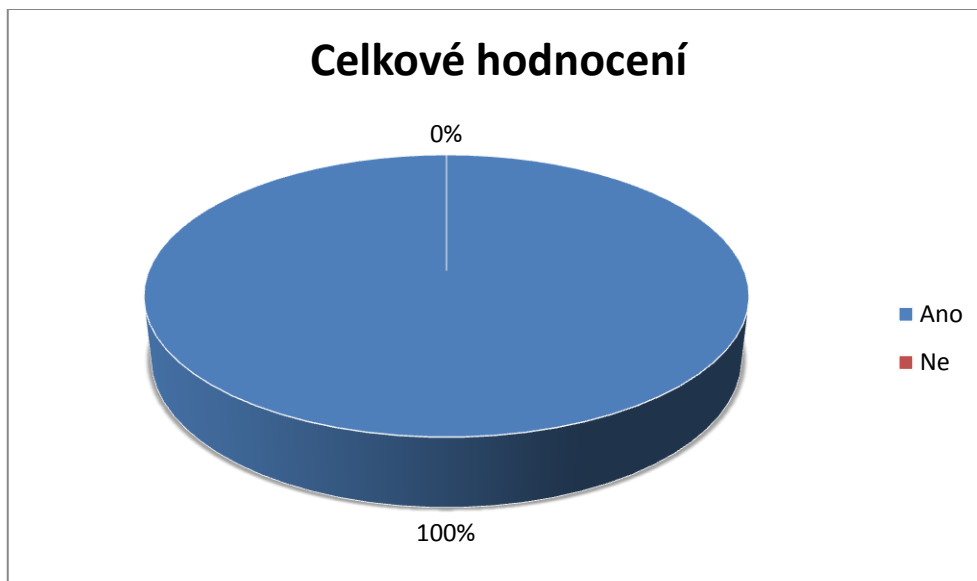
Obrázek 5 Strana implantace portu – ženy



Obrázek 6 Strana implantace portu – muži

Na otázku ohledně strany implantace portu odpovědělo 18 žen (90 %), že má port zavedeno, dle zvyklosti, vpravo. Vyskytla se i levá strana a to celkem ve 2 případech, tedy 10 % žen. Místo zavedení u mužů 20 (100 %) je označeno jednoznačně vpravo.

2.4.5 Otázka č. 5: Vyhmatání portu v podkoží



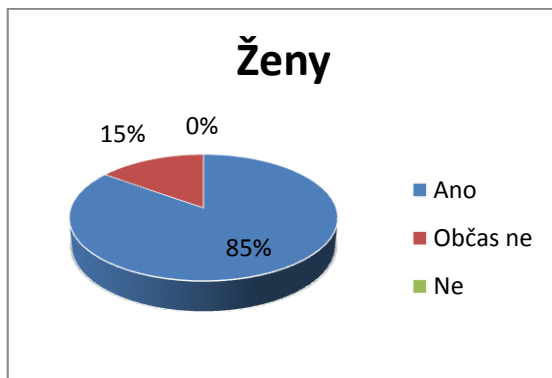
Obrázek 7 Vyhmatání portu – celkové hodnocení

Port má dobře hmatný všech 20 (100 %) dotazovaných žen i 20 (100 %) dotazovaných mužů.

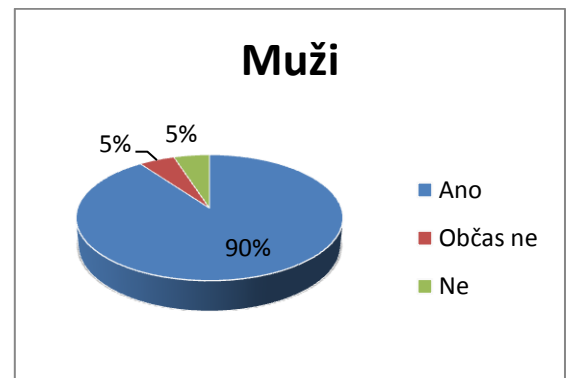
2.4.6 Otázka č. 6: Možnost aspirace z portu



Obrázek 8 Aspirace z portu – celkové hodnocení



Obrázek 9 Aspirace z portu – ženy



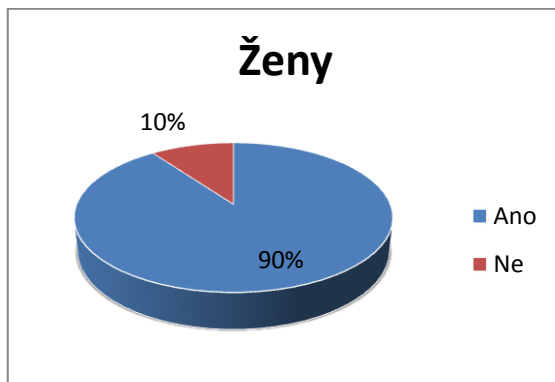
Obrázek 10 Aspirace z portu – muži

U 17 (85 %) žen a 18 (90 %) mužů je aspirace z portu bez problémů. Občasné potíže s aspirací uvedli 3 (15 %) ženy a 1 (5 %) muž. Po zakašlání, pohybech v ramenu či změně polohy se většinou aspirace znovu obnoví. Pouze u 1 (5 %) muže není možná aspirace z portu.

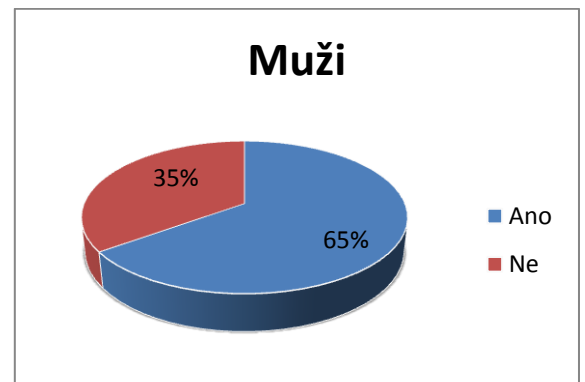
2.4.7 Otázka č. 7: Nosí pacienti u sebe běžně průkaz uživatele portu



Obrázek 11 Nošení portového průkazu – celkové hodnocení



Obrázek 12 Nošení portového průkazu - ženy



Obrázek 13 Nošení portového průkazu - muži

Na otázku, zda u sebe respondenti běžně nosí portový průkaz, odpovědělo ano 18 žen (90 %) a 13 mužů (65 %). 2 ženy (10 %) a 7 mužů (35 %) průkazku uživatele portu u sebe nenosí. Ženy jsou v tomto ohledu svědomitější než muži.

2.4.8 Otázka č. 8: Informovanost

Otázka informovanosti byla zpracována dvojím způsobem. První porovnává množství získaných informací u žen a u mužů. Druhý se věnuje jednomu z výzkumných otázek, konkrétně porovnání informovanosti pacientů nemocnice krajského a fakultního typu. Respondenti tyto znalosti hodnotili jako ve škole.

1 – nejvyšší možná informovanost, 5 – žádná informovanost.

Informovanost: Ženy X Muži

Tabulka 2 Informovanost – Ženy (Ž) X Muži (M)

	1		2		3		4		5	
	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M
Výhody portu	15	17	4	3	1	0	0	0	0	0
Výkon	17	18	2	2	1	0	0	0	0	0
Běžné činnosti	13	15	7	5	0	0	0	0	0	0
Komplikace	9	11	7	3	3	3	0	2	1	2

O výhodách portu bylo na výbornou informováno 15 (75 %) žen a 17 (85 %) mužů, 4 (20 %) ženy a 3 (15 %) muži hodnotili získané informace známkou dvě. Známkou tři zvolila pouze 1 (5 %) žena.

Informace o výkonu mělo na jedničku 17 (85 %) žen a 18 (90 %) mužů. Dvojkou tuto otázku hodnotili 2 (10 %) ženy a 2 (10 %) muži. Trojkou známkovala množství informací o výkonu jen 1 (5 %) žena.

O vykonávání běžných denních činností se zavedeným portem mělo maximum informací 13 (65 %) žen a 15 (75 %) mužů. Dvojkou tuto otázku hodnotilo 7 (35 %) žen a 5 (25 %) mužů.

Informace o možných komplikacích, které se mohou vyskytnout po zavedení portu, mělo na jedničku ohodnoceno 9 (45 %) žen a 11 (55 %) mužů. Dvojkou tuto otázku hodnotilo 7 (35 %) žen a 3 (15 %) muži. Známkou tři zvolili 3 (15 %) ženy a 3 (15 %) muži. Objevila se však i známka čtyři a pět. Známkou čtyři hodnotili 2 (10 %) muži a pětku dala 1 (5 %) žena a 1 (5 %) muž.

Informovanost:

Pacienti nemocnice krajské typu X Pacienti nemocnice fakultního typu

Tabulka 3 Informovanost - Pacienti nemocnice krajského typu (KN) X Pacienti nemocnice fakultního typ (FN)

	1		2		3		4		5	
	KN	FN	KN	FN	KN	FN	KN	FN	KN	FN
Výhody portu	14	18	5	2	1	0	0	0	0	0
Výkon	17	18	2	2	1	0	0	0	0	0
Činnosti	14	14	6	6	0	0	0	0	0	0
Komplikace	10	10	3	7	4	2	2	0	1	1

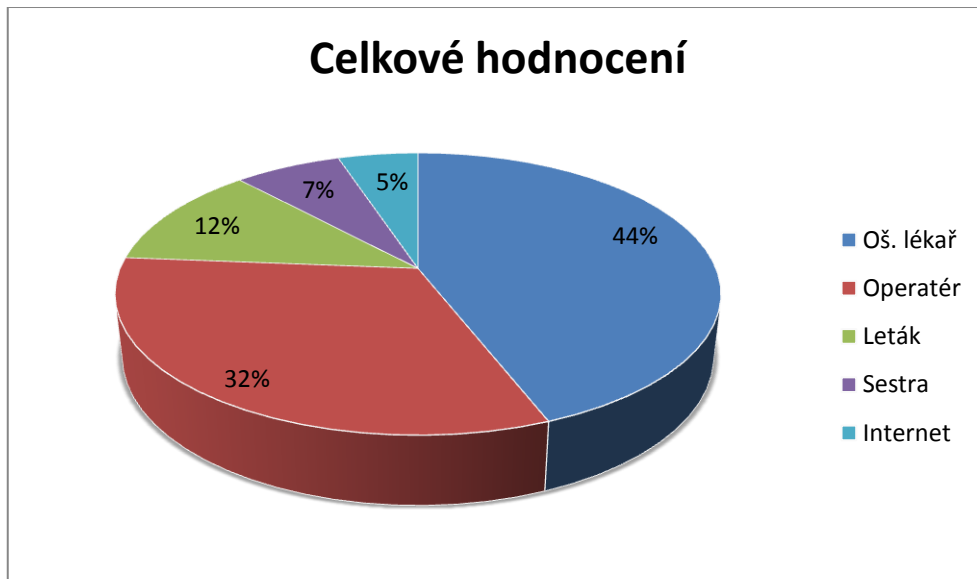
O výhodách portu mělo výborné informace 14 (70 %) pacientů nemocnice krajského typu a 18 (90 %) pacientů nemocnice fakultního typu. Informovanost známkou dvě ohodnotilo 5 (25 %) pacientů z krajského zařízení a 2 (10 %) pacienti z fakultního zařízení. Známkou tři zaškrtl pouze 1 (5 %) pacient z nemocnice krajského typu.

Maximum možných informací o výkonu, při kterém se port zavádí, mělo 17 (85 %) pacientů nemocnice krajského typu a 18 (90 %) pacientů nemocnice fakultního typu. Známkou dvě tuto otázku hodnotili 2 (10 %) pacienti z krajského zařízení a 2 (10 %) z fakultního zařízení. Známkou tři použil 1 (5 %) pacient z nemocnice krajského typu.

Ohledně vykonávání běžných denních činností se zavedeným portem byla informovanost naprosto vyrovnaná. Jedničkou hodnotilo tuto otázku 14 (70 %) respondentů z krajského zařízení a 14 (70 %) respondentů z fakultního zařízení. Známkou dvě dalo 6 (30 %) respondentů z nemocnice krajského typu a 6 (30 %) z nemocnice fakultního typu.

Informace o možnosti vzniku komplikací ohodnotilo na známku jedna 10 (50 %) pacientů z nemocnice krajského typu a 10 (50 %) pacientů z nemocnice fakultního typu. Množství informací na známku dvě měli 3 (5 %) pacienti z krajského zařízení a 7 (35 %) pacientů z fakultního zařízení. Známkou tři dali 4 (20 %) pacienti z nemocnice krajského typu a 2 (10 %) z nemocnice fakultního typu, čtyřku pouze 2 (10 %) z krajského zařízení a pětku dal 1 (5 %) pacient z krajského zařízení a 1 (5 %) pacient z fakultního zařízení.

2.4.9 Otázka č. 9: Získání informací



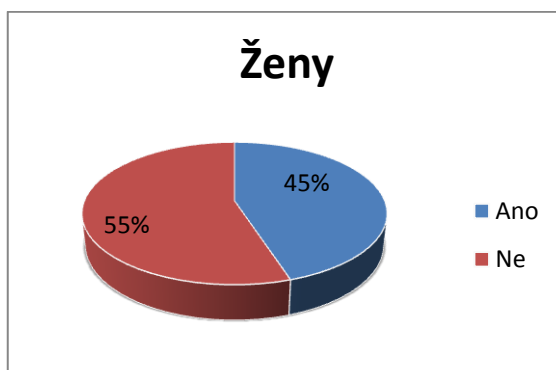
Obrázek 14 Zdroj informací – celkové hodnocení

Na otázku, od koho pacienti získali potřebné informace o portu, uváděli jako odpověď většinou jeden, někdy i dva zdroje informací. Z celkového počtu 40 (100 %) dotazovaných obdrželo potřebné informace od ošetřujícího lékaře 26 (44 %) pacientů. Lékaře operátora, který jim port implantoval, uvedlo 19 (32 %) dotazovaných. Informace z letáku získalo 7 (12 %) respondentů. Sestra se podílela na informování pacientů ve 4 (7 %) případech a z internetu čerpali informace 3 (5 %) pacienti.

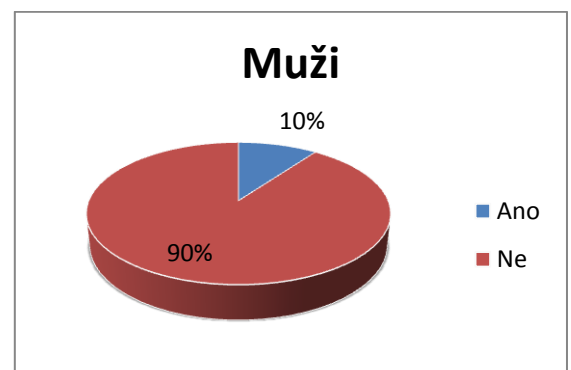
2.4.10 Otázka č. 10: Strach či obavy před výkonem



Obrázek 15 Strach a obavy před výkonem – celkové hodnocení



Obrázek 16 Strach a obavy před výkonem - ženy



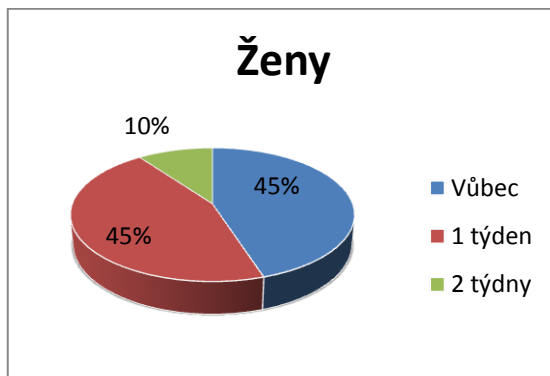
Obrázek 17 Strach a obavy před výkonem - muži

Strach nebo obavu před implantací mělo 9 (45 %) žen a 2 (10 %) muži. Jako důvod uváděli přirozené obavy a strach z něčeho neznámého, dále obavy z komplikací při zavádění a v běžném životě a také strach z bolesti. Zbytek respondentů, 11 (55 %) žen a 18 (90 %) mužů, strach ani obavy před implantací nemělo.

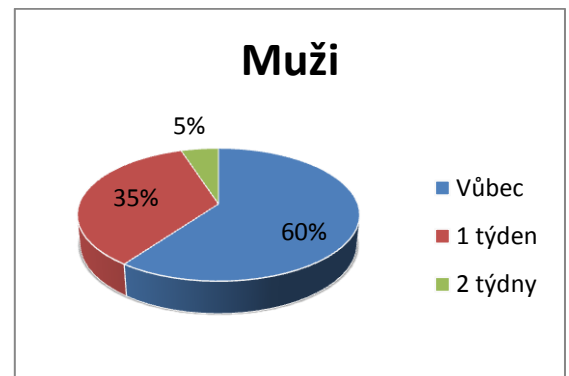
2.4.11 Otázka č. 11: Bolest operační rány po výkonu



Obrázek 18 Bolest po výkonu – celkové hodnocení



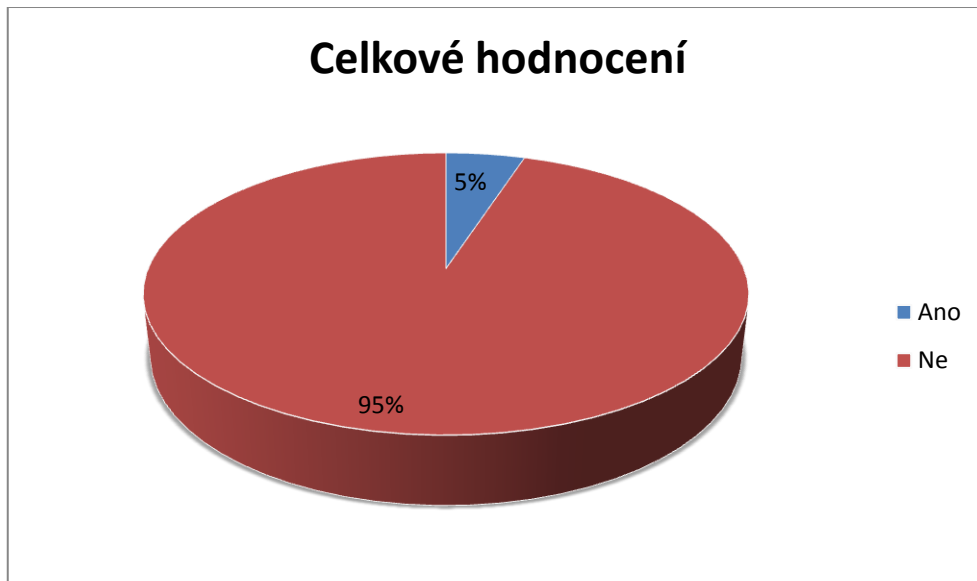
Obrázek 19 Bolest po výkonu - ženy



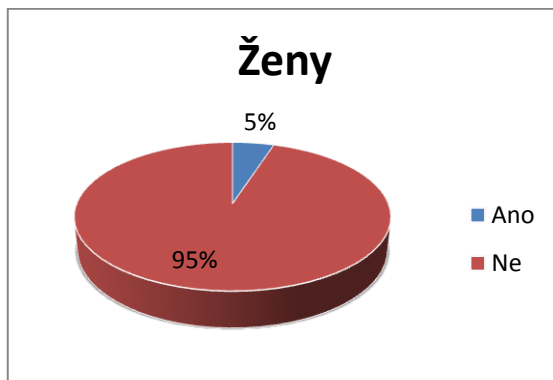
Obrázek 20 Bolest po výkonu - muži

Bolest operační rány po implantaci nemělo 9 (45 %) žen a 12 (60 %) mužů. Zvýšenou citlivost a bolest, která trvala do jednoho týdne, udávalo 9 (45 %) žen a 7 (35 %) mužů. Do dvou týdnů tento jev popisovali pouze 2 (10 %) ženy a 1 (5 %) muž.

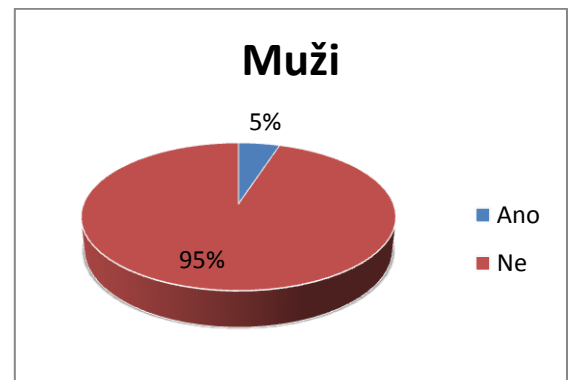
2.4.12 Otázka č. 12: Omezuje port v něčem pacienty



Obrázek 21 Omezení portem – celkové hodnocení



Obrázek 22 Omezení portem - ženy



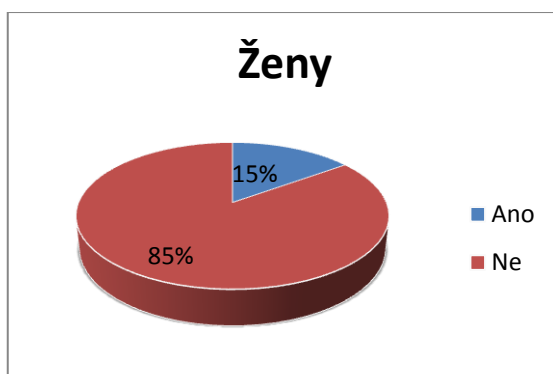
Obrázek 23 Omezení portem - muži

Portem se necítí být omezeno 19 (95 %) žen a 19 (95 %) mužů. Určité omezení pocítuje 1 (5 %) žena a 1 (5 %) muž.

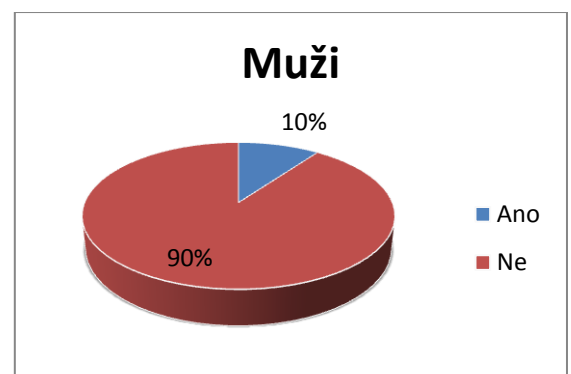
2.4.13 Otázka č. 13: Výrazně narušený vzhled těla zavedeným portem



Obrázek 24 Výrazně narušený vzhled těla – celkové hodnocení



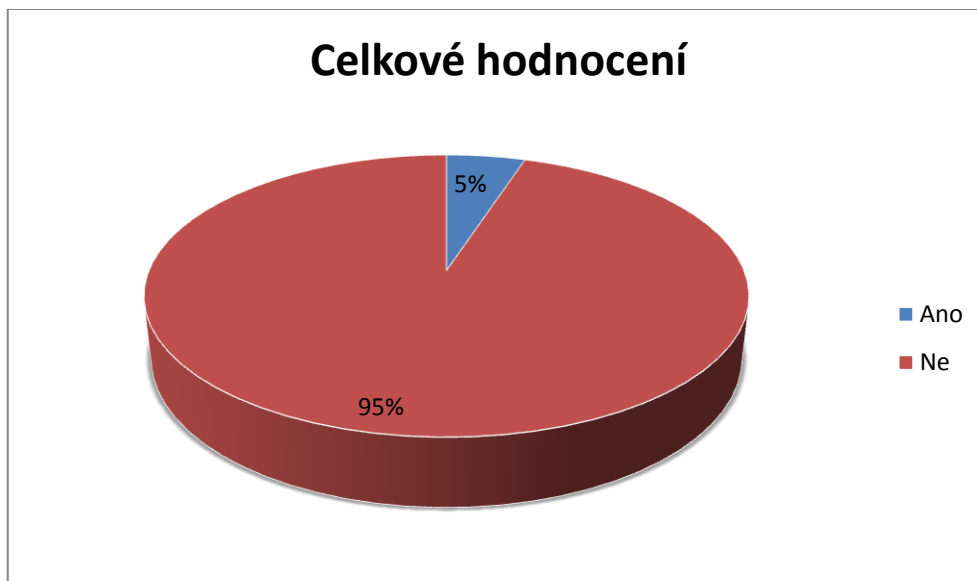
Obrázek 25 Výrazně narušený vzhled těla - ženy



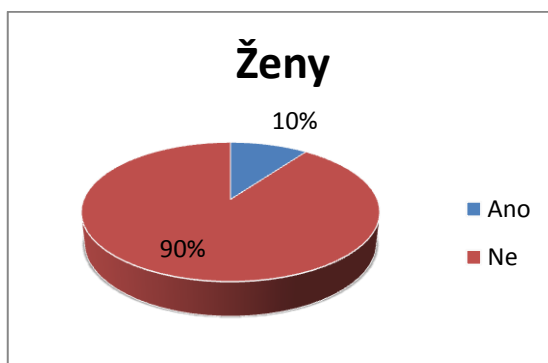
Obrázek 26 Výrazně narušený vzhled těla - muži

Na otázku, zda port nějak výrazně narušil vzhled pacientova těla, odpověděli ano 3 (15 %) ženy a 2 (10 %) muži. Ženy to vysvětlily tím, že byly zvyklé a rády nosily šaty na ramínka a větší výstřihy. Nyní jsou v oblékání střidmější. Zbýlých 17 (85 %) žen a 18 (90 %) mužů tento problém nepocítuje.

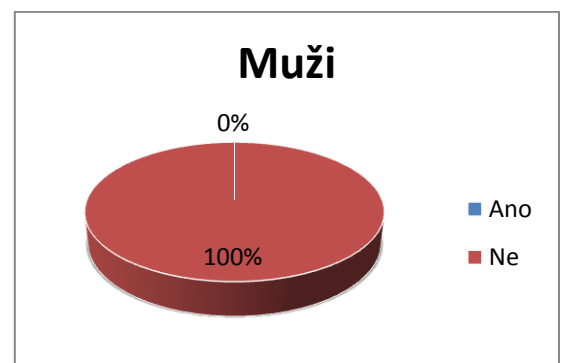
2.4.14 Otázka č. 14: Vadí port při nějakých běžně vykonávaných činnostech



Obrázek 27 Vadí port při běžných činnostech – celkové hodnocení



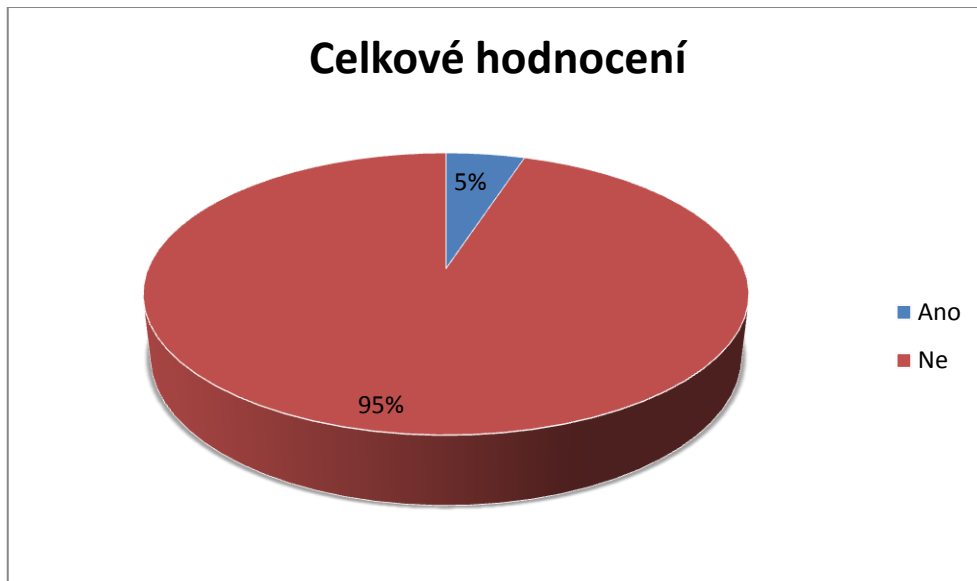
Obrázek 28 Vadí port při běžných činnostech - ženy



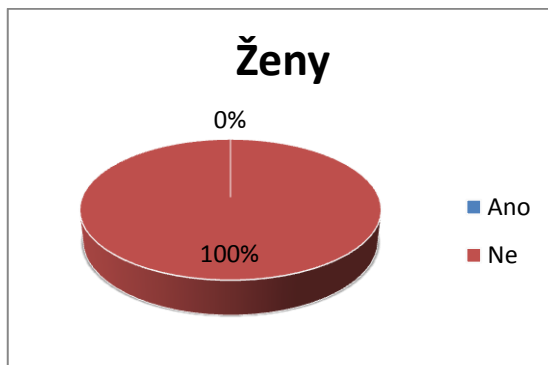
Obrázek 29 Vadí port při běžných činnostech – muži

Při běžně vykonávaných denních činnostech nevadí port 18 (90 %) ženám a všem 20 (100 %) mužům. Port vadí pouze 2 (10 %) ženám. Jedna uvedla, že jí port vadí při úklidu, v takovém smyslu, že je opatrnější než dříve a také při cvičení. Druhé ženě vadí port při mazlení s dětmi.

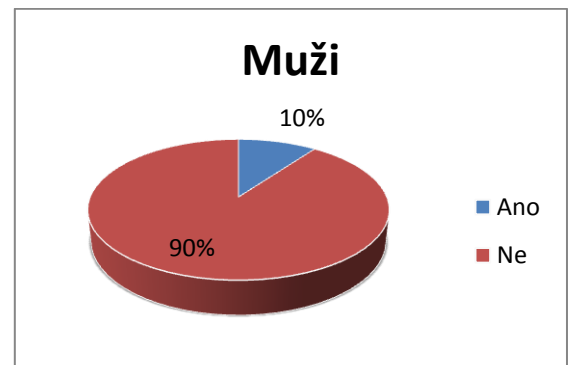
2.4.15 Otázka č. 15: Vznik některé z možných komplikací



Obrázek 30 Vznik některé z komplikací – celkové hodnocení



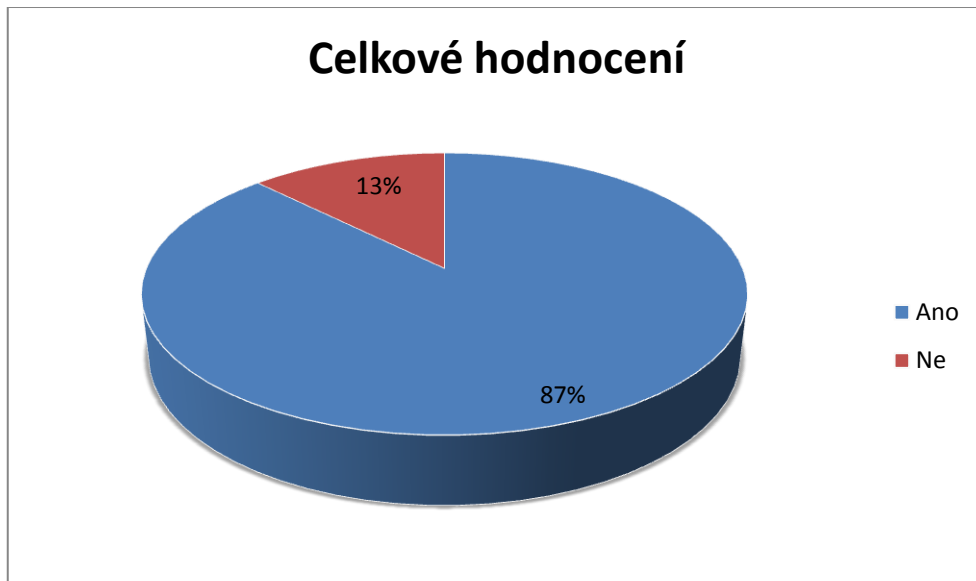
Obrázek 31 Vznik některé z komplikací - ženy



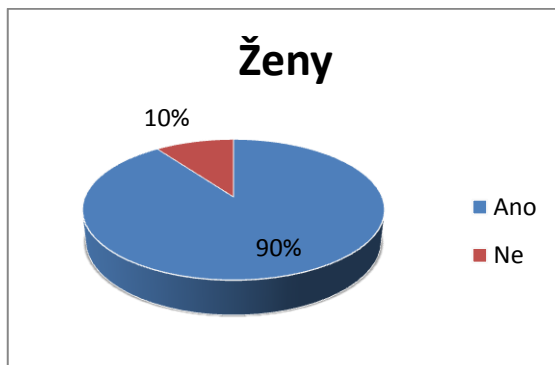
Obrázek 32 Vznik některé z komplikací - muži

Na otázku ohledně vzniku komplikací odpovědělo ne všech 20 (100 %) dotazovaných žen. U mužů se komplikace vyskytly ve 2 (10 %) případech. Jeden muž popisoval otok místa implantace a následně vznik nevzhledné jizvy. Druhý muž měl bolest na prsou při prvním použití portu. U ostatních 18 (90 %) mužů komplikace nebyly.

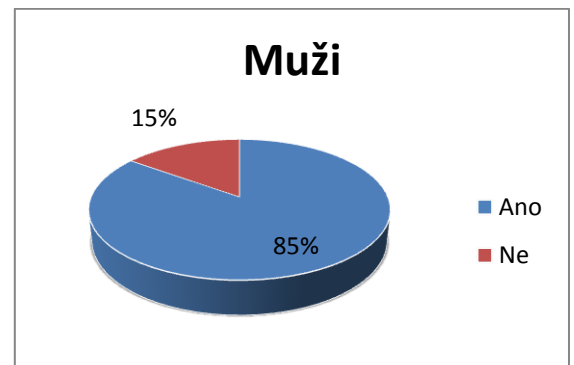
2.4.16 Otázka č. 16: Jak se zachovat při vzniku komplikací



Obrázek 33 Jak se zachovat při vzniku komplikací – celkové hodnocení



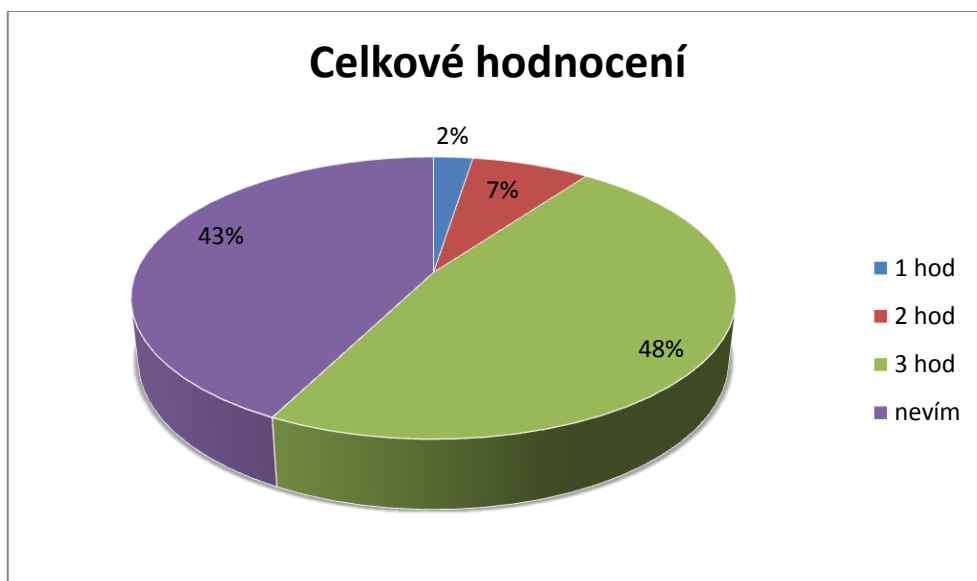
Obrázek 34 Jak se zachovat při vzniku komplikací – ženy



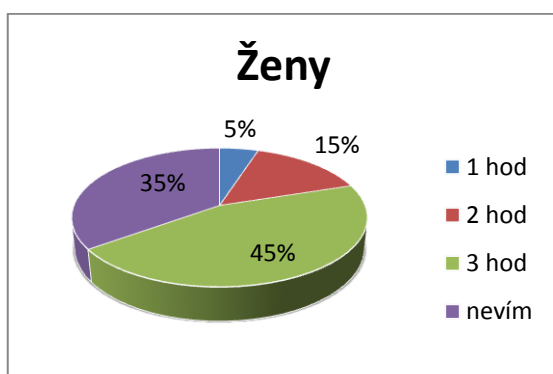
Obrázek 35 Jak se zachovat při vzniku komplikací – muži

Jak se zachovat při vzniku komplikací vědělo 18 (90 %) žen a 17 (85 %) mužů, 2 (10 %) ženy a 3 (15 %) muži nevěděli jak v tomto případě postupovat.

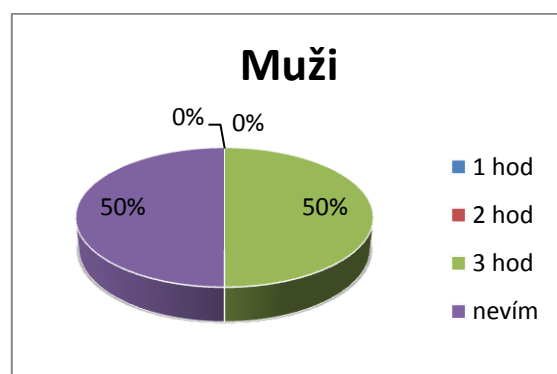
2.4.17 Otázka č. 17: Sterilní krytí portu po ukončení aplikace



Obrázek 36 Sterilní krytí portu po ukončení aplikace – celkové hodnocení



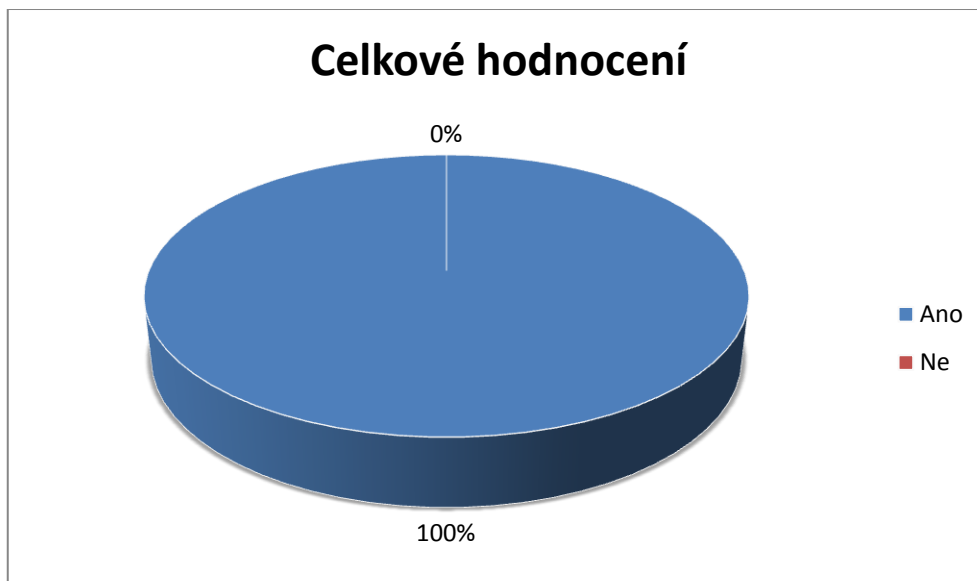
Obrázek 37 Sterilní krytí portu po ukončení aplikace - ženy



Obrázek 38 Sterilní krytí portu po ukončení aplikace – muži

Sterilní krytí portu po dobu jedné hodiny od ukončení aplikace uvedla 1 (5 %) žena. Druhou možností - 2 hodiny zvolily 3 (15 %) ženy. Správnou odpověď, a to 3 hodiny, volilo 9 (45 %) žen a 10 (50 %) mužů. Zbýlých 7 (35 %) žen a 10 (50 %) mužů nevědělo, jak dlouho nechat sterilně překryté místo vpichu po aplikaci.

2.4.18 Otázka č. 18: Spokojenost s implantovaným portem



Obrázek 39 Spokojenost s portem – celkové hodnocení

Otázku spokojenosti s portem ohodnotilo kladně všech 40 (100 %) respondentů.

2.4.19 Otázka č. 19: Doporučení portu dalším pacientům



Obrázek 40 Doporučení portu – celkové hodnocení

Ženy 20 (100 %) i muži 20 (100 %) se jednoznačně shodli na doporučení portu pacientům, které jeho zavedení teprve čeká.

2.4.20 Chtěl/a byste sdělit něco dalšího ohledně portů?



Obrázek 41 *Názory a zkušenosti – celkové hodnocení*

Tato věta byla jako doplnění dotazníku. Měla dát prostor respondentům vyjádřit svůj názor, postřehy a zkušenosti ohledně portu. Využilo ji 8 (20 %) respondentů.

Dotazovaní se shodli na tom, že se opravdu není čeho bát. Port je pro ně rozhodně pohodlnější, než podstupovat časté kanylace periferních žil, které jsou špatně hmatatelné a praskají. Dále vidí v portu velkou časovou úsporu, protože nemusí trávit hodiny a dny v nemocnici a mohou být více času v domácím prostředí. Velmi kladně také hodnotí možnost volných rukou bez hadiček při aplikaci chemoterapie. Jediný zápor vidí v tom, že je do těla vloženo cizí těleso, ale to v tomto případě jistě převáží klady, které port pro pacienty přináší.

2.5 Diskuze

2.5.1 První výzkumná otázka

Mají pacienti dostatek informací o intravenózním portu?

V baterii otázek se zjišťuje základní informovanost, kterou pacienti známkují jako ve škole. Znamka 1 – nejvyšší možná informovanost a známka 5 – žádná informovanost. Aby bylo dosaženo objektivního porovnání, je z každé otázky vypočítán průměr. Otázkou informovanosti se zabývala také Bc. Lýdia Hrádelová, studentka Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. V diplomové práci z roku 2010 na téma „Kanylace, centrální a periferní vstupy na onkologii“ zkoumala vzorek respondentů složených z 22 žen a 24 mužů. Je tedy možné určitě porovnání, zda se míra informovanosti pacientů v této problematice zlepšila.

První otázkou byla informovanost o výhodách portu. Na výbornou ji ohodnotilo 15 (75 %) žen a 17 (85 %) mužů. Znamkou dvě hodnotili 4 (20 %) ženy a 3 (15 %) muži a známku tři dala 1 (5 %) žena. Po výpočtu mají ženy průměr známek 1,3 a muži 1,15. Znamená to tedy, že muži byli informováni lépe než ženy. Bc. Hrádelová použila ve své práci hodnocení informovanosti pacientů slovy ano a ne. Z 22 (100 %) dotazovaných žen odpovědělo ano 20 (91 %) žen a z 24 (100 %) dotazovaných mužů odpovědělo ano 21 (87 %) mužů. V této otázce měla Bc. Hrádelová lépe informované ženy než muže.

Druhá otázka byla zaměřena na informovanost ohledně samotného výkonu. Na jedničku je hodnotilo 17 (85 %) žen a 18 (90 %) mužů. Znamku dvě dali 2 (10 %) ženy a 2 (10 %) muži a za tři hodnotila 1 (5 %) žena. Průměr známek u žen je 1,2 a u mužů 1,1. I u této otázky byli lépe informováni muži než ženy. O zákroku, při kterém je port zaváděn měla Bc. Hrádelová odpověď ano od 19 (86 %) žen a 20 (83 %) mužů. V její práci byly tedy lépe informovány ženy.

Třetí otázka se týkala informovanosti v oblasti vykonávání běžných denních činností se zavedeným portem. Maximum možných informací mělo 13 (65 %) žen a 15 (75 %) mužů. Dvojku této otázce dalo 7 (35 %) žen a 5 (25 %) mužů. V průměru je to u žen 1,35 a u mužů 1,25. Muži byli opět lépe informováni než ženy. Bc. Hrádelová má ano od 20 (91 %) žen a 23 (96 %) mužů. I ona má tedy v otázce vykonávání běžných denních činností se zavedeným portem lépe informované muže než ženy.

Ve čtvrté otázce se zjišťují informace o vzniku možných komplikací. Nejlepší hodnocení dalo 9 (45 %) žen a 11 (55 %) mužů. Známkou dvě zvolilo 7 (35 %) žen a 3 (15 %) muži. Známkou tři hodnotili 3 (15 %) ženy a 3 (15 %) muži. V hodnocení množství poskytnutých informací se objevila i čtyřka, tu dali 2 (10 %) muži a pětka, kterou hodnotili informovanost 1 (5 %) žena a 1 (5 %) muž. Po vypočítání průměru známek měly v tomto případě více informací ženy. Průměr byl 1,85. Muži měli průměr 1,95. Bc. Hrádelová má ve své práci k této otázce uvedeno, že vznik možných komplikací zná 20 (91 %) žen a 20 (83 %) mužů. I ona má lépe informované ženy než muže.

Dá se tedy říci, že otázky informovanosti lze rozdělit na informovanost žen a mužů a následně je porovnávat. Především však úzce souvisí s individualitou každého respondenta. Informovanost je určitě ovlivněna i mnoha dalšími faktory jako např. pohlaví, věk, jak dlouho mají port zaveden a v neposlední řadě i postupně nasbíranými zkušenostmi. Od toho se pak odvíjí i spokojenost či nespokojenost pacientů se zavedeným portem. Je proto na místě pacientům indikovaným k implantaci portu nabízet informace nejen z úst lékaře, ale i formou letáků či informačních map.

Do diskuze k této výzkumné otázce je třeba zahrnout i zdroj informací (v dotazníku otázka č. 9). Zde respondenti psali, od koho informace získali. Většinou uváděli jeden, někdy i dva zdroje. Nejčastěji respondentům poskytl potřebné informace ošetřující lékař, a to ve 26 (44 %) případech. Lékaře, který jim port implantoval, napsalo 19 (32 %) pacientů. Informace z letáku získalo 7 (12 %) dotazovaných. Ve 4 (7 %) případech se na edukaci podílela sestra a 3 (5 %) pacienti čerpali informace z internetu.

K informovanosti patří i otázka č. 17, která zjišťuje jak dlouho má být překryto místo vpichu po aplikaci. První možnost, 1 hodinu, zaškrtnla pouze 1 (5 %) žena a 3 (15 %) ženy zvolily možnost druhou, 2 hodiny. Správnou odpověď, 3 hodiny, vědělo 9 (45 %) žen a 10 (50 %) mužů. Dalších 10 (50 %) mužů a 7 (35 %) žen zaškrtnlo kolonku nevím. Edukace v tomto směru je pro pacienty důležitá. Správné ošetřování portu a péče o port je základem udržení dlouhodobé funkčnosti portsystému. (Fricová, Stříteský, 2006, s. 180)

2.5.2 Druhá výzkumná otázka

Vyskytla se u některého z pacientů komplikace?

Ano, komplikace se vyskytli u 2 (10 %) mužů. U dotazovaných 20 (100 %) žen se komplikace neobjevila. První muž popisoval otok místa po implantaci a následně vznik nevzhledné jizvy. Druhý muž uvedl, že při první aplikaci do portu měl bolest na prsou.

Na tuto otázku v dotazníku navazovala další, a to jak se zachovat při vzniku komplikací. Z 20 (100 %) dotazovaných žen a 20 (100 %) dotazovaných mužů vědělo, co v dané situaci dělat, 18 (90 %) žen a 17 (85 %) mužů. Jak postupovat při komplikacích nevěděli 2 (10 %) ženy a 3 (15 %) muži.

Mezi nejčastější komplikace při používání portu patří infekce, neprůchodnost, žilní trombóza, zalomení katétru a částečná nebo úplná okluze. Je proto vhodné provést u každého pacienta s implantovaným venózním portem minimálně jednou za rok kontrolní RTG snímek. (Lozák, 2010, s. 26) Předcházet vzniku komplikací lze důslednou edukací a spoluprací ze strany pacienta. Dále se klade důraz na správné ošetřování portu, sledování místa implantace a celkových projevů. (Labudíková, 2009, s. 282)

2.5.3 Třetí výzkumná otázka

Jak ovlivňuje implantovaný port fyzickou a psychickou stránku života respondentů?

Tuto oblast v dotazníku zkoumá otázka číslo 10 až 14. Otázka číslo 10 se ptá na strach či obavy před výkonem. Už samotná implantace vyvolala v 9 (45 %) ženách a 2 (10 %) mužích pocit strachu z neznámého, z bolesti a obavy z komplikací. Ženy jsou v tomto směru zřejmě senzitivnější a více zátěžové situace prožívají. Zbytek respondentů, 11 (55 %) žen a 18 (90 %) mužů, strach ani obavy před implantací nemělo.

Bolestí po výkonu se zabývá otázka číslo 11. Bolest je nepříjemný subjektivní pocit, způsobený zevním násilím nebo poruchou anatomicko-fyziologické struktury tkání a ústrojí. (Trachtová, 1998, s. 125) V případě implantace portkatétru se jedná o traumatizaci tkáně. Po výkonu nepocíťovalo bolest 9 (45 %) žen a 12 (60 %) mužů. Zvýšenou citlivost a bolest operační rány, která odezněla do jednoho týdne, udávalo 9 (45 %) žen a 7 (35 %) mužů. Do dvou týdnů tento jev popisovali pouze 2 (10 %) ženy a 1 (5 %) muž. Port se implantuje v lokální anestezii s možností podání krátkodobě působícího hypnotika. Po výkonu pacient dodržuje klidový režim a po dobu 7 – 10 dní (do extrakce stehů) nesmí zatěžovat horní

končetinu. Po extrakci stehů se může vrátit k běžně vykonávaným činnostem, jak byl zvyklý před implantací. (Labudíková, 2009, s. 282)

Otázka č. 12 se ptá na omezení portem. Pociťuje ho pouze 1 (5 %) žena a 1 (5 %) muž. Toto omezení vnímají spíše jako psychickou záležitost, že mají něco cizího v těle. Jsou opatrnější v různých běžně vykonávaných činnostech nebo při sportu. Ostatní respondenti, 19 (95 %) žen a 19 (95 %) mužů, tento pocit nemají.

Výrazné narušení vzhledu těla zavedeným portem (otázka č. 13) vnímají 3 (15 %) ženy a 2 (10 %) muži. Ženy to odůvodnily tím, že rády nosily větší výstřihy a šaty na ramínka. Nyní jsou v oblékání střídmejší. Zbylých 17 (85 %) žen a 18 (90 %) mužů tento problém nemá. Většinou mluvili o horších věcech, např. rozsáhlé jizvy po operacích, vypadání vlasů atd. Ve srovnání s tímto je pro ně prý implantovaný port maličkostí.

Při běžně vykonávaných denních činnostech (otázka č. 14) nevadí port 18 (90 %) ženám a všem 20 (100 %) mužům. Port vadí pouze 2 (10 %) ženám. Jedna uvedla, že jí port vadí při úklidu a při cvičení. Je opatrnější než dříve. Druhé ženě vadí port při mazlení s dětmi.

Implantovaný port ovlivňuje fyzickou a psychickou stránku života respondentů minimálně. Problém nastal v otázce strachu či obav před implantací. Zde by byla nejlepším řešením opět důkladná edukace pacienta ze strany lékaře. Další možností je např. názorná ukázka portu či setkáním s jiným pacient, který již port má a je s ním spokojen.

2.5.4 Čtvrtá výzkumná otázka

Převládá u pacientů spokojenost nebo nespokojenost s implantovaným portem?

Všech 40 (100 %) respondentů uvedlo, že jsou s portem spokojeni. Port pro ně znamená úlevu od častého kanylování periferních žil, snadnou aplikaci chemoterapie či další léčby a v neposlední řadě i časovou úsporu. V ambulanci nebo v nemocnici tráví minimum času a mohou být více v domácím prostředí. Respondenti se i jednoznačně shodli na doporučení portu pacientům, které jeho implantace teprve čeká.

2.5.5 Pátá výzkumná otázka

Jsou rozdíly v informovanosti pacientů nemocnice krajského typu (KN) a nemocnice fakulního typu (FN)?

Rozdíly zde jsou, ale ne nějak markantní. Výsledné porovnání je pro rychlý přehled opět vyjádřeno pomocí průměru. První otázka zjišťuje informovanost o výhodách portu. V nemocnici krajského typu zaškrtno známku jedna 14 (70 %) respondentů a v nemocnici fakulního typu 18 (90 %) respondentů. Známkou dvě v krajském zařízení hodnotilo 5 (25 %) respondentů a 1 (5 %) respondent známku tři. Známkou dvě ve fakulním zařízení zvolili 2 (10 %) respondenti. Pacienti nemocnice krajského typu tedy mají průměr 1,35 a pacienti nemocnice fakulního typu 1,1. V tomto porovnání jsou lépe informovaní pacienti nemocnice fakulního typu.

Maximum možných informací o implantaci portu mělo 17 (85 %) pacientů nemocnice krajského typu a 18 (90 %) pacientů nemocnice fakulního typu. Známkou dvě hodnotili 2 (10 %) pacienti z krajského zařízení, 2 (10 %) z fakulního zařízení a trojku použil k hodnocení 1 (5 %) pacient z krajského zařízení. Po vypočítání průměru mají pacienti nemocnice krajského typu průměr 1,2 a pacienti nemocnice fakulního typu 1,1. Pacienti fakulního zařízení jsou informovaní v této oblasti lépe než pacienti krajského zařízení. Metodika implantací venózních portů je detailně propracovaná. Po edukaci lékařem pacient ještě dostává k podpisu informovaný souhlas, kde je laické vysvětlení významu portu, jeho funkce a srozumitelné popsání celého výkonu. (Chovanec, Raupach, 2008, s. 185)

V informovanosti o vykonávání běžných denních činností se zavedeným portem dalo známku jedna 14 (70 %) dotazovaných z krajského zařízení a 14 (70 %) dotazovaných z fakulního zařízení. Dvojkou hodnotilo tuto otázku 6 (30 %) pacientů z krajského zařízení a 6 (30 %) z fakulního zařízení. Průměr tedy mají dotazovaní stejný a to 1,3. Obě zkoumané skupiny respondentů jsou na tom v oblasti informovanosti o vykonávání běžných denních činností srovnatelně.

Poslední byla v baterii otázek informovanost o možnosti vzniku komplikací. Zde známku jedna volilo 10 (50 %) pacientů krajského zařízení a 10 (50 %) z fakulního zařízení. Známkou dvě hodnotili množství podaných informací 3 (5 %) pacienti z nemocnice krajského typu a 7 (35 %) pacientů z nemocnice fakulního typu. Známkou tři dali 4 (20 %) pacienti z krajského zařízení a 2 (10 %) pacienti z fakulního zařízení. Znalosti možných komplikací na známku čtyři ohodnotili 2 (10 %) pacienti z krajského zařízení. Pětku dal 1 (5 %) pacient

z nemocnice krajského typu a 1 (5 %) pacient z nemocnice fakultního typu. Nemocnice krajského typu má průměr 2,05 a nemocnice fakultního typu 1,75. Z toho vyplývá, že pacienti z nemocnice fakultního typu jsou ohledně komplikací informováni lépe než ostatní pacienti z výzkumného vzorku.

V otázce porovnání informovanosti pacientů onkologického centra nemocnice krajského typu s pacienty kliniky onkologie a hematologie nemocnice fakultního typu hodně záleží na lékařích, kteří poskytují prvotní informace. Měli by je poskytovat srozumitelně, úměrně k věku pacienta a bez používání odborných termínů. Málomnozí pacienti totiž těmto odborným výrazům rozumí. Lékaři by měli dát pacientům informační materiál, který si pak mohou ještě doma v klidu prostudovat a následně tyto informace i lépe vstřebat.

Bc. Lýdia Hrádelová v diplomové práci vytvořila návrh informační brožury pro nositele venózních portů. Shrnula zde všechny důležité informace o portech. Tato brožura je sice obsáhlá, ale velmi zdařilá a měl by ji obdržet každý pacient, který je indikován k implantaci portu.

Výstupem této práce je návrh informační mapy (viz příloha č. 12) pro pacienty, které čeká implantace portu. Jsou zde v bodech shrnuty informace před výkonem, během výkonu, v bezprostředním období po výkonu, život s portem a popis nejčastějších komplikací, které se mohou vyskytnout.

2.6 Závěr

Bakalářská práce se věnuje ošetrovatelské péči o pacienta s implantovaným venózním portem. Popisuje vlastní port, jeho implantaci, ošetřování a možné komplikace.

Na začátku práce bylo stanoveno pět cílů. Prvním cílem bylo charakterizovat implantabilní venózní port, popsat jeho zavedení, ošetřování a možné komplikace.

Druhým cílem bylo zjistit míru informovanosti respondentů v oblasti portů. K dosažení tohoto cíle bylo použito dotazníku, který vyplnili respondenti z onkologického centra nemocnice krajského typu a kliniky onkologie a hematologie nemocnice fakulního typu. K hodnocení použili známky jako ve škole (1 – nejvyšší možná informovanost, 5 – žádná informovanost). Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů o výhodách portu mělo maximální možné informace 32 (80 %) respondentů. O výkonu, při kterém se port zavádí, mělo informace na výbornou 35 (87 %) dotazovaných. Informace o vykonávání běžných denních činností se zavedeným portem mělo na známku jedna 28 (70 %) respondentů. O možných komplikacích, které se mohou vyskytnout po zavedení portu, mělo maximum informací 20 (50 %) dotázaných pacientů. Toto hodnocení je závislé na mnoha přidružených faktorech (pohlaví, věk, jak dlouho mají pacienti port zaveden, momentální stav pacienta atd.) a zvláště pak na individualitě každého z respondentů. Všeobecně však lze říci, že informovanost pacientů je na velmi dobré úrovni. Mají snahu si informace vyhledávat i sami. Dávají tím najevo zájem o svůj zdravotní stav a o intravenózní port, k jehož implantaci jsou indikováni.

Třetí cíl zjišťoval, zda port respondentům vyhovuje nebo k němu mají nějaké výhrady. S implantovaným portem je spokojeno všech 40 (100 %) dotazovaných. Výhrady mají 2 (5 %) ženy a to v oblasti běžně vykonávaných činností. Konkrétně jim port vadí při úklidu, cvičení a při mazlení s dětmi.

Čtvrtým cílem bylo porovnat informovanost pacientů onkologického centra nemocnice krajského typu s pacienty kliniky onkologie a hematologie nemocnice fakulního typu. V otázce informovanosti o výhodách portu jsou na tom lépe pacienti nemocnice fakulního typu. Průměr známek mají 1,1, kdežto pacienti nemocnice krajského typu mají průměr 1,35. O výkonu, při kterém se port zavádí, je informovanost pacientů vcelku vyrovnaná. Po vypočítání průměru mají pacienti nemocnice krajského typu průměr 1,2 a pacienti nemocnice fakulního typu 1,1. V oblasti informovanosti o vykonávání běžných denních činností jsou průměry obou zařízení vyrovnané. Jak pacienti krajského zařízení, tak i pacienti fakulního zařízení mají průměr 1,3. O možných komplikacích, které se mohou vyskytnout

po zavedení portu, byl průměr známek pacientů z krajského zařízení 2,05 a z fakultního zařízení 1,75. Zde je již větší rozdíl v informovanosti a lépe jsou v této oblasti informováni pacienti z fakultního zařízení. Ve shrnutí tohoto cíle je opět na místě zmínit individualitu respondentů a faktory, které přijímání informací ovlivňují.

Posledním pátým cílem bylo vytvořit návrh informační mapy před a po implantaci portu. Vytvořený návrh je v příloze č. 12. Obsahuje stručný přehled informací o portu. Dále shrnutí informací před výkonem, během výkonu, v období bezprostředně po výkonu, život s portem a nejčastější komplikace. Pacientům by tato mapa měla pomoci lépe se orientovat v daných obdobích a možná poskytnout i ucelenější obraz celého procesu.

Všech pět cílů bylo splněno a výstupem práce je návrh informační mapy pro pacienty před a po implantaci venózního portu.

Seznam bibliografických citací

Knihy

1. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
2. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
3. KELNAROVÁ, Jarmila et al. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy – 2. roč. 2. díl*. Praha: Grada, 2009. 232 s. ISBN 978-80-247-3106-3.
4. MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. 1. díl. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
5. O'CONNOR, Margaret a Sanchia, ARANDA. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
6. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie, NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. 216 s. ISBN 80-247-1777-8.
7. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v Ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
8. VAŇÁSEK, Jaroslav. Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Paliativní péče v onkologii*. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2013. 61 s. ISBN 978-80-7395-586-1.
9. VORLÍČEK, Jiří. Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ et al. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2012. 328 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
10. ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. 2. vyd. Praha: Grada, 2008. 552 s. ISBN 978-80-247-2844-5.
11. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA et al. *Chirurgická propedeutika třetí, přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2011. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

Periodika

12. FIALOVÁ, Jana et al. Význam zavádění portu u onkologických nemocných. *Rozhledy v chirurgii*. 2012, r. 91, č. 3, s. 181-184. ISSN 1803-6597.
13. FRICOVÁ, Jitka a Martin STRÍTESKÝ. Implantabilní porty jsou běžným standardem pro léčbu onkologických pacientů. *Braunoviny*. Praha: B Braun Medical s.r.o. 2013. č. 11, s. 16-18, ISSN 1801-0342.
14. FRICOVÁ, Jitka a Martin STRÍTESKÝ. Implantabilní venózní porty. *Bolest*. 2006, č. 3, s. 176-183. ISSN 1212-0634.
15. CHOVANEC, Vendelín a Jan RAUPACH. Žilní přístup pomocí port-katétu. *Postgraduální medicína*. 2008, č. 2, s. 183-189. ISSN 1212-4184.
16. MIHALÍKOVÁ, Veronika a Šárka SKOPALÍKOVÁ. Intravenózní porty – není se čeho bát! *Sestra*. 2011, r. 21, č. 2, s. 29. ISSN 1210-0404.
17. NETRVALOVÁ, Romana a Věra MERCLOVÁ. Aplikace chemoterapie venózním portem. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008. r. 4, č. 7, s. 22. ISSN 1801-1349.
18. NOVÁKOVÁ, Michaela. HERDEGENOVÁ, Marie. PRANTLOVÁ, Scarlet. Ošetrovatelská péče o nemocné se zavedeným žilním portem. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, r. 5, č. 3, s. 10-12. ISSN 1801-1349.

Elektronické zdroje

19. BURGERSTEINOVÁ, Eva. *Porty – úleva a komfort pro pacienty i personál*. Medical Tribune [online]. 2009, r. 5, č. 7, s. B6. ISSN 1214-8911. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/13516-porty-amp-uleva-a-komfort-pro-pacienty-i-personal>
20. LABUDÍKOVÁ, Monika et al. *Pro sestry: Intravenózní implantabilní porty v hematoonkologii*. Medicína pro praxi [online]. 2009, r. 6, č. 5, s. 281-283. ISSN 1803-5310. [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/05/14.pdf>

21. Medical Tribune. *Postřehy z kanyláčnického workshopu*. [online] Medical Tribune. 23/2013. [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/31544-postrehy-z-kanylacniho-workshopu>
22. NOVÁKOVÁ, Martina. BÉMOVÁ, Hana. HANČL, Jan. *Práce sestry s intravenózním portem při aplikaci chemoterapie*. Sestra [online]. 2006, r. 16, č. 10, s. 35-36. ISSN 1210-0404. [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/prace-sestry-s-intravenoznim-portem-pri-aplikaci-chemoterapie-273995>
23. ONDRÁK, Martin et al., *Implantace venózních portů - vývoj v posledních letech*. Rozhledy v chirurgii [online]. 2005, r. 84, č. 3, s. 142-147. ISSN 0035-9351. [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/rozhledy-v-chirurgii-clanek/implantace-venoznich-portu-vyvoj-v-poslednich-letech-3926>
24. ONDRÁK, Martin et al. *Port a jeho úloha v léčbě onkologicky nemocných*. Praktický lékař [online]. 2005, r. 85, č. 12, s. 677-680. ISSN 0032-6739. [cit. 2014-02-25]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/port-a-jeho-uloha-v-lecbe-onkologicky-nemocnych-5949>
25. ŠTĚPÁNEK, Martin. *II. celostátní konference o portech a permanentních katétrech*. Braunoviny [online]. 2009, č. 4, s. 15. ISSN 1801-0342. [cit. 2014-03-14]. Dostupné z: <http://braunoviny.bbraun.cz/cs/braunoviny/2009/braunoviny-2009-04-nahled.pdf>

Akademické práce

26. HRÁDELOVÁ, Lýdia. *Kanylace, centrální a periferní vstupy na onkologii*. Pardubice, 2010. 101 s. [online]. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Doc. MUDr. Jaroslav Vaňásek, Csc. [cit. 2014-03-16]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10195/36672>

Seznam tabulek a obrázků

Tabulka 1 <i>Věk respondentů</i>	37
Tabulka 2 <i>Informovanost – Ženy (Ž) X Muži (M)</i>	43
Tabulka 3 <i>Informovanost - Pacienti nemocnice krajského typu (KN) X Pacienti nemocnice fakultního typ (FN)</i>	44
Obrázek 1 <i>Pohlaví respondentů</i>	36
Obrázek 2 <i>Jak dlouho je port zaveden – celkové hodnocení</i>	38
Obrázek 3 <i>Jak dlouho je port zaveden - ženy</i>	38
Obrázek 4 <i>Jak dlouho je port zaveden - muži</i>	38
Obrázek 5 <i>Strana implantace portu – ženy</i>	39
Obrázek 6 <i>Strana implantace portu – muži</i>	39
Obrázek 7 <i>Vyhmatání portu – celkové hodnocení</i>	40
Obrázek 8 <i>Aspirace z portu – celkové hodnocení</i>	41
Obrázek 9 <i>Aspirace z portu – ženy</i>	41
Obrázek 10 <i>Aspirace z portu – muži</i>	41
Obrázek 11 <i>Nošení portového průkazu – celkové hodnocení</i>	42
Obrázek 12 <i>Nošení portového průkazu -ženy</i>	42
Obrázek 13 <i>Nošení portového průkazu - muži</i>	42
Obrázek 14 <i>Zdroj informací – celkové hodnocení</i>	45
Obrázek 15 <i>Strach a obavy před výkonem – celkové hodnocení</i>	46
Obrázek 16 <i>Strach a obavy před výkonem - ženy</i>	46
Obrázek 17 <i>Strach a obavy před výkonem - muži</i>	46
Obrázek 18 <i>Bolest po výkonu – celkové hodnocení</i>	47
Obrázek 19 <i>Bolest po výkonu - ženy</i>	47
Obrázek 20 <i>Bolest po výkonu - muži</i>	47
Obrázek 21 <i>Omezení portem – celkové hodnocení</i>	48
Obrázek 22 <i>Omezení portem - ženy</i>	48
Obrázek 23 <i>Omezení portem - muži</i>	48
Obrázek 24 <i>Výrazně narušený vzhled těla – celkové hodnocení</i>	49
Obrázek 25 <i>Výrazně narušený vzhled těla - ženy</i>	49
Obrázek 26 <i>Výrazně narušený vzhled těla - muži</i>	49

Obrázek 27 <i>Vadí port při běžných činnostech – celkové hodnocení</i>	50
Obrázek 28 <i>Vadí port při běžných činnostech - ženy</i>	50
Obrázek 29 <i>Vadí port při běžných činnostech – muži</i>	50
Obrázek 30 <i>Vznik některé z komplikací – celkové hodnocení</i>	51
Obrázek 31 <i>Vznik některé z komplikací - ženy</i>	51
Obrázek 32 <i>Vznik některé z komplikací - muži</i>	51
Obrázek 33 <i>Jak se zachovat při vzniku komplikací – celkové hodnocení</i>	52
Obrázek 34 <i>Jak se zachovat při vzniku komplikací – ženy</i>	52
Obrázek 35 <i>Jak se zachovat při vzniku komplikací – muži</i>	52
Obrázek 36 <i>Sterilní krytí portu po ukončení aplikace – celkové hodnocení</i>	53
Obrázek 37 <i>Sterilní krytí portu po ukončení aplikace - ženy</i>	53
Obrázek 38 <i>Sterilní krytí portu po ukončení aplikace – muži</i>	53
Obrázek 39 <i>Spokojenost s portem – celkové hodnocení</i>	54
Obrázek 40 <i>Doporučení portu – celkové hodnocení</i>	55
Obrázek 41 <i>Názory a zkušenosti – celkové hodnocení</i>	56

Seznam příloh

Příloha 1: <i>Implantabilní venózní port</i>	71
Příloha 2: <i>Popis portkatétru</i>	71
Příloha 3: <i>Huberova jehla zahnutá a rovná</i>	72
Příloha 4: <i>Huberova jehla s aplikačním setem</i>	72
Příloha 5: <i>Power port (tzv. CT port)</i>	73
Příloha 6: <i>Anatomický obraz žil vhodných k implantaci portu</i>	73
Příloha 7: <i>Firemně balený implantační set</i>	74
Příloha 8: <i>Postup implantace venózního portu</i>	74
Příloha 9: <i>RTG snímek pacienta s implantovaným portem</i>	77
Příloha 10: <i>Vyhmatání a fixace portu při zavádění jehly</i>	77
Příloha 11: <i>Dotazník</i>	78
Příloha 12: <i>Návrh informační mapy před a po implantaci venózního portu</i>	81

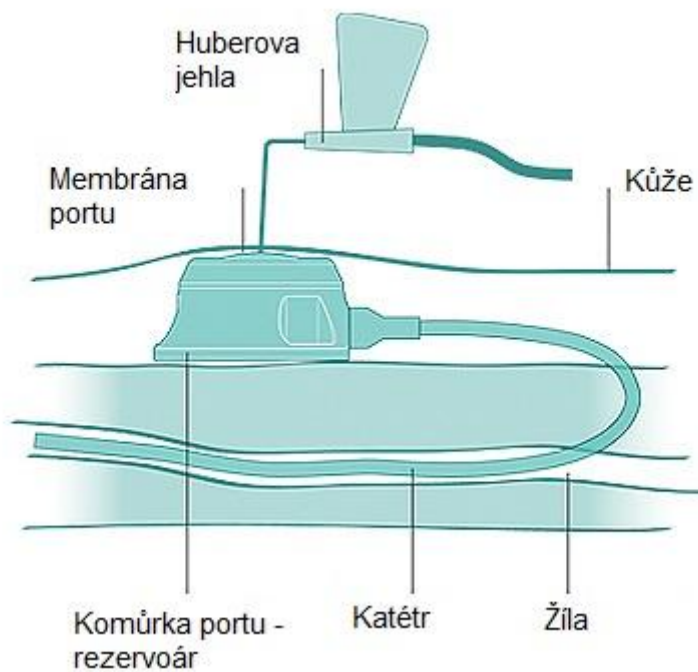
Přílohy

Příloha 1: *Implantabilní venózní port*



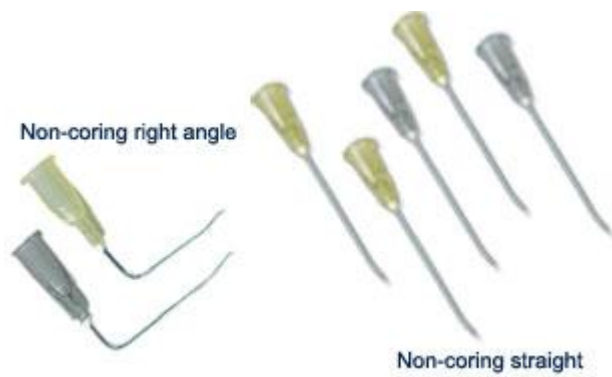
Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/intravenozni-porty-neni-se-ceho-bat-458207>

Příloha 2: *Popis portkatétru*



Zdroj: <http://www.primoport.com.br/pacientes/sobre-o-primoport.html>

Příloha 3: *Huberova jehla zahnutá a rovná*



Zdroj: http://www.exelint.com/huber_needles.php

Příloha 4: *Huberova jehla s aplikačním setem*



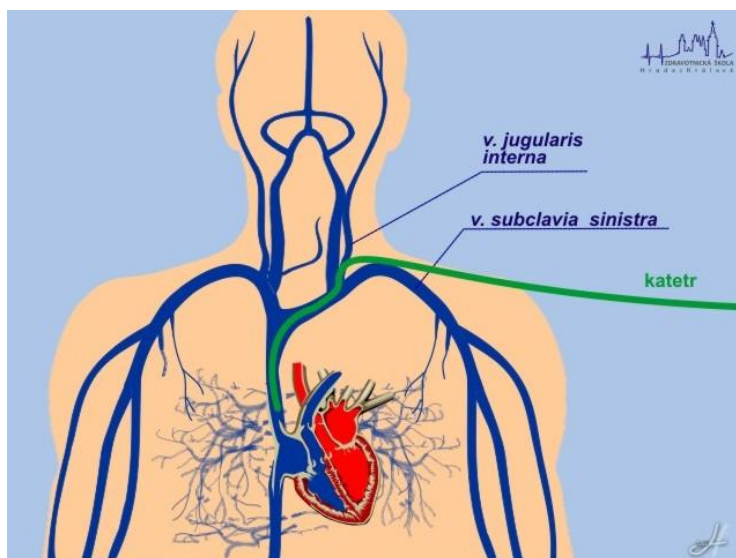
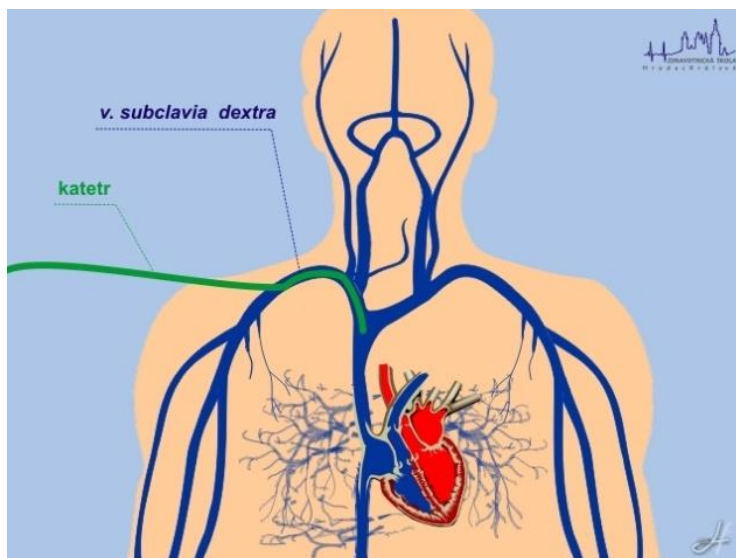
Zdroj: <http://www.cbtl.lt/10/14/22>

Příloha 5: Power port (tzv. CT port)



Zdroj: <http://www.veins4life.com/providers.php?sub=dictionary#C>

Příloha 6: Anatomický obraz žil vhodných k implantaci portu



Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/terapie.aspx?tid=108>

Příloha 7: Firemně balený implantační set



Zdroj: <http://districlass.com/english/images/kit-chambres-gm.jpg>

Příloha 8: Postup implantace venózního portu

1. Kanylace vena subclavia dextra



2. Vytvoření podkožní kapsy



3. Protažení konce katétru do vytvořené kapsy pomocí tunelizační techniky



4. Spojení těla portu s katétrem

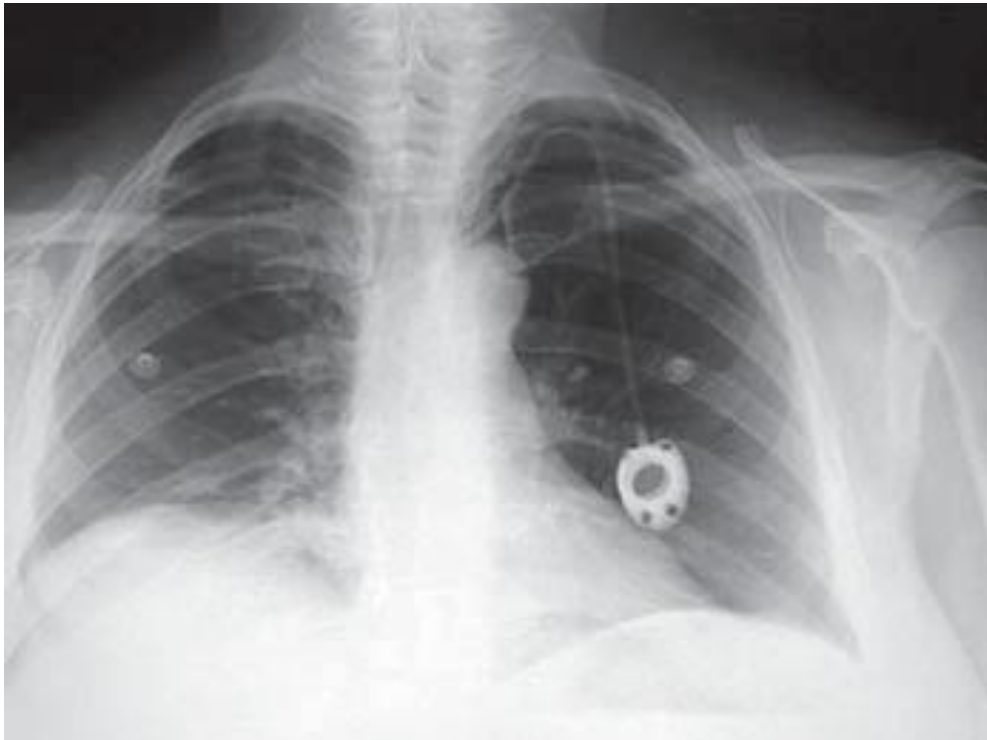


5. Sutura po výkonu



Zdroj: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/05/14.pdf>

Příloha 9: RTG snímek pacienta s implantovaným portem



Zdroj: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/05/14.pdf>

Příloha 10: Vyhmatání a fixace portu při zavádění jehly



Zdroj: <http://what-when-how.com/paramedic-care/intravenous-access-clinical-essentials-paramedic-care-part-8/>

Příloha 11: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Alena Stejskalová. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského programu Ošetřovatelství – Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Ve své bakalářské práci se věnuji tématu implantabilních venózních portů. Chtěla bych Vás proto požádat o vyplnění dotazníku, který je anonymní. Výsledky použiji pro výzkum v bakalářské práci.

Za vyplnění Vám předem moc děkuji.

Vaši volbu prosím označte křížkem: ☒

1. Pohlaví? žena
 muž
2. Kolik je Vám let?
3. Jak dlouho máte port zavedený?
 méně než 3 měsíce
 3 - 6 měsíců
 6 měsíců až 1 rok
 déle než 1 rok
4. Na jaké straně máte port zaveden?
 vpravo
 vlevo
5. Máte port dobře hmatný?
 ano
 ne
6. Je možná aspirace (nasátí) z portu?
 ano
 občas ne
 ne

7. Nosíte u sebe běžně průkaz uživatele portu?

ano

ne

8. Měl/a jste dostatek informací? (známkujte jako ve škole)

(1 - nejvyšší možná informovanost, 5 - žádná informovanost)

	1	2	3	4	5
o výhodách portu a o jeho používání					
o výkonu, při kterém se port zavádí					
o vykonávání běžných denních činností se zavedeným portem					
o možných komplikacích, které se mohou vyskytnout po zavedení portu					

9. Od koho jste informace o portu získali?

.....

10. Měl/a jste před výkonem (implantací portu) strach či nějaké obavy?

ano

ne

Pokud ano, uveďte prosím z čeho.

.....

11. Jak dlouho Vás bolelo místo zavedení portu po vlastním výkonu?

vůbec

1 týden

2 týdny

12. Cítíte se s portem nějak omezen/á?

ano

ne

13. Máte pocit, že zavedením portu se nějak výrazně narušil vzhled Vašeho těla?

ano

ne

14. Vadí Vám zavedený port při nějakých běžně vykonávaných činnostech?

ano

ne

Pokud ano, uveďte prosím při čem.

.....

15. Objevila se u Vás nějaká z možných komplikací?

ano

ne

Pokud ano, uveďte prosím jaká.

.....

16. Víte jak se zachovat při vzniku komplikací?

ano

ne

17. Jak dlouho má být po aplikaci sterilně překryto místo vpichu do portu?

1 hodina

2 hodiny

3 hodiny

nevím

18. Jste s portem spokojen?

ano

ne

Pokud ne, uveďte prosím důvod Vaší nespokojenosti?

.....


19. Doporučil/a byste port pacientům, které jeho zavedení teprve čeká?


ano

ne

Chtěl/a byste sdělit něco dalšího ohledně portů?

Příloha 12: Návrh informační mapy před a po implantaci venózního portu

Implantace venózního portu - informační mapa	
<p>Všeobecné informace o portech</p>  <p><i>Intravenózní port</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Slouží k zajištění dlouhodobého žilního přístupu ✓ Skládá se z komůrky a vlastního katétru ✓ Komůrka je zašita pod kůži a katétr je zaveden v žilním řečišti ✓ Pro vpich do komůrky se používá Huberova jehla - jedná se o speciální jehly, které neničí membránu portu ✓ Port je konstruován na 1500 - 3000 vpichů ✓ Je implantován na několik let
<p>Před výkonem</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Být nalačno a mít s sebou výsledky odběrů krve maximálně tři dny staré ✓ Mít s sebou doprovod ✓ Přečíst si a podepsat informovaný souhlas ✓ Případné dotazy konzultovat s lékařem
<p>Během výkonu</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Výkon se provádí za sterilních podmínek v místním znecitlivění ✓ Trvá zhruba 30 minut ✓ Na katetrizačním sále se řiďte pokyny lékaře a sester ✓ Po ukončení výkonu dostanete průkaz uživatele portu, kam se zapisuje veškerá manipulace s portem (aplikace proplachu, převazy, komplikace) ✓ Průkaz uživatele portu noste u sebe
<p>Bezprostředně po výkonu</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Po výkonu je nutné krátkodobé pozorování (3-6 hod.) na oddělení nebo stacionáři ✓ Měří se krevní tlak a pulz, kontroluje se místo zavedení portu ✓ K ověření polohy portu se provede rentgenový snímek hrudníku ✓ Pokud je vše v pořádku, následuje propuštění domů s doprovázející osobou ✓ V den výkonu zachovat klidový režim ✓ Stehy se vytažují za 7-10 dní ✓ Krytí rány během této doby nesundávat ani nenamáčet ✓ Doporučuje se šetřit horní končetinu první 2 týdny (vyvarovat se fyzické zátěži)

<p>Život s portem</p>  <p><i>Aplikace léků do portu přes speciální (Huberovu) jehlu</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Port představuje komfort pro pacienta a je dobře snášen ✓ Umožňuje podávání léků (chemoterapie), infúzí, transfúzí nebo oděry krve ✓ K chemoterapii může řada pacientů docházet ambulantně a trávit více času v domácím prostředí ✓ Po ukončení aplikace léků a vytažení jehly se nechává port 3 hodiny přelepený sterilním krytím ✓ Pokud port není používán, je nutné ho 1x měsíčně propláchnout fyziologickým roztokem a uzavřít heparinovou zátkou (brání vzniku neprůchodnosti portu sražením krve v systému)
<p>Komplikace</p> <p><i>Správnou ošetrovatelskou péčí o port a spoluprací ze strany pacienta se komplikace minimalizují.</i></p>	<p>Infekce</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Zarudnutí a bolestivost místa zavedení portu, zvýšená tělesná teplota <p>Uzávěr katétru</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Zalomení katétru ✓ Neprůchodnost z důvodu krevní sraženiny <p>Při výskytu komplikací ihned informovat lékaře a dostavit se k němu do ambulance na kontrolu</p>
<p>Vypracovala: Alena Stejskalová, studentka FZS Univerzity Pardubice obor všeobecná sestra</p> <p>Použitá literatura:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NOVÁKOVÁ, M., HERDEGENOVÁ, M., PRANTLOVÁ, S. Ošetrovatelská péče o nemocné se zavedeným žilním portem. <i>Diagnóza v ošetrovatelství</i>. 2009, r. 5, č. 3, s. 10-12. 2. LABUDÍKOVÁ, M. et al, Intravenózní implantabilní porty v hematooonkologii. <i>Medicína pro praxi – pro sestry</i>. 2009, č. 5, s. 281-283. 3. CHOVANEC, V. a RAUPACH, J. Žilní přístup pomocí portkatétru. <i>Postgraduální medicína</i>. 2008, č. 2, s. 183-189. 	