



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta
s onemocněním žlučníku pohledem sestry a pacienta**

Bakalářská práce

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Lucie Hlinšťáková

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Toumová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s onemocněním žlučníku pohledem sestry a pacienta“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 9. 8. 2021

.....

Lucie Hlinšťáková

Poděkování

Tímto děkuji mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Kristýně Toumové, Ph.D. za cenné rady, zkušenosti a čas, který mně věnovala. Děkuji i za trpělivost a podporu při psaní mé práce.

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s onemocněním žlučníku pohledem sestry a pacienta

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá komplexní ošetrovatelskou péčí o pacienta s onemocněním žlučníku. Cílem práce bylo zjistit, jak se na předoperační a pooperační péči dívá nejen samotný pacient, ale také sestra.

V práci byly stanoveny čtyři cíle, jako první „Zmapovat komplexní předoperační přípravu před operací žlučníku na chirurgickém oddělení z pohledu sestry.“ Jako druhý „Zmapovat komplexní předoperační přípravu pacienta před operací žlučníku na chirurgickém oddělení z pohledu pacienta.“ Jako třetí „Zmapovat pooperační péči po operaci žlučníku na chirurgickém oddělení z pohledu sestry.“ A jako čtvrtý „Zmapovat pooperační péči po operaci žlučníku na chirurgickém oddělení z pohledu pacienta.“

Pro sběr dat bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořili pacienti, kteří podstoupili operaci žlučníku, a sestry pracující na chirurgickém oddělení.

Ukázalo se, že pacienti příliš nevnímají předoperační poslušnost ošetrovatelské péče, spíše se řídí pokyny sester. Další šetření prokázalo, že všichni pacienti znají zásady, které musí dodržovat po propuštění z nemocnice (dieta, péče o ránu, rehabilitace...), což svědčí o kvalitní edukaci sester.

Výsledky u sester ukazují, že sestry znají zásady předoperační a pooperační péče. Výsledky výzkumu poukázaly na nedostatečnou psychickou podporu pacienta ze strany sester. Sestry vnímají tento problém, který podle nich souvisí s nedostatkem personálu a tím pádem také s nedostatkem času na pacienta. Z bakalářské práce jako doporučení pro praxi vyplynulo, že je nutné vytvořit časovou rezervu v práci sester, aby se mohly věnovat také psychické podpoře pacientů.

Klíčová slova

Pacient; sestra; žlučník; předoperační příprava; pooperační péče; domácí péče; psychický stav; edukace; ošetrovatelská péče

Comprehensive nursing care for a patient with gallbladder disease from the perspective of a nurse and a patient

Abstract

This bachelor thesis deals with comprehensive nursing care for patients with gallbladder diseases. The aim of the work was to find out how not only the patient but also the nurse looks at preoperative and postoperative care.

Four objectives were set in the work, as the first "Map the comprehensive preoperative preparation before gallbladder surgery in the surgical department from the nurse's point of view." after the gallbladder surgery in the surgical ward from the nurse's point of view." And fourth "Map postoperative care after gallbladder surgery in the surgical ward from the patient's perspective."

A qualitative research survey using a semi-structured interview technique was chosen for data collection. The research group consisted of patients who underwent gallbladder surgery and nurses working in the surgical department.

It turned out that patients do not really perceive the preoperative sequence of nursing care, but rather follow the instructions of nurses. Further investigation has shown that all patients know the principles they must follow after discharge from the hospital (diet, wound care, rehabilitation...), which testifies to the quality education of nurses.

The results for nurses show that nurses know the principles of preoperative and postoperative care. The results of the research pointed to the insufficient psychological support of the patient by the nurses. The nurses perceive this problem, which according to them is related to the lack of staff and thus also the time per patient. The bachelor's thesis, as a recommendation for practice, showed that it is necessary to create a time reserve in the work of nurses so that they can also focus on the psychological support of patients.

Keywords

Patient; nurse; gallbladder; preoperative preparation; postoperative care; home care; mental state; education.

Obsah

Úvod	7
1 Současný stav	8
1.1 Anatomie.....	8
1.2 Onemocnění žlučníku	9
1.2.1 Vyšetřovací metody.....	9
1.2.2 Druhy onemocnění žlučníku.....	12
1.3 Operační výkony na žlučníku	18
1.4 Předoperační příprava	21
1.5 Pooperační péče	23
1.6 Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s onemocněním žlučníku.....	25
2 Cíl práce a výzkumné otázky	27
2.1 Cíl práce.....	27
2.2 Výzkumné otázky	27
3 Metodika.....	28
3.1 Použité metody a techniky sběru dat	28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	29
4 Výsledky výzkumného šetření	30
4.1 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření u pacientů.	30
4.2 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření u sester	36
6 Diskuse	44
7 Závěr.....	50
8 Seznam literatury	51
9 Seznam příloh.....	55
10 Seznam zkratk.....	59

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila problematiku spojenou s ošetrovatelskou péčí o pacienta s onemocněním žlučníku.

Onemocnění žlučníku je v dnešní době častým onemocněním, které má velkou úspěšnost léčby. Z tohoto důvodu bývá jeho léčba v některých případech podceňována. Přesto jde o zásah do lidského organismu, ať už operace žlučníku probíhá laparoskopicky nebo laparotomicky. V obou případech pacient pocítuje bolest a psychickou a sociální újmu. Proto se této problematice budu věnovat ve své práci.

Postup předoperační přípravy má přesně stanovenou posloupnost vyšetření a dalších úkonů, které jsou nutné k přípravě pacienta na operaci. Časový plán těchto úkonů je daný. Dodržováním časového sledu jednotlivých kroků vede k optimální přípravě pacienta k operaci a je nutnou podmínkou k úspěšnému zákroku.

Důležitou součástí předoperační přípravy je také psychická podpora pacienta. Ta spočívá ve vzájemné komunikaci pacienta a sestry a zpětné vazbě. V ideálním případě sestra vnímá pacienta jako holistickou bytost, sleduje jeho potřeby a jeho psychické a sociální prožívání nemoci.

Správná pooperační péče je dalším krokem k úplné zdravotní rehabilitaci operovaného. Součástí pooperační rehabilitace pacienta je i péče v domácím prostředí. V tomto bodě je velmi důležitá edukace pacienta sestrou. Dodržování zásad péče o ránu v domácím prostředí je prvním krokem k uzdravení pacienta. Dále je nutností, aby pacient respektoval nutriční doporučení ve stravování. Dieta vede k odstranění zdravotních problémů spojených se žlučníkem. Zde by měl být kladen důraz na přesnou a opakovanou edukaci pacienta.

Ve výzkumné části práce zmapuji, jak celý proces předoperační a pooperační péče vnímají sestry a pacienti s onemocněním žlučníku. V rámci komplexního pohledu na danou problematiku se v práci budu snažit propojit pohled pacienta i sestry na předoperační a pooperační péči o pacienta. Je nutné si uvědomit, že v rámci předoperační a pooperační péče je stejně důležitá příprava pacienta z hlediska fyzického (předoperační vyšetření, vyholení operačního pole, péče o ránu, dietní doporučení atd.) i z hlediska psychického (komunikace, edukace, zpětná vazba atd.). Každý pacient vnímá situaci spojenou s operačním zákrokem jinak, zvláště v závislosti na závažnosti jeho onemocnění, a tak je nutné vnímat pacienta jako individualitu.

1 Současný stav

1.1 Anatomie

Podle Balka (2017) je žlučník slepý vak, dlouhý asi 10 cm. Je uložený v pravém epigastriu, ve žlučnickové jámě, tzv. fossa vesicae biliaris, na spodní ploše pravého jaterního laloku. Jeho objem je 30-50 ml.

Žlučník je fyziologicky nehmatný. Pokud se žlučník nahmatá, jedná se o patologický nález. Jeho příčinou může být například hydrops žlučníku (tzn., že je zadržena tekutina ve žlučníku při nějaké obstrukci) (Nejedlá, 2015).

Naňka a Elišková (2015) uvádí, že je to nepárový orgán, který se dělí na tři části. První částí je fundus neboli dno, které naléhá na břišní stěnu. Druhou částí je corpus neboli tělo žlučníku, které je vazivově spojené s játry. Třetí, poslední částí je collum vesicae neboli krček žlučníku, kde zúžená část přechází do ductus cysticus.

Tito autoři také uvádí, že stěnu žlučníku tvoří sliznice, vazivo a hladká svalovina. Ta má za úkol smršťovat a tím vyprazdňovat žlučník a žlučové cesty. Na straně obrácené do dutiny břišní je pokryta peritoneem. Na části fundus a collum vesicae jsou uloženy řasy, které podporují odtok žluči. Žlučník slouží jako rezervoár pro žluč, kde se žluč také zahušťuje a koncentruje. Zahuštění žluči se vyvíjí pomocí epitelové výstelky žlučníku, která má vysokou absorpční kapacitu (Naňka, Elišková, 2015).

Žluč je tvořena žlučovými kyselinami a ve dvanáctníku se spojuje s tuky. Výsledný komplex je rozpustný ve vodě, a tím i dobře vstřebatelný ve střevě. Skládá se z vody a různých chemických sloučenin, jako jsou soli, barviva a cholesterol. Ty jsou důležité při trávení tuků. PH žluči je cca 8,0 (Naňka, Elišková, 2015). Kučerová (2012) uvádí, že žluč z jater do žlučníku prochází malými žlučovými a jaterními kanálky, jejichž průměr se při průchodu žluči zvětšuje a poté navrací zpět do původního tvaru. Croton a Adams (2012) udávají, že množství žluči produkované denně v játrech je 0,9 l.

Kittnar (2011) uvádí, že při trávení tuků v těle prochází žluč ze žlučníku do tenkého střeva, kde emulguje tuky. Croton a Adams (2012) dodávají, že je to proto, aby se mohly snadněji rozložit a vstřebávat.

Žlučové cesty jsou soubory kanálků, kterými je z jaterních buněk odváděna žluč do samotného dvanáctníku (Naňka, Elišková, 2015). Čihák (2013) žlučové cesty dělí na extrahepatální a intrahepatální žlučové cesty.

Intrahepatální cesty podle Naňky a Eliškové (2015) tvoří primární žluč v jaterních buňkách, které ji odvádí žlučovými kapilárami přes Heringovy kanálky do interlobulárních žlučvodů. Ty poté, jak říkají Croton a Adams (2012), vyústí a přes porta hepatis se vlévá žluč do mimojaterních žlučvodů.

Extrahepatální cesty začínají v porta hepatis, kdy z pravého a levého laloku vyústí ductus hepaticus dexter et sinister (pravý a levý jaterní vývod) (Naňka, Elišková, 2015). Jordi Vigué (2015) mluví o tom, že spojením těchto dvou žlučvodů vzniká ductus hepaticus communis, který je asi 2-4 cm dlouhý. Na ductus hepaticus communis se napojuje vývod žlučníku – ductus cysticus. Naňka a Elišková (2015) pak upřesňují, že spojením pokračují jako nejdelší úsek žlučových cest a vzniká žlučvod – ductus choledochus.

Koncová část žlučvodu, která je opatřena svěračem musculus sphincter Oddi, poté prochází za dvanáctníkem a za hlavou slinivky břišní, kde se spojuje s ductus pancreaticus a společně tvoří ampulu – společné ústí se označuje jako ampula hepatopancreatica. Ta vyústí do dvanáctníku na papilla dudodeni major (Naňka, Elišková, 2015). Žlučové cesty můžeme vidět na obrázku v Příloze č. 1.

Cévní zásobením žlučníku zaopatřuje větev arterie hepatica propriae a arteria cystica. Žilní odtok zaopatřuje vena cystica do vena porte (Stloukalová, 2012).

1.2 Onemocnění žlučníku

Tato kapitola pojednává o vyšetřovacích metodách u onemocnění žlučníku a uvádí další informace o druzích onemocnění žlučníku. Nejčastějším onemocněním žlučníku je cholecystolithiáza a zánět žlučníku, jak uvádí Janíková, Zeleníková (2013). Mimo tato onemocnění budou vyjmenována i další onemocnění, jako například nádory žlučníku, cholangitida a jiné.

1.2.1 Vyšetřovací metody

V této kapitole se budu věnovat jednotlivým druhům vyšetřovacích metod, se kterými se můžeme setkat při podezření na onemocnění žlučníku. Patří sem fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření a zobrazovací metody.

Do fyzikálního vyšetření patří vyšetření pohledem, kdy si všímáme například barvy kůže (může být žluté zbarvení sklér, kůže a sliznic). Při vyšetření pohmatem si všímáme,

zda je možné nahmatat žlučník, zda je pohmat bolestivý nebo zda nejsou nahmatány rezistence (Táborský et al., 2017). Patří tam tzv. Murphyho bod, kdy lékař zmáčkne pravé epigastrium, stlačí mírně nahoru a rychle pustí. (Nejedlá, 2015). U pacienta, který je palpačně bolestivě citlivý, když lékař rychle pustí bod, probíhá chorobný proces (Hudák et al., 2017). Murphyho bod leží na pravé medioklavikulární čáře, kde ho protíná oblouk žebber (Naňka, Elišková, 2015). K vyšetření poslechem patří známky peritoneálního dráždění (Ferko et al., 2015). K poslednímu vyšetření patří vyšetření poklepem (Táborský, 2017). Burda a Šolcová (2016) také ještě doplňují vyšetření stolice–pohledem.

Při laboratorním vyšetření (krevní vyšetření) u onemocnění žlučníku budou zvýšené leukocyty v KO, dále bude zvýšená sedimentace, minerály (Na, K, Cl, Ca). U jaterních testů pak bude zvýšený hlavně bilirubin a ALP. Při zánětu žlučníku bude také zvýšena hodnota CRP (Burda, Šolcová, 2016).

Nativní snímek břicha – je základní vyšetřovací metoda u podezření na NBP (náhlou břišní příhodu). Příprava spočívá pouze v lačnění. (Burda, Šolcová, 2016). U tohoto vyšetření pozorujeme hladinky a volné plyny v dutině břišní. Provádí se vestoje (u ležících na levém boku) horizontálním paprskem nebo vleže na zádech s vertikálním paprskem, kdy můžeme zpozorovat cizí tělesa, konkrementy, kalcifikace, kontury měkkých tkání a rozložení plynu v dutých orgánech (Ferko et al., 2015).

Ultrazvuk/Ultrasonografie – podle Ferka et al. (2015) je základní a miniinvazivní vyšetřovací metodou žlučníku. Burda a Šolcová (2016) doplňují, že díky tomuto vyšetření můžeme zjistit přítomnost kamenů ve žlučníku, žlučových cestách jater a slinivky břišní. Toto vyšetření se také provádí u podezření na nádory žlučníku, žlučových cest, jater a slinivky břišní. Akutně se může provádět například u zánětu žlučníku a pankreatitidy. Nejedlá (2015) uvádí, že u tohoto vyšetření není potřeba zvláštní přípravy. V některých případech spočívá pouze v lačnění. Při ultrazvukovém vyšetření například močového měchýře se doporučuje naplnění močového měchýře z důvodu lepšího zobrazení.

Peroperační cholangiografie – provádí se během operace na žlučníku. Nástřik kontrastní látky probíhá kanylou zavedenou do ductus cysticus. Během tohoto vyšetření se sleduje odtok kontrastní látky do duodena. Tímto vyšetřením se zjišťuje přítomnost konkrementů ve žlučníku (Vomáčka et al., 2015).

Pooperační cholangiografie – většinou se používá pro kontrolní vyšetření před odstraněním T-drénu ze žlučovodu, do kterého se podává kontrastní látka. Tato metoda se užívá jen zřídka (Vomáčka et al., 2015).

Cholangiografie T-drénem – u tohoto vyšetření příprava spočívá v lačnění, to znamená 8 hodin před vyšetřením nejíst, 2 hodiny nepít a nekouřit. Během operačního výkonu či revize žlučových cest se zavede T-drén do ductus choledochus (žlučovodu) a aplikuje se kontrastní látka nástřikem do drénu. Poté se provedou snímky rentgenu se zesilovačem. Po výkonu je potřeba udělat krevní testy na minerály neboli mineralogram a kontrolovat T – drén. Sestra musí sledovat množství, barvu a charakter drénového obsahu, průchodnost a samospád. Podle ordinace lékaře se od 4. dne v určitých intervalech zaškrcuje (například 2 x 2 hodiny, 4 hodin, ...), až se drén úplně uzavře. Většinou to bývá cca 10. den. Pokud drén již nic neodvádí a je všechno v pořádku, drén se vytáhne (drén může vytahovat pouze lékař) (Janíková, Zeleníková 2013). Podle Burdy a Šolcové (2016) lze díky T-drénu provádět cholangiografii k vyloučení residuální choledocholithiázy, průkazu píštěle či úniku žluči.

CT – jak uvádí Burda a Šolcová (2016), používá rentgenové paprsky a počítačovou metodu k podrobnému zobrazení jednotlivých částí těla v tenkých vrstvách. Provádí se při podezření na nádorové onemocnění žlučníku, jater a slinivky břišní, anebo u zánětlivých onemocněních (CT břicha). Může se provádět s kontrastní látkou i bez ní. Podle Nejedlé (2015) příprava spočívá v psychické přípravě – je potřeba vysvětlit průběh vyšetření, od půl noci nejíst a nekouřit. Také je důležité zjistit anamnézu nemocného, jako alergie, u žen poslední menstruace.

MRCP (nukleární magnetická rezonanční cholangiopankreatografie) - je MR cholangiopankreatografie, což je neinvazivní vyšetření prováděné u komplikací cholelithiázy a zánětlivých a nádorových hepatopankreatobiliárních onemocnění bez použití kontrastní látky (Heřman et al., 2014). Toto vyšetření je přesná zobrazovací metoda, která dokáže zobrazit patologické jevy. Přípravou se rozumí nejíst a nepít minimálně 2 hodiny před vyšetřením (Burda, Šolcová, 2016).

ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie) – ERCP slouží k zobrazení žlučových cest a pankreatických vývodů. Příprava před tímto vyšetřením je specifická, kdy pacient musí lačnit 6-8 hodin, ale může přijímat menší množství vody. Důležitá je také psychická příprava, kdy je potřeba pacientovi řádně vysvětlit průběh

vyšetření. Sestra před vyšetřením odebere KO, hemokoagulační a biochemické vyšetření (amyláza, hepatální testy), odběr moči (amylázy) a zavede PŽK. ERCP se provádí na levém boku (Janíková, Zeleníková, 2013). Podle Burdy a Šolcové (2016) to je kombinace metody endoskopické a rentgenové. Touto metodou lze diagnostikovat i léčit (Ferko et al., 2015). U tohoto vyšetření lékař zavede endoskop do duodena k ústí Vaterské papily, poté nastříkne žlučnickové a pankreatické vývody jodovou kontrastní látkou. Pomocí rentgenu se zobrazí žlučové cesty a pankreatické vývody. Po tomto výkonu klient musí 24 hodin ležet, sledují se krevní testy a podle výsledků může začít pít a jíst lehkou stravu. Občas se po tomto výkonu podávají preventivní ATB, v souvislosti s rizikem vzniku pankreatitidy (Burda, Šolcová, 2016).

Komplikace: akutní pankreatitida, krvácení, poranění žlučníku, biliární peritonitida nebo akutní cholangitida (Janíková, Zeleníková, 2013).

PTC (perkutánní transhepatická cholangiografie) – při tomto vyšetření, jak uvádí Ferko et al. (2015), je zapotřebí kontrastní látka, která je stříknuta do nitrojaterních žlučovodů, tenkou jehlou přes kůži a jaterní tkáň, pod rentgenovým přístrojem. Provádí se většinou u žloutenky, kdy není možné provést ERCP nebo bylo ERCP neúspěšně provedené. Burda a Šolcová (2016) uvádí, že příprava spočívá v odběru krve na INR, pacient musí být nalačno, 8 hodin před vyšetřením nejíst a 2 hodiny nepít, ani kouřit. Před vyšetřením se zavede PŽK.

1.2.2 Druhy onemocnění žlučníku

V této kapitole budou vyjmenovány a vysvětleny jednotlivé druhy onemocnění, se kterými se můžeme setkat v souvislosti s onemocněním žlučníku. Můžeme je rozdělit na vrozené vady žlučníku a získané vady žlučníku.

Podle Acalovschi, Lammert (2012) roste celosvětově počet pacientů s onemocněním žlučníku. Ve vyspělých civilizacích trpí onemocněním žlučníku 15–20 % populace. V USA to činí asi 20 miliónů lidí. Každý rok se v USA provádí asi 700 000 cholecystektomií, v Německu pak asi 190 000. Náklady na zdravotní péči vzrostly v USA za posledních 30 let o 20 %. Vzrůstajícím trend onemocnění žlučníku byl zaznamenán také v Asii, Evropě i v dalších částech světa. Rizikovými faktory pro onemocnění žlučníku je věk, pohlaví, dědičnost, obezita a diabetes mellitus. Nejčastěji onemocnění

žlučníku postihuje ženy starší 40 let trpící obezitou a cukrovkou (Acalovschi, Lammert, 2012).

Mezi první onemocnění žlučníku patří mezi vrozené vady artrézie žlučových cest, která vede k těžkému obstrukčnímu ikteru novorozence. U těchto případů je nutná transplantace nebo operační výkon (biliodigestivní anastomóza) (Kala et al., 2010).

Mezi další vrozené vývojové vady patří cysta choledochu, která se projeví u dětí v 1. až 10. roce života žloutenkou a bolestí v pravém podžebří. „*Mnohočetná cystická dilatace žlučovodů s průvodní stenózou intrahepatických žlučových cest s recidivující cholangitidou a tvorbou žlučových kamenů je nazývána Caroliho choroba*“ (Kala et al., 2010, str. 103). Poté může dojít až k rozvoji sekundární biliární cirhózy se špatnou prognózou. Odstranit jej je možné chirurgickým výkonem – odstranění nebo resekce cysty nebo resekce části jater. Neradikální léčbu je možné v lokální léčbě stenóz jako je laserová terapie, litotrypse konkrémentů nebo popřípadě transplantace jater (Kala et al., 2010).

Posledním onemocněním je ageneze žlučníku. Působí vzácně a nemusí se nijak projevovat. Většinou se na ni přijde při kontrolním ultrazvuku nebo při operačních výkonech, ale s cílem jiné indikace (Kala et al., 2010).

Mezi získaná onemocnění žlučníku patří více onemocnění, nežli bylo ve vrozených onemocněních žlučníku. V této části se budu věnovat nemocem jako jsou akutní a chronická cholecystitida, cholangitida, cholecystolitiáza, choledocholitiáza a nádory žlučníku.

Akutní cholecystitida (neboli cholecystitis acuta) je zánět žlučníku, který vzniká z 90 % případů jako komplikace cholecystolithiázy (žlučové kameny ve žlučníku). Může být způsobena enterobakteriemi, anaerobními bakteriemi (jako například *Clostridium perfringens*), aerobními streptokoky a enterokoky. Většinou se může vyskytnout u pacientů po chemoterapii, po transplantaci nebo u infikovaných HIV. V menším množství případů se může vyskytovat u pacientů s cholelithiázou (cholecystitis calculosa) nebo bez lithiázy jako například akalkulózní cholecystitida, která může postihovat hlavně pacienty v kritickém stavu, po operacích a traumatech (Rozsypal, 2015). Mezi hlavní příznaky akutní cholecystitidy patří v první řadě bolest v pravém podžebří, která má trvalý charakter a může vystřelovat do zad, pacient má horečky 38,0 – 39,9 °C. Pacient se snaží se vyhledávat úlevovou polohu. Může mít ikterus, je dehydratovaný a má

pozitivní Murphyho příznak. Někdy je hmatný bolestivý žlučník nebo nepřesně ohraničená rezistence. V anamnéze může také být dietní chyba a svědění kůže (Rozsypal, 2015). Do diagnostiky neboli vyšetřovacích metod spadá sonografické vyšetření a laboratorní krevní testy – při onemocnění žlučníku budou zvýšené tyto hodnoty ALT, AST, GMT, ALP, bilirubin. Při zánětu bude také zvýšené CRP a sedimentace (Hehlmann, 2010). Léčba akutní cholecystitidy může být konzervativní, doporučuje se klid na lůžku a podávání širokospektrých antibiotik, k čemuž lze kombinovat Metronidazol – antibiotika účinná na anaerobní bakterie. Po odeznění zánětu se doporučuje odstranění žlučníku neboli cholecystektomie. U pacientů, kteří mají nekomplikovanou cholecystitidu a krátký průběh zánětu, se doporučuje žlučník vyndat, ale až po odeznění zánětu. Žlučník může být odstraněn laparoskopicky nebo laparotomicky. Upřednostňuje se laparoskopická metoda. Pokud to nejde, přistoupí se na laparotomickou metodu. Pouze pro obnovení drenáže žluči je metodou volby ERCP. Pokud se endoskopická metoda nepodaří, je na místě chirurgický zákrok (Souček et al., 2011). U tohoto onemocnění je také důležité dodržovat dietní režim, dietu č. 4/4S – s přísným omezením tuků. Podávají se infuze, spasmolytika a analgetika (Rozsypal, 2015).

Chronická cholecystitida je důsledkem dlouhodobého dráždění kameny a opakovaných zánětů a také pozdní komplikace cholecystolitiázy (Janíková, Zeleníková, 2013). Vede k svráštění stěny nebo ztlustění stěny žlučníku na sonografickém vyšetření (Souček et al., 2011). Příznaky jsou nespecifické, mohou to být například neurčité dyspeptické potíže nebo také opakovaná bolest v pravém podžebří (Janíková, Zeleníková, 2013). Diagnostikou se rozumí sonografické vyšetření a laboratorní krevní testy, stejně jako u akutní cholecystitidy (Hehlmann, 2010). Léčbou chronické cholecystitidy je cholecystektomie, ať laparoskopicky nebo laparotomicky (Souček et al., 2011). Rozsypal (2015) dodává, že je také potřeba dodržovat dietní režim, dietu 4/4 S–s přísným omezením tuků.

Mezi komplikace akutní a chronické cholecystitidy patří perforace žlučníku, empyém, gangréna žlučníku, Může vést až k založení septických metastáz hlavně u pacientů po transplantaci, diabetiků atp. (Rozsypal, 2015)

Cholangoitida je zánět žlučových cest, zejména intrahepatických žlučových cest, spojený s jejich obstrukcí (Heřman et al., 2014). Cholangoitidy mohou být akutní i chronické (Nečas et al., 2013). Toto onemocnění má mnoho příčin. Jednou z nich je

například vznik z choledocholithiázy nebo hepatokolithiázy, nádorů žlučových cest, benigní striktury žlučových cest. Jako poslední může být příčinou obstrukce duodenobiliárního drénu. Je potřeba brát zřetel na akutní obstrukční cholangitidu. Je to velmi vážné onemocnění a jde pacientovi o život. Toto onemocnění vyžaduje rychlou diagnózu a léčbu (Ferko et al., 2015). Jedním z příznaků cholangitidy je Charchotova trias – ikterus, bolest, horečka (Polák, 2016), bolest v pravém podžebří, třesavka (Ferko et al., 2015), Dobiáš (2013) dodává, že se u tohoto onemocnění vyskytuje i zimnice. U žloutenky je nejprve viditelné žluté zbarvení jen na sklérách, později dochází ke žlutému zbarvení kůže.

Diagnostikou cholangitidy je v první řadě anamnéza, fyzikální vyšetření, ERCP, popřípadě PTC (zobrazí se překážka ve žlučových cestách), ultrazvuk břicha (bude viděna dilatace žlučových cest nebo konkrementy), laboratorní testy, kde bude zvýšená sedimentace, CRP, leukocyty v KO a jaterní testy (ALT, AST, GMT, ALP, bilirubin) (Ferko et al., 2015). Zánětlivé změny žlučovodů nelze přímo prokázat zobrazovacími metodami, ale pro cholangitidu je zjevná dilatace intrahepatických žlučovodů bez jiné zjevné překážky při laboratorním či klinickém průkazu zánětlivých změn (Heřman et al., 2014). U tohoto onemocnění je potřeba ihned zahájit léčbu, zejména u akutní cholangitidy (jak už jsem zmínila v charakteristice onemocnění). Máme dvě metody léčby cholangitidy. První metoda je ERCP, kdy se může odstranit konkrement nebo papilosfinkterotomie. Pokud se nepodaří uvolnit překážku, je na místě zavést duodenobiliární drén. Druhá metoda je PTBD (perkutánní transhepatální biliární drenáž) – je na místě při selhání ERCP. A na třetím, posledním místě je operační výkon, kdy se provede revize žlučových cest a zavede se popřípadě T-drén (Ferko et al., 2015). Komplikací cholangitidy je vznik cholestázy, u které může dojít až k poškození jater (Nečas et al., 2013).

Cholecystolitiáza je onemocnění, které je důsledkem vytvoření konkrémentů ve žlučníku. Konkrementy se tvoří důsledkem poruchy rovnováhy mezi jednotlivými složkami žluči. Kameny mohou být různého druhu (cholesterolové, pigmentové, smíšené a Slezáková, et al. (2010) doplňují calciumkarbonátové). Vyskytuje se častěji u žen než u mužů. Ve žlučníku mohou být po jednom nebo i po vícero konkrementech a mohou být větší či menší (Heřman et al., 2014). Pouhá přítomnost kamenů ve žlučníku se nemusí nutně projevat bolestmi. Ale může se také projevat dyspeptickými potížemi nebo

kolikovými potížemi. Do dyspeptických potíží zahrnujeme neurčitou bolest břicha, pocit plnosti po jídle u většiny tučného jídla, tlakem po jídle v pravém podžebří, meteorizmem, nauzeou, občasným průjmem, zvracením, někdy i horečkami a flatulencí. Kolikové potíže jsou typickými příznaky biliární koliky (bolest pravého podžebří, která vystřeluje do zad až do pravé lopatky, nauzea, zvracení, zástava odchodu plynů). Vznikají hlavně po požití tučného jídla nebo luštěnin, ale občas se mohou projevovat nezávisle na jídle jako například ve spánku. Důsledkem těchto nočních záchvatů může být uzávěr cystiku konkrementem vleže (Janíková, Zeleníková, 2013). V první řadě se provádí anamnéza, pozitivní Murphyho příznak, laboratorní vyšetření krve – zvýšený bilirubin, leukocyty a sedimentace (Janíková, Zeleníková, 2013). Poté Slezáková et al. (2015) doplňují, že je také potřeba sono, ERCP a PTC.

Pokud má pacient asymptomatický průběh, není nutností indikace operačního výkonu. Pokud pacient má problémy, je nutné žlučník či konkrementy odstranit (Ferko et al., 2015). V první řadě je potřeba zkusit konzervativní léčbu jako je dietní opatření, spasmolytika a analgetika. Do tohoto druhu léčby spadá také litotripsie a litolýza. Litotripsie je rozdrčení konkrementu rázovou vlnou a poté následná endoskopická extrakce pomocí ERCP. Také tam spadá litolýza, což je rozpuštění konkrementů (Slezáková et al., 2015). Pokud se nic nezlepší, je na druhém místě potřeba žlučník odstranit. Můžeme jej odstranit tzv. cholecystektomií laparoskopickou nebo laparotomickou metodou. (Platí jako u předešlých onemocnění: je přednější zvolit laparoskopickou metodu, pokud to nejde jinak, poté zvolit laparotomickou) (Ferko et al., 2015). Komplikací cholecystolitiázy je hydrops z obstrukce ductus choledochus nebo ductus choledochus (Heřman et al., 2014), empyém žlučníku, cholecystobiliární píštěl, perforace žlučníku – při kterém vzniká biliární peritonitida, cholecystitida, choledocholitiáza (Slezáková et al., 2010).

Choledocholitiáza je přítomnost konkrementů ve žlučových cestách, zejména extrahepatických a intrahepatických vývodech. Kameny mohou pocházet ze žlučníku. Jde o tzv. primární lithiázu žlučovodu, která je ale méně častá (Slezáková et al., 2010). Ve většině případů se samostatně vytvoří ve žlučovodu. Pokud je konkrement stejně velký jako průměr žlučovodu, dojde ke kolikovým bolestem, stagnaci žluči a dilataci žlučovodů nad touto překážkou (Heřman et al., 2014). Příčinou může být hyperlipoproteinémie, gravidita, obezita, obstrukce nebo zúžení ductus cysticus, genetické faktory, stagnace

žluči ve žlučníku (Slezáková et al., 2010). Choledocholitiáza se projevuje biliární kolikou, tupým tlakem v pravém podžebří, nauzeou, zvracením, ikterem, tmavou močí a světlou stolicí (acholická) (Slezáková et al., 2010). Při podezření na choledocholitiázu pacient podstupuje sonografii a ERCP (Hehlmann, 2010). Neinvazivní metodou je MRCP, která také snadno prokáže choledocholitiázu (Heřman et al, 2014). Léčba spočívá v cholecystektomii laparoskopickou cestou, při komplikacích nebo obtížné cholecystektomii je na místě metoda laparotomická (Slezáková et al., 2010). Komplikací choledocholitiázy je cholangitida, obstrukční ikterus, akutní pankreatitida – při blokadě Vaterovy papily a biliární cirhóza – při déletrvajícím blokadě choledochu konkrementy (Slezáková et al., 2010).

Máme 4 druhy konkrementů, které se nám mohou vytvořit ve žlučníku. Jsou to konkrementy smíšené, pigmentové, cholesterolové (Janíková, Zeleníková, 2013) a Slezáková et al. (2010) dodává calciumcarbonátové.

U nádorů žlučníku není příčina nádorů známa. Asi u cca 1/3 je přítomna cholelitiáza nebo ulcerózní kolitida (Vorlíček et al., 2012). Nejčastěji se projevují u žen okolo 60. roku života (Ferko et al., 2015). Nádory dělíme na benigní a maligní. Benigní jsou většinou bezpříznakové a zjistí se náhodně při ultrazvukovém vyšetření nebo při operačním výkonu pro cholelithiázu. Papilomy jsou pokládány za prekancerózu. Léčba pro tento typ nádoru je jednoduchá, a to cholecystektomie (Kala et al., 2010). Druhé nádory mohou být maligní, ty tvoří 65 % nádorů žlučníku a žlučových cest. Oproti benigním nádorům se maligní nádory nezjistí náhodně. Ve většině případů se jedná o cholangiokarcinom, u méně případů jde o melanom nebo sarkom (Kala et al., 2010). Pacienti s maligními nádory většinou přicházejí až v pokročilém stádiu, kdy dojde k obstrukci žlučovodu a následnému ikteru (Heřman et al., 2014). Vorlíček (2012) mluví o tom, že nádor nejprve roste ve stěně, tudíž působí pouze jako ztlustění. Poté prorůstá až do jiných orgánů (žaludek, duodenum, střevo, peritoneum atp.). Co se týče léčby Kala et al. (2010) mluví o malé úspěšnosti chirurgické cholecystektomie. Příznaky u maligních nádorů jsou zpočátku necharakteristické. Projevují se spíše jako akutní cholecystitida, začínají zažívacími potížemi, poté mají pacienti bolest v pravém podžebří, nevolnost, zvracení, nechutenství, nedělá jim dobře tučné jídlo, trpí ztrátou hmotnosti (Vorlíček et al., 2012). Pokud je nádor v pokročilém stádiu, projeví se i ikterem (Kala et al., 2010). Do vyšetřovacích metod u maligního nádoru spadá sonografické vyšetření, poté CT.

ERCP většinou odhalí vlastnosti a lokalizaci obstrukce (Vorlíček et al., 2012). Heřman (2014) dodává, že CT je důležité pro stanovení rozsahu tumoru a postižení okolních tkání, a tak následnou léčebnou strategii. U maligních nádorů léčba závisí na rozsahu a šíření nádoru. Radioterapie je prakticky neúčinná, jelikož je karcinom žlučníku radiorezistentní. Chemoterapie je málo účinná, tudíž u časně resekovaných karcinomů je naděje na kurativní léčbu vysoká. Naopak u recidivujících a pokročilých karcinomů je prognóza velice špatná (Vorlíček et al., 2012).

1.3 Operační výkony na žlučníku

Mohou být plánované a akutní. Plánované operační výkony jsou takové výkony, které lze odložit. Je možno pacienta podrobně vyšetřit a lépe se připravit na operaci, jako například u operace volné kýly, operace strumy a vynětí žlučníku (Zeman et al., 2011). Kala et al. (2010) dodává operaci pro konkrementy ve žlučníku a cévní konstrukční operace. Podle Zemana et al. (2011) lze operační výkon přizpůsobit pacientovi. Při těchto operacích může dojít ke komplikacím, a proto by měl pacient naslouchat lékaři a řídit se spíše časovým rozstupem, který určí právě lékař (Zeman et al., 2011).

Akutní operační výkony naopak nelze odložit. Maximální prodleva operačního výkonu je v řádu hodin. Je to například u náhlých příhod břišních, embolie končetinových tepen atp. (Kala et al., 2010). Mají tři základní cíle. Prvním z nich je potlačit progresi základního onemocnění a vzniku komplikací jako je akutní apendicitida nebo akutní cholecystitida. Jako druhý cíl je akutní řešení základního onemocnění s možností časné rehabilitace a zároveň zabránit zhoršení přidružených chorob. A jako třetí, poslední cíl je využití příznivějších lokálních situací k léčení a následující hojení u zlomenin a jiných úrazů pohybového aparátu. U akutních operačních výkonů lze v časovém úseku uskutečnit krátkodobou předoperační přípravu (Zeman et al., 2011).

Tyto operační výkony se mohou provádět laparoskopicky nebo laparotomicky. U laparoskopie může být účel diagnostický či terapeutický (Nejedlá, 2015). Je to méně invazivní metoda oproti laparotomii. Diagnostickou laparoskopii je možné kombinovat s laparoskopickou ultrasonografií (Nejedlá, 2010). Také má velmi nízkou míru komplikací (Odelberg et al., 2020). Používá se například k revizi dutiny břišní. Provádí se v celkové anestezii, po přípravě operačního pole se provede incize pod pupkem a přes speciální jehlu se aplikuje CO₂. Poté se přes troakary zavede laparoskop. Ten má videokameru, která obraz přenáší na obrazovky, podle které lékaři provádí určitý úkon či

revizi dutiny břišní. V závěru se vypustí vzduch v dutině břišní a ošetří se místa vstupu laparoskopů (Nejedlá, 2015). Provádí se většinou při nejasných nálezech v dutině břišní, zánětu apendixu nebo při extrakci žlučových kamenů (Slezáková et al., 2010). Nejedlá (2015) dodává, že se laparoskopie provádí i u provádění všech operací žlučníku (nejen u kamenů), žaludku, břišní kýly, ascitu nejasné příčiny, chronického zánětlivého onemocnění malé pánve a gynekologické operace. Příprava spočívá v podání očistného klysmatu, od půl noci nic p. o., celková hygiena, oholení operačního pole, a to všechno den před operačním výkonem. V den operačního výkonu další očistné klysmo, změření FF, bezprostřední příprava (Nejedlá, 2015). Slezáková et al. (2010) doplňují vyšetření krve hemokoagulační vyšetření, KO, KS. Po operačním výkonu je důležitá kontrola FF, 2 hodiny nejíst, po 6 hodinách lehká strava, klid na lůžku. Pokud nevznikly komplikace, cca za 3 dny by se pacient mohl propustit (Nejedlá, 2015).

Naopak laparotomie je tzv. otevřený přístup a invazivní operační metoda, která se provádí také v celkové anestezii a začíná incizí nejpevnější vrstvou kůže – dermis. Poté se provede incize podkoží, fascie a poté peritoneum. Laparotomie umožňuje provádět operace na břišních orgánech, rozsah je závislý na plánovaném výkonu (Kala et al., 2010).

Laparotomie i laparoskopie s sebou nesou mnohá rizika pooperačních komplikací, kterým se občas nelze vyhnout. Mezi pooperační komplikace řadíme řadu onemocnění, která se projeví hned po operaci nebo v dalších rekonvalescentních dnech (Český červený kříž et al., 2010). Nejrizikovějším obdobím jsou první 2 hodiny po operaci. Úkolem všeobecné sestry je tedy sledovat celkový stav pacienta (Janíková, Zeleníková, 2013).

U většiny pacientů můžeme očekávat tzv. pooperační nemoc, která je odpovědí organismu na stresovou zátěž, a jeho snahu se s touto zátěží vyrovnat. Je to celková a místní odpověď, ale také i fyziologická reakce organismu na zátěž, která může přejít do patologických stavů, případně do pooperačních komplikací (Kala et al., 2010).

Nejčastější pooperační komplikací jsou komplikace v operační ráně. Můžou se projevovat začervenaním, bolestí, otokem a celkovými příznaky jako je subfebrilie nebo únava. Pokud se tyto příznaky vyskytují, může se jednat o infekci v ráně, krvácení, dehiscenci či nekrózu. Pokud se tyto komplikace vyskytují, můžeme o nich mluvit jako o sekundárním hojení operační rány (Janíková, Zeleníková, 2013). Zdrojem infekce v ráně nemusí být jen špatná asepsa, ale může být i v nemocném samém. Příčinou můžou být nozokomiální nákazy, jako jsou stafylokoky nebo streptokoky. Pooperační

komplikace v ráně se mohou projevovat subfebriliemi, zvýšenými leukocyty v krvi, bolestí a zarudnutí v ráně (Slezáková et al., 2010).

Kala et al. (2010) uvádí, že mezi pooperační komplikace patří také komplikace z invazivních vstupů. Vytejčková et al., (2015) uvádí, že zavedení invazivních vstupů s sebou nese mnoho rizik, jako je krvácení, zánět, hematoma nebo přímě poškození. Je potřeba, aby sestra sledovala pacientovo místo vstupu a jeho okolí, zda není boule v blízkosti vstupu, zarudnutí, sekrece a zda je vstup průchozí. Je potřeba dodržovat aseptický přístup, vstup do cévního řečiště proplachovat a kontrolovat.

Slezáková et al. (2010) uvádí jako pooperační komplikaci zvýšenou teplotu, která se projevuje tachykardií, teplotou nad 37.0 °C, pooperační paréza trávicího a močového ústrojí. Délka trvání parézy je cca 3-4 dny, kdy se tyto funkce vrátí k normě. Přetrvává pouze u pacientů se zhoubným onemocněním, s onemocněním žláz s vnitřní sekrecí, po operaci mozkových nádorů a u pacientů, kteří prodělali polékovou alergii. Pokud má pacient teploty, je potřeba ho řádně a celkově vyšetřit. Léčba je poté podle příčiny onemocnění (Slezáková et al., 2010).

Alergickými komplikacemi trpí více než 10 % pacientů (Slezáková et al., 2010). Vyskytují se častěji u žen a mohou se projevit například kožní vyrážkou, subfebriliemi nebo také závažnějšími projevy jako zduření sliznic, astmatickým stavem a krvácením. Léčba spočívá v podání antihistaminik nebo kortikoidy. Abychom předešli těmto komplikacím, je potřeba řádně vyplnit či od pacienta zjistit jeho osobní anamnézu (Zeman et al., 2011).

Mezi další pooperační potíže podle Jirkovského et al. (2012), řadíme komplikace poruch krvácení, jako jsou flebotrombózy, tromboflebitidy, diseminovaná intravaskulární koagulopatie, embolie do plic a paradoxní embolie.

Dalším druhem pooperačních komplikací jsou komplikace kardiální, které mohou nastat u operací, kde pacient utrpěl velké ztráty krve, pokles TK anebo poruchu přívodu kyslíku v průběhu anestezie (Slezáková et al., 2010). Pod tento typ pooperačních komplikací spadá například sinusová tachykardie, fibrilace a flutter síní, kardiální plicní edém, cévní mozkové příhody, šokové stavy, oběhová nestabilita a embolie.

Další typ pooperačních komplikací jsou respirační komplikace, které mohou vzniknout v důsledku intubace a útlumu obranných reflexů dýchacích cest. Tyto respirační komplikace se mohou projevit již od 2.-3. dne po operaci (Janíková, Zeleníková, 2013).

Do respiračních komplikací také spadá laryngotracheitida, atelektáza, aspirace, plicní edém, apnoie, záněty plic jako bronchopneumonie. Ferko et al. (2015) doplňuje astma, bronchospasmus, akutní plicní selhání, fluidotorax, pneumotorax, hemotorax a asfyxii.

Kala et al. (2010) uvádí další pooperační komplikace, jako jsou gastrointestinální komplikace, do které začleňujeme gastroparéza, ileózní stavy a singultus. V neposlední řadě je potřeba zmínit renální komplikace, jako je retence moči, infekce, selhání ledvin a paradoxní ischúrie. Po renálních komplikacích Kala et al. (2010) uvádí poruchy jaterních funkcí.

1.4 Předoperační příprava

Předoperační příprava začíná od doby, kdy operační výkon připadá v úvahu, až do doby těsně před operací (Jirkovský et al., 2012). „*Cílem předoperační přípravy je vytvoření co nejpříznivějších podmínek ke zvládnutí operační zátěže a nekomplikovaného pooperačního zotavení*“ (Janíková, Zeleníková, 2013, str. 26).

Před operací se zhodnotí operační riziko s přítomnými komplikujícími onemocněními a stavem organismu dle ASA (American Society of Anesthesiologists) (Ferko et al., 2015). Tabulka ASA skóre viz Příloha č. 2. U klasifikace ASA I provádí předoperační vyšetření praktický lékař, pokud jde o ASA II a více, provádí předoperační vyšetření internista se specializovanou způsobilostí spolu s kardiologem, hematologem atp. (Bartůněk et al., 2016).

Přídavné označení E (emergency) za číselnou škálou je označení urgentnosti/naléhavé situace (Ferko et al., 2015).

U jakékoliv předoperační přípravy je důležitá psychická stránka pacienta, který by měl v budoucnu podstoupit operaci. Příprava psychické stránky člověka je zaměřena na předcházení nebo téměř vymizení obav z operace, na vysvětlení operačního výkonu a úvodu, proč pacient musí podstoupit operaci včetně vysvětlení fyzických nebo kosmetických následků operace. Zvláštní pozornost musíme věnovat pacientům s maligním onemocněním, poté psychickému postižení nemocného, které může být způsobeno právě nedostatečnou psychickou přípravou. Toto psychické postižení se nazývá iatrogenie, což znamená poškození pacienta zdravotníkem (Jirkovský et al., 2012).

Předoperační příprava se dělí na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední (Janíková, Zeleníková, 2013).

Dlouhodobá předoperační příprava se uskutečňuje asi měsíc před výkonem (Ferko et al., 2015). Provádí se podle celkového stavu pacienta a typu plánovaného operačního výkonu. Základním kamenem veškeré léčby je pacientova důvěra k lékaři. Lékař by měl vše pacientovi řádně vysvětlit, aktivně se podílet na dotazech pacienta a ze všeho nejdůležitější je dbát na psychickou přípravu pacienta před výkonem (Janíková, Zeleníková, 2013).

Mezi standardní vyšetření předoperační péče spadá interní vyšetření, které zahrnuje nejen získání anamnézy, ale také fyzikální vyšetření – pohledem, pohmatem, poslechem, poklepem a popřípadě per rectum. Mimo tohoto do vyšetření spadá také screeningové vyšetření krve (Janíková, Zeleníková, 2013). Slezáková et al. (2010) doplňuje KO, Quickův test, základní biochemie, KS + Rh faktor, APTT a vyšetření moči, jako je moč + sediment a vyšetření, zda se nenachází v moči cukr, aceton. Dále dle Janíkové, Zeleníkové (2013) také EKG, RTG srdce + plíce. U žen by mělo být provedeno i gynekologické vyšetření, při podezření na těhotenství také těhotenský test nebo odběr krve na HCG.

Ferko et al. (2015) doplňuje střednědobou předoperační přípravu, která se uskutečňuje 1 až 3 týdny před operací. Je zde nutná nutriční příprava, léčba respiračních a močových infekcí, změna antikoagulačního režimu na nízkomolekulární heparin, popřípadě příprava autotransfúze (Ferko et al., 2015).

Janíková a Zeleníková (2013) mluví o krátkodobé předoperační přípravě, která se odehrává 24 hodin před operačním výkonem. Je potřeba, aby pacient podepsal souhlas s anestezií a operačním výkonem. Anesteziolog na základě zhodnocení předoperačního vyšetření a výsledků z vyšetření stanoví premedikaci a premedikaci. Také je potřeba zjistit od pacienta jeho nejbližší osoby, kterým chce pacient podat informace o jeho zdravotním stavu. Poté se provádí celková koupel pacienta. Měli bychom mu sdělit, že od půl noci nesmí nic jíst ani pít. Dále je třeba provést zajištění invazivních vstupů, dle zvyklosti oddělení. (Janíková, Zeleníková, 2013). V případě břišní operace lze zvolit klyzma dle ordinace lékaře. Podle Ferka et al. (2015) je u pacienta s dialyzačním programem potřeba zařadit dialýzu před operační výkon.

Bezprostřední předoperační příprava se provádí 1-2 hodiny před operačním výkonem, která zahrnuje podání premedikace. Je potřeba zajistit klid na lůžku, vyndat zubní protézu a odstranit šperky, pacientovi uvázat bandáž dolních končetin jako prevenci

tromboembolické nemoci a dbát na informovanost pacienta. Pokud je pacient diabetik, je potřeba dát mu infuzi i. v. G10 % 500ml s inzulinem, dle ordinace lékaře. Také podle druhu výkonu je potřeba podat preventivní ATB před operačním výkonem (Ferko et al., 2015). Podle Slezákové et al. (2010) zahrnuje tato příprava i kontrolu operačního pole a kontrolu chrupu.

Předoperační příprava u akutních stavů, jako je například tzv. náhlá příhoda břišní – NPB, je příprava omezena na dobu od přijetí pacienta až do operačního výkonu. Mezi těmito fázemi se musí stihnout základní předoperační příprava, jako je fyzikální vyšetření a biochemické vyšetření (EKG a krvácivost, srážlivost, krevní skupina a orientační vyšetření moče, funkce jater a ledvin). Všechny žádanky se musí poslat s urgentností „STATIM“ (Jirkovský et al., 2012). U akutních stavů onemocnění žlučníku by se měl výkon provést „čím dříve, tím lépe“, většinou do 24-72 hodin, dle stavu pacienta. Je tedy nutné předoperační přípravu zvládnout v co nejrychlejším čase (Sedláček et al., 2019).

1.5 Pooperační péče

Jedná se o období, kdy doznívá anestézie. Většinou je to do 24 hodin po operačním výkonu. Sestra převezme pacienta po zákroku z operačního sálu ve stavu, kdy pacient samovolně dýchá a má stabilizovaný krevní oběh. Pokud tomu tak není, pacient je předán na zotavovací/dospávací pokoj, JIP či ARO (Jirkovský et al., 2012).

Pooperační péči lze rozdělit na bezprostřední pooperační péči a následnou pooperační péči (Janíková, Zeleníková, 2013).

Mezi bezprostřední pooperační péči zařazujeme období, kdy si sestra pacienta převezme z operačního sálu na konkrétní oddělení. Toto období je zaměřeno zejména na sledování vitálních funkcí a projevů pooperačních rizik (Janíková, Zeleníková, 2013). Je potřeba u pacienta kontrolovat bolest operační rány, v případě bolesti podat analgetika dle ordinace lékaře (Slezáková et al., 2010). Kromě bolesti v operační ráně je sestra povinna kontrolovat ránu, její charakter, okolí, vzhled a zda rána neprosakuje, to vše proto, aby se včas zamezilo infekci v ráně. U převazu či péči o ránu je potřeba dodržovat přísný aseptický režim. Pokud nejsou přítomny komplikace v ráně, první převaz operační rány se provádí většinou do 24-48 hodin, ale vše závisí na řadě okolností. Při převazu ránu dezinfikujeme a kryjeme sterilním krytím dle stavu rány (Janíková, Zeleníková, 2013).

Malé prosáknutí obvazu či náplasti nacházíme po konkrétních výkonech, u kterých je většinou dostačující ránu překryt sterilním mulem a opět obvázat či zalepit. Při větším prosakování rány nebo vytékání krve z pod obvazu je na místě informovat lékaře (Janíková, Zeleníková, 2013). Většinou se pak musí, jak uvádí Slezáková et al. (2010), odstranit kožní stehy a následně vypustit hnis. Poté se zavede drén a aplikují se protizánětlivé prostředky. Prosakování operační rány může podle Zemana et al. (2010), způsobit mimo jiné také patologický sekret z drénu nebo píštěle.

Stehy z operační rány se odstraňují sedmý až desátý den po operaci. Po každém komplikovaném pooperačním průběhu, musí být pravidlem častější kontrola operační rány, aby se zamezilo poruchám hojení ran, jako je například infekce v ráně (jak už jsem zmínila výše). (Zeman et al., 2011).

V případě, že má pacient zaveden drén, je potřeba, aby sestra sledovala vzhledem okolí drénu a množství, které drén vyloučil. U převazu drénu jsou podmínky stejné jako u péče o operační ránu, kdy se musí dodržovat přísný aseptický režim (Janíková, Zeleníková, 2013).

Nejčastější drenážní systémy po operaci žlučníku jsou Redonova drenáž a Kehrova drenáž neboli T-drén. Redonova drenáž znamená, že je z rány zaveden drén do vakuové nádoby s podtlakem, která má za úkol odsávat sekret z místa zavedení (Rozsypalová, 2010). Naopak Kehrova drenáž je drenáž tzv. T-drénem, která je napojena na sběrný sáček na samospád. Sáček se musí držet pod úroveň pacientova pasu, aby nedošlo k regurgitaci žluče (Janíková, Zeleníková, 2013).

Mimo jiné u pacienta kontrolujeme zvracení, které může nastat důsledkem anestezie. Také je potřeba sledovat i vyprazdňování. Pacient by se měl samovolně vymočit do 6- 8 hodin po operaci (Slezáková et al., 2010). Pokud vzniknou problémy, je potřeba pacienta vyprovokovat k samovolnému vymočení, například pustíme vodu nebo přiložíme teplý obklad na podbřišek. Pokud toto nepomůže, musíme zavést jednorázový katétr, podle situace permanentní katétr. Na stolicí by si měl pacient dojít do 3 dnů od operace, pokud tak neučiní, přistoupíme k čípku, klysmatu nebo podání laxativ (Český červený kříž et al., 2010).

Janíková a Zeleníková (2013) dodávají, že je také potřeba, aby sestra vedla dokumentaci, jako je šokový záznam, akutní karta atp., prováděla aplikaci infuzní terapie dle ošetřujícího lékaře, sledování bilance tekutin, sledovat odpady drénů, zda operační

rána neprosakuje, sledování průběžných vyšetření krve, aplikovat léky dle ordinace lékaře (Janíková, Zeleníková, 2013).

Do následné pooperační péče zahrnujeme další dny po operačním výkonu. Je to péče během pacientovo rekonvalescence od 1.dne do úplného zotavení. Péče také zahrnuje období, kdy byl pacient přeložen na standardní oddělení, JIP či ARO. Tato následná pooperační péče je zaměřena hlavně na rehabilitaci, která je započata již na lůžku intenzivní péče nebo na standardním oddělení a překladem pacienta na rehabilitační oddělení. Rozsah rehabilitace přibývá (Pokorná et al., 2014).

V klidovém režimu po operaci je možné začít pasivní či dechovou rehabilitaci. Prevencí pooperačních komplikací je včasná rehabilitace, která také prospívá psychickému stavu pacienta. Je potřeba začít pozvolna cviky na lůžku. V dalších dnech, dle stavu pacienta, je možnost začít s chůzí na krátkou vzdálenost, popřípadě s dopomocí. Pacientova soběstačnost by se měla postupem času zvyšovat až do úplné nezávislosti. Důležité je věnovat pozornost imobilním pacientům, kteří mají například otoky a ztuhlé klouby. U těchto případů se poté využívá například elektroléčba (Zeman et al., 2011).

1.6 Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s onemocněním žlučníku

V rámci pooperační péče o pacienta s onemocněním žlučníku je nutné věnovat velkou pozornost dietnímu systému. V prvních 24 hodinách dle ordinace lékaře lze pacientovi dát dietu 0/S, pouze čaj či vodu po douškách. V poměru to lze takto vysvětlit: 0–1–1/S–4. Čas správné nastavení diety určuje lékař a odvíjí se od pacientova pooperačního stavu (Janíková, Zeleníková, 2013). Podle Ferka et al. (2015) je dieta číslo 0 tekutá dieta, kdy má pacient možnost hlavně pít. Pokud bude bez problému pít, zvedneme dietu na číslo 1, kdy pacient dostane kašovitou stravu, poté dieta 4 S, tzv. dieta s přísným omezením tuků a poté dieta číslo 4, kterou pacient dodržuje delší chvíli, pokud nepodstoupil cholecystektomii. Je to dočasná dieta do stabilizování stavu (Ferko et al., 2015).

Mezi nevhodné potraviny po operaci žlučníku patří smažená a tučná jídla, alkohol, káva, nadýmové potraviny, čerstvé pečivo a čerstvé máslo (Janíková Zeleníková, 2013).

O těchto skutečnostech je potřeba pacienta edukovat. Edukační proces je proces, u kterého dochází k záměrnému nebo nezáměrnému učení. Je to rozhovor mezi edukantem – pacientem a edukátorem – nejčastěji lékařem nebo všeobecnou sestrou. Při edukaci je důležité komunikovat s pacientem na dané téma (Juřeníková, 2010).

Komunikace s pacientem je nedílnou součástí ošetrovatelské péče o pacienty, která umožňuje partnerskou spolupráci pacienta na léčbě. Sestra musí nejen umět efektivně komunikovat s pacientem, ale se zdravotnickým personálem. Takováto efektivní komunikace vede ke kvalitní ošetrovatelské péči o pacienty a také k účinné týmové spolupráci (Vévoda et al., 2013).

Od sester se nejvíce vyžaduje schopnost aktivně naslouchat pacientovi. *„Aktivní naslouchání je interaktivní proces mezi sestrou a pacientem. Zahrnuje sestru, která naslouchá pacientovi a opravdu vnímá pacientovo sdělení, chápe význam jeho slov a poskytuje zpětnou vazbu o tom, co slyší“* (Vévoda et al., 2013, str. 74). Pokud sestra řádně naslouchá pacientovi, může lépe pochopit jeho emoce, zdravotní problémy nebo změny v jeho fungování a reakcí na nemoc či operační výkon. Je to nejefektivnější cesta, jak nejlépe pochopit pacienta a rychle získat potřebné informace. S pacientem musí sestra udržovat oční kontakt a používat prvky aktivního naslouchání – kývání hlavou, „aha“, „ano“, atp.). Sestra by neměla pacientovi skákat do řeči a přerušovat ho v hovoru. Musí dbát na to, že pacient vnímá sestru i jako emocionální podporu, a tak je důležité se k němu tak chovat (Vévoda et al., 2013).

V rámci komunikace je také potřeba umět komunikovat mezi samotnými zdravotnickými pracovníky, jako jsou například lékaři se sestrami, sestry se sanitáři, sanitáři s lékaři atp. Důležité je také spolupráce multidisciplinárního týmu, kdy tento tým je klíčem k léčbě pacientova onemocnění (Vévoda et al., 2013).

Spolupráce multidisciplinárního týmu spočívá ve vzájemné, týmové interakci tří nebo více jedinců, kteří spolupracují. Multidisciplinárního týmu to umožňuje podívat se na pacienta a na jeho problém z několika úhlů pohledu. Jelikož mají každý, z nichž se skládá tým, jinou odbornost, navzájem se doplňují. Například psycholog, sociální pracovník, lékař, fyzioterapeut a sestra. Hlavním cílem multidisciplinárního týmu je řešení jedinečného úkolu, nebo provedení nějakého určitého díla. Pokud týmová spolupráce funguje úspěšně, vykazují zdravotnická zařízení lepší výsledky poskytované péče jako například délka hospitalizace, mortalita pacientů, náklady na zdravotní péči. Je také nutné zmínit, že lidé v multidisciplinárním týmu se nemusí shodovat, jelikož některé obory vnímají jako nejdůležitější a některé méně důležité, a tak může dojít až ke konfliktu (Vévoda et al., 2013).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapovat komplexní předoperační přípravu před operací žlučníku na chirurgickém oddělení z pohledu sestry.

Cíl 2: Zmapovat komplexní předoperační přípravu pacienta před operací žlučníku na chirurgickém oddělení z pohledu pacienta.

Cíl 3: Zmapovat pooperační péči po operaci žlučníku na chirurgickém oddělení z pohledu sestry.

Cíl 4: Zmapovat pooperační péči po operaci žlučníku na chirurgickém oddělení z pohledu pacienta.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jak probíhá předoperační příprava u pacienta s onemocněním žlučníku z pohledu sestry?

Výzkumná otázka č. 2: Jak vnímá pacient předoperační přípravu před operací žlučníku?

Výzkumná otázka č. 3: Jakou ošetrovatelskou péči poskytují sestry pacientovi po operaci žlučníku?

Výzkumná otázka č. 4: Jak popisuje pacient pooperační péči po operaci žlučníku?

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Pro výzkumné šetření bylo použito kvalitativní šetření s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl realizován se sestrami, které byly tázány na ošetrovatelskou péči při operaci žlučníku, a s pacienty, kteří podstoupili operační výkon v souvislosti s onemocněním žlučníku. Výzkum byl prováděn na chirurgickém oddělení nejmenované nemocnice. Výzkumné šetření probíhalo v období měsíce března 2021 po schválení etickou komisí dané nemocnice.

Polostrukturovaný rozhovor byl připraven zvlášť pro pacienty a zvlášť pro sestry. S pacienty byl rozhovor prováděn po operaci žlučníku, pokud byl pacient schopný odpovídat na dané otázky. Polostrukturovaný rozhovor pro pacienty tvořil 17 otázek (viz Příloha č.4), trval přibližně 15-20 minut a obsahoval základní informace – kolik je pacientovi let, kdy a proč byl na operaci žlučníku a také jak dlouho byl na neschopnosti, nebo zda neschopnost čerpal. Druhá část rozhovoru souvisela s emočním prožíváním pacienta před operací žlučníku – co pacientovi nejvíce pomáhalo před operací žlučníku a zda vnímal nějakou psychickou podporu od sester. Dále bylo od pacientů zjišťováno, zda byly informace před operací dostatečné a které konkrétní informace od sester dostali v rámci předoperační přípravy. V neposlední řadě byly zjišťovány informace o pooperační péči, jaké měl pacient pocity po operaci žlučníku a opět jaké informace mu byly podány od sester a zda byl dostatečně poučen. V poslední části bylo od pacientů zjišťováno, zda jim byly podány informace o správném postupu při posazování nebo pokládání po operaci žlučníku, o správné péči o ránu a jaké opatření musí dodržovat v domácím prostředí. Místem setkání s pacienty byl pokoj, ve kterém pobývaly v rámci hospitalizace. Pokud pacienti již hospitalizováni nebyli, rozhovor probíhal online formou.

Rozhovory se sestrami probíhaly přímo na oddělení chirurgického oddělení v denní místnosti sester. Rozhovor obsahoval 16 otázek (viz Příloha č. 3) a trval také přibližně 15-20 minut. Touto technikou byly zjišťovány základní informace jako například nejvyšší dosažené vzdělání a jak dlouho pracují na chirurgickém oddělení. V druhé části následovaly dotazy na předoperační přípravu, její průběh a konkrétní edukaci pacienta. Také bylo zjišťováno, kolik času sestry věnují pacientům v rámci jeho psychické podpory předoperační péče a poté i pooperační péče. V poslední části se otázky týkaly pooperační

péče, jejího průběhu a edukaci pacienta do domácího prostředí jako například péče o ránu a další poučení – správné vstávání po operaci žlučníku a nepřetěžování organismu.

V rámci zásad o ochraně osobních dat byl každý informant před každým rozhovorem tázán, zda s rozhovorem souhlasí a zda je ochoten odpovídat na otázky. Zároveň byli informanti seznámeni s důvodem výzkumného šetření. V případě, že bylo potřeba rozhovor nahrát, byl vyžádán souhlas informanta se záznamem na diktafon. Nahrané rozhovory byly ručně přepsány, dále byly zpracovány metodou otevřeného kódování („tužka, papír“). Z výsledků byly vytvořeny jednotlivé kategorie a podkategorie.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

U výzkumného šetření se jednalo o záměrný výběr informantů, kdy kritériem bylo podstoupení operace žlučníku na daném oddělení a sestry, které poskytovaly předoperační a pooperační péči pacientům po operaci žlučníku. Důležitým aspektem byla také ochota informantů se do výzkumného šetření zapojit a poskytnout odpovědi na otázky výzkumného šetření.

Všem informantům bylo více než 18 let a pohlaví pacienta ani sestry nebylo rozhodující. Také nerozhodoval průběh operace a způsob jejího provedení.

Informanti byli rozděleni do dvou skupin. V první skupině byly sestry, se kterými byl prováděn polostrukturovaný rozhovor. Vzhledem k zachování anonymity sester bylo zvoleno označení S1-S7, kde pořadí je uspořádané podle časové posloupnosti provedení rozhovorů. Druhá skupina obsahuje pacienty, kteří podstoupili operační výkon v souvislosti s onemocněním žlučníku. K zachování anonymity pacientů bylo zvoleno označení s čísly P1-P9 podle pořadí pacientů.

4 Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole jsou výsledky výzkumného šetření rozděleny na jednotlivé kategorie, které byly následně rozděleny na podkategorie. Pro lepší přehled jsou výsledky šetření rozděleny do dvou skupin. První skupina tvoří výsledky výzkumného šetření s pacienty a druhá skupina tvoří výsledky výzkumného šetření se sestrami. Pro lepší názornost jsou jednotlivé kategorie a podkategorie uvedeny v následující tabulce.

Tabulka č. 1 – Kategorizační skupiny

Pacient	Ošetrovatelská péče pohledem pacienta	Předoperační příprava
		Pooperační péče
		Edukace sestrou
	Psychická zátěž	Pocity před operací
Pocity po operaci		
Sestra	Psychický stav pacienta	Pocity pacienta před operací
		Pocity pacienta po operaci
	Ošetrovatelská péče	Předoperační příprava
		Pooperační péče
		Edukace pacienta

4.1 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření u pacientů.

Tabulka č. 2 - Identifikační údaje pacientů

	Pohlaví	věk	Operační výkon	Délka hospitalizace	Komplikace
P1	Muž	27 let	Laparoskopie	4 dny	Ne
P2	Žena	45 let	Laparoskopie	4 dny	Ne
P3	Muž	65 let	Laparoskopie	11 dní	Ne
P4	Muž	53 let	Laparoskopie	7 dní	Ne

P5	Žena	70 let	Laparotomie	14 dní	Ano
P6	Žena	56 let	Laparoskopie	5 dní	Ne
P7	Žena	44 let	Laparoskopie	3 dny	Ne
P8	Muž	37 let	Laparotomie	7 dní	Ano
P9	Žena	61 let	Laparoskopie	8 dní	Ne

Výzkumný soubor tvoří celkem 9 pacientů. Rozhovoru se zúčastnili čtyři muži a pět žen. Muži ve věku 27, 37, 53, 65 a žen ve věku 44, 45, 56, 61, 70. Komplikace se vyskytly u dvou z devíti pacientů. Hospitalizace pacienta po operaci s onemocněním žlučníku trvala od 3 do 14 dní. Co se týče způsobu provedení, u pacientů převažuje laparoskopický, tedy méně invazivní operační způsob.

Kategorie Ošetrovatelská péče pohledem pacienta

V této kategorii bude podrobně popsána předoperační příprava, pooperační péče a edukace sestrou z pohledu pacienta.

Kategorie Ošetrovatelská péče pohledem pacienta – Podkategorie Předoperační příprava pohledem pacienta

Na otázku, jak probíhala předoperační příprava, všech devět pacientů odpovědělo, že nesměli jíst ani pít a že si těsně před operací mají dojít na WC, potom se obléct do nemocniční košile (andílka) a natáhnout kompresní punčochy. Pacient P4 odpověděl: „Byl jsem na nějakých vyšetřeních, měřili mi EKG, brali krev a tak. Jo a tam jak mi měřili EKG říkali, ať od půl noci nepiju a nejím a než půjdu na operaci, tak za mnou sestry tady odtud přijdou, a dají mi další pokyny. Říkali, že se převleču do téhle košilky, no... Další ráno teda přišly sestry a oblíkly mi košilku, a ještě nějaký ponožky dlouhý. Nebo punčochy.“ Informantka P5 zase uvádí: „Já jsem se o to sestřičko moc nestarala, jelikož jsem tomu moc nerozuměla. Víím, že mě vezli na nějaké vyšetření. Pak na ambulanci změřit srdíčko, kde se mě furt na něco vyptávali. Pak mi řekli, ať nejím, no a další den jsem šla na operaci. To ráno, to pro mě bylo ale hodně zmatečný.“ U všech pacientů byly pokládány otázky na konkrétní úkony, které sestry dělaly. Pacientka P2 úplně zapomněla, že jí braly krev a dělali jí EKG. Když byla položena doplňující návodná otázka, hodně váhala. U ostatních pacientů to bylo jednoznačné. P1 udává svou odpověď takto: „Já si

nejvíc pamatuji ty punčochy a že nic nemám jíst. Ale jak jste říkala před chvílí, samozřejmě mě vezli na sono, pak na tu interní ambulanci, ono, jak to bylo akutní, tak to bylo všechno hrozně rychlé. Takže jsem si to teď nemohl moc vybavit.“ P1 ještě dodal: „Jó, sestři a ještě po mě vlastně vaše kolegyňky chtěly, abych sundal takový ty řetízky, náramky, hodinky a tak... a taky se mě ptaly, jestli nemám umělé zuby (smích), tak jsem je ujistil, že ne, že mám ve 27 letech ještě své. (smích)“

Pacienti P2, P4, P5, P7, P8 a P9 dostali večer před operačním dnem prepremedikaci. Pacient P4 uvádí: *„Ano, ještě jsem vlastně den před operací, ten večer, než jsem šel na operaci, dostal prášek na spaní, nebo co to bylo, říkal jsem to totiž doktorovi, který tu byl, že se bojím, že neusnu (smích) a on, že mi tam něco připiše.“*

Na dotaz, zda dostali pacienti těsně před operací injekci nebo prášek odpověděli informanti P1, P2, P3, P4, P6, P8 a P9, že dostali před operací injekci. Informanti P5 a P7 dostali těsně před operací lék per os.

Shrňme-li odpovědi informantů, celou předoperační přípravu nejlépe vystihuje odpověď P9: *“Obdržela jsem jednak písemné informace, týkající se vlastního zákroku i celkové anestézie, kde byly podrobně popsány jak kroky, které budou při operaci prováděny, tak i rizika narkózy. Při přijetí do nemocnice mi lékař vysvětlil postup operace a jaký poté bude následovat další proces léčení. Večer před operací přišel anesteziolog, který mi vysvětlil, co bude dělat při operaci on.“*

Kategorie Ošetrovatelská péče pohledem pacienta – Podkategorie Pooperační péče

Ohledně průběhu pooperační péče byla pokládána pacientům otázka, jak probíhala pooperační péče těsně po operaci, kdy pacienti byli přivezeni na chirurgické oddělení. P1, P2, P3, P4, P6 a P9 odpověděli, že při převozu na oddělení nesměli vstávat, pít, jen ležet a odpočívat. Odpověď P3: *„Nějak jsem nemohl pít dvě hodiny po té operaci, ani vstávat. Pak mi říkali, že mi budou měřit tlaky, který taky měřily vyloženě pečlivě. Asi každou půl hodinu.“* P4 a P9 ještě dodávají, že se na ně přišel podívat doktor, který jim všechnu pooperační péči ještě zopakoval.

Pooperační komplikace měli pacienti dva z devíti, a to P5 a P8. Odpověď informanta P8: *„Já jsem měl nějakou pooperační komplikaci. To vím, ale teď si nevzpomenu, jakou přesně. Prý ten zánět byl horší, než předpokládali. Ale nejsem si jistý. Jen vím, že mi doktor říkal, že moje operace trvala asi 5 hodin. Potom jsem ležel na JIP a teď jsem tady*

u vás.“ Odpověď druhé pacienty s komplikacemi byla P5, která udává: „*Ano, já měla. Ale prý to nebylo zas tak hrozné. Jelikož jim to nějak nešlo vyndat, tak mi museli to místo rozříznout, jak říkal pan doktor. No a já potom dostala zánět do té rány.*“

Pacienti den po operaci všichni vstávali. K tomu jsem byla nucena se pacientů zeptat, zda ví, jak se v rámci rehabilitace posazovat nebo pokládat. Pacienti P2 a P7 váhali ohledně postupu posazování nebo pokládání. Informantka P2 si vzpomněla s mou mírnou pomocí. P7 udává: „*Musím se přiznat, že nevím. Vím, že mi tu sestry něco říkaly, ale teď nevím. Ale to nemění nic na tom, že nevstávám opatrně.*“

V části péče o ránu všichni pacienti dokázali popsat péči o ránu po operaci. Odpovědi na otázku, jak převazovat operační ránu nejlépe, vystihuje odpověď P6, která říká: „*No. Já, když jsem tak pozorovala sestřičky, tak to vždycky něčím odenzifikovaly – a to říkaly, že je důležité, potom nechaly uschnout a přelepily. A to bylo první den nebo to přelepení. Potom to odenzifikovaly a takovou tyčinkou to přejely s nějakým tekutým obvazem a už nelepily. Ale doma to prý můžu nechat jen tak, akorát ránu nesmím nějak hodně mýt. Radši se jí spíše vyhýbat a nedráždit. Stehy mi prý vyndají, až půjdu na kontrolu na ambulanci.*“

Na dotaz, jaké opatření musí dodržovat při propuštění do domácího prostředí, všech devět dotazovaných pacientů téměř přesně popsalo, jak postupovat v domácí péči. Pouze P6 zapoměla sdělit, že musí držet 2 měsíce dietu, prý to věděla, ale jen to zapoměla zmínit. Většina odpovědí spočívala v nepřetěžování, že musí být v klidu, nezvedat nic těžkého a dodržovat dietu 4–s omezením tuků. Na tuto otázku nejlépe odpověděl P4, který uvádí: „*No tak když přijdu domu, tak mi doktor říkal, že musím odpočívat, nezvedat těžké věci, hlavně se šetřit, pak držet tu ošklivou dietu (smích) no a pak mám přijít na kontrolu a na vyndání stehů. Ohledně rány – tak tu nesmím jen ve sprše drhnout, jinak jí sprchovat můžu no a to je vše co mě napadá*“.

Pracovní neschopnost mělo 8 informantů kromě P5, která je 15 let v důchodu. Jelikož se ještě někomu neukončila pracovní neschopnost, nelze posoudit délku trvání. Prozatím nejmenší doba trvání pracovní neschopnosti je u P5 tj. 1,5 měsíce a nejdelší u P8 tj. 3 měsíce.

Kategorie Ošetrovatelská péče pohledem pacienta – Podkategorie Edukace sestrou

Na otázku, zda byla edukace předoperační přípravy sestrou dostačující, odpovědělo 8 informantů kromě P5 „ano“. P5 to odůvodnila: „*Protože to bylo všechno tak strašně rychlý... Moc jsem nevěděla, co se právě děje, nějak jsem se v tom nevyznala. Nevím. Třeba by to pro někoho bylo srozumitelnější, ale já ničemu ve zdravotnictví nerozumím, a tak jsem z toho všeho byla hrozně zmatená. Možná by bylo lepší, kdyby mi to polopatě vysvětlili. Lékař také vysvětloval, ale pro mě to byla španělská vesnice.*“ P8 uvádí, že mu nebylo jasné, proč ho doktorka poslala na interní vyšetření, když bude operován na chirurgickém oddělení. Když přijel zpět na oddělení, zeptal se sester a lékaře, kteří mu na to řádně odpověděli.

V rámci pooperační péče bylo všech 9 informantů s edukací od sester spokojeno. Odpověď P3: „*Já jsem byl se vši touhle edukací spokojený. Mně nic nechybělo, všechno mi bylo řádně vysvětleno. Já vždycky věděl, co se bude dít nebo co mě čeká, ale také je to možná tím, že jsem ukecaný a furt se na všechno ptám. Ale po operaci jsem zas tak ukecaný nebyl a stejně mi sestry všechno vysvětlily.*“

Osmdesát z devíti informantů (kromě P5) byli s edukací sester spokojeni. Dokonce informanti P1, P2, P3 a P8 sestry chválili za jejich ochotu a důsledné vysvětlení. Odpověď P6 citují: „*Jste tady všichni moc hodní. Jsem tady spokojená, sestřičky tu poskytují nadmíru péče, kterou mohou sami dát. Určitě vás sestřičky budu všude chválit.*“

Kategorie Ošetrovatelská péče pohledem pacienta – Podkategorie Psychická zátěž pacienta

Tato kategorie se bude zabývat psychickou zátěží pacienta. Jaké měl pocity před operací i po operaci a jakou velkou oporou sestry byly.

Šest (P2, P4, P5, P7, P8, P9) z devíti pacientů před operací pociťovalo strach, obavy, nejistotu. Informant P4 odpovídá na otázku, jaké pocity měl před operací žlučníku: „*No.. jak jsem se mohl asi cítit... není to nic příjemného. Jako měl jsem strach i jako takové smíšené pocity jako nejistotu, prostě strach.*“ Informantka P5 se přiznala, že před operací plakala, bála se, že v jejích 70 letech se po operaci ani nemusí probudit. Dále byla položena v návaznosti otázka, co jí psychicky pomáhalo a zda jí sestry psychicky podporovaly. P5 odpověděla: „*Sestřičky se snažily, co to šlo, ale měly tady hromadu práce... nemohla jsem je tím zatěžovat. Mou největší oporou byla asi dcera, která mi*

každý den volá. Hrozně bych chtěla, aby už ten vir nějak uklidnili, aby se sem za mnou mohla přijít podívat.“

Pacienti P1, P3 se operace nebáli, spíše se těšili, až to bude za nimi. P1 a P3 měli silný žlučnickový záchvat. Odpověď na otázku, jaké pocity měl P1 před operací: *„Hele asi jako nijaký. Já jsem se hrozně těšil, až mi žlučník vezmou a zbaví mě té bolesti... O operačním zákroku jsem vůbec neváhal, jelikož to byla taková bolest, že jí nechci už nikdy zažít.“* Odpověď P3: *„Já jsem měl až nevydržitelné bolesti. Já měl totiž opakované záněty, které mi tenkrát v ***** nemocnici nikdy nedoléčili. Až jsem jednou dostal takovej záchvat a poblíž vlastně byla tahle vaše nemocnice, tak jsem jel sem. Tady zjistili, že jsem ten zánět nikdy doléčený neměl, a tak to gradovalo, až jsem měl takovejhle šilenej záchvat. To se s těmi, co jsem měl před tím nedá moc ani porovnávat. Takže jsem se strašně moc těšil, až mě zbaví té neskutečné bolesti.“*

Pacientka P6 uvedla, že to není její první operace a že už se tolik nebojí. *„Sestři já mám za sebou už tolik operací, že už se snad asi ani nebojím. Věřím doktorům. Ale samozřejmě přiznávám, že ta nejistota tam stále je.“*

P1 a P3 vůbec nepocítovali, že před operací potřebují nějakou psychickou podporu od sester. Prý ví o tom, že je uklidňovaly, ale že jim to v tu chvíli bylo jedno, jelikož P1 a P3 se chtěli hlavně zbavit bolesti. Naopak informantka P2 říká: *„No jelikož moje maminka nemohla za mnou do nemocnice, byla jsem ráda, že mi poskytly oporu ony (sestřičky). Já jsem totiž rozvedená, víte, a tak vlastně všechno prožívám se svou maminkou.“* Pacient P4 udává: *„Já jsem žádnou podporu od sester ani nechtěl. Já jsem se těšil až to bude zamnou, já jsem si totiž i volal s manželkou a dětma, tak jsem od sester nevyžadoval žádnou. Ale ano uklidňovaly mě a byly pozitivní, a to mi stačilo.“*

P7, P8 a P9 se shodli, že od sester dostali standardní podporu. Tvrdí, že to sice nebylo bez chyb, ale že se jim sestřičky snažily věnovat. Jelikož měly hodně práce, chápaly, že jim nemůžou věnovat všechn čas.

Po operaci 6 pacientů odpovědělo, že pocítili radost, že je operace úspěšně hotová. Pacient P1 a P3 pocítili hlavně úlevu od bolesti. Odpověď P3: *„To byla taková úleva, jak jsem měl totiž ty bolesti, tak to bylo tak krásný, když mi nic nebolelo. Prostě neskutečná úleva.“* Pacient P1 uvedl odpověď velmi podobně: *„No po té operaci jsem pocítil hodně velkou úlevu od těch křečí a bolestí, co jsem měl. Vážně. To bylo snad jak nějaké osvobození (smích) nebo nevím, jak bych to jinak popsal.“*

P5 udává: „No já měla takovou radost, že to dopadlo dobře. Hrozně jsem se bála, že už se neprobudím. A já jsem tady ještě furt a můžu si užít dceru s mou milovanou vnučkou!“ P4 odpověděl ve stejném smyslu jako na předoperační pocity „No, jak jsem se mohl asi cítit, bylo fajn, že jsem to přežil a dobře to dopadlo (smích). Zároveň jsem byl ale unavený a ospalý. Ale byl jsem rád“ P6, P7, P8, P9 se shodli v kratší a stejné odpovědi jako P2: „Já jsem tak hrozně ráda, že už je to zamnou. Úplně se mi ulevilo.“

Kromě emočních pocitů, pocítili pacienti po operaci také bolest, únavu a slabost. P9 uvádí: „Sestřičko, mě se hrozně ulevilo a byla jsem ráda, že je to za mnou, ale jakmile to přišlo k sobě, tak jsem měla docela velké bolesti. Mohly být ještě větší, ale i tak to stačilo. Po tom jsem totiž byla hrozně unavená.“ P1 udává: „Bylo mi fajn po operaci, pak to po čase na chvíli přišlo k sobě, ale řekl jsem si o něco na bolest. Ovšem nedá se to srovnávat s předoperačními bolestmi. To bylo něco hrozného, tohle je proti tomu úplně v pohodě.“ P8 má na to jiný názor než P1: „Já jsem měl hrozný bolesti. Prý se vyskytly nějaký komplikace a já pak ležel na JIP, jak jsem říkal. No a já měl bolesti teda velký. Musel jsem si říkat na bolest každou chvílku, co to bylo možné. Bolesti jsem měl hned po příjezdu ze sálu.“

4.2 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření u sester

Tabulka č. 3 - Identifikační údaje sester

	Věk	Vzdělání	Délka praxe na chir. odd.	Pozice
S1	24 let	Bc	3 roky	Všeobecná sestra
S2	22 let	SZŠ	2 roky	Praktická sestra
S3	29 let	Dis.	8,5 let	Všeobecná sestra
S4	21 let	SZŠ	1,5 roku	Praktická sestra
S5	37 let	Bc	5 let	Všeobecná sestra
S6	41 let	SZŠ	13 let	Všeobecná sestra
S7	45 let	SZŠ	20 let	Všeobecná sestra

Výzkumný soubor je tvořen také 7 sestrami ve věku 21, 22, 23, 29, 37, 41, 45. Délka pracovní praxe na chirurgickém oddělení je od 1,5 do 20 let. Čtyři sestry mají vzdělání

střední odborné s maturitou, dvě dosáhly bakalářského zdravotnického vzdělání a jedna sestra je diplomovaný specialista. U sester se liší pracovní pozice vzhledem k ukončenému vzdělání. Čtyři sestry mají vzdělání střední odborné s maturitou, z nichž jsou dvě praktické sestry a dvě všeobecné sestry, což je důsledkem právních předpisů MŠMT o zařazení absolventů středních zdravotnických škol. Dvě sestry s vysokoškolským vzděláním a jedna s vyšším odborným vzděláním jsou zařazeny jako všeobecné sestry.

Kategorie Ošetrovatelská péče pohledem sestry – Podkategorie podpora pacienta

Tato kategorie se bude zabývat psychickou podporou pacienta před i po operaci žlučníku. Kategorii jsem rozdělila na dvě podkategorie.

Na otázku, jak velkou oporou poskytují sestry pacientům, bylo (S1, S2 a S7) odpovězeno, že péče o psychickou podporu pacienta před operací žlučníku je standartní, ale není bez chyb. Toto tvrzení lze doložit odpovědí sestry S1: *„Já si myslím, že ta podpora, kterou bychom měli dávat pacientům není úplně tak 100 %. Je spíše průměrná. Nechci, aby to znělo, že mi na psychické podpoře nezáleží, ale bohužel jsou chvíle, kdy máme plné oddělení a vůbec nemáme čas na to plnit vizity od lékaře, natož si ještě sednout k pacientovi a povídat si o jeho psychickém stavu. Samozřejmě ale naopak, když máme poloprázdné oddělení – což se ale bohužel moc často nestává, řekla bych, že potom máme čas na to sednout si k pacientovi, promluvit si o jeho obavách a utěšit ho. Ale jak říkám, to je bohužel otázka času.“* S7 udává: *„Já si myslím, že záleží na času a okolnostech. Když je čas, ráda pacientovi psychickou podporu poskytnu, ale když není, nezbyvá mi nic jiného než zkrátit čas u pacienta a věnovat se mým starostem“.* S2 také tvrdí, že musí chtít psychickou podporu také pacient: *„U některého pacienta také záleží, jak se k tomu staví on sám. Když ještě nebyl covid a rodina chodila k pacientovi na návštěvu, kdy mu právě poskytovala psychickou podporu, tak se mu tam přece nebudu nějak motat.“*

S2, S3, S5, S6 naopak tvrdí, že poskytují maximální péči. S3: *„No já si myslím, že pacientovi dávám všechnu podporu, co potřebuje. Jelikož je teď těch pacientů víc s touhle dobou... Tak si myslím, že ano poskytují opravdu dostatečnou psychickou podporu.“* S5 souhlasí s S3 a na otázku, zda si myslím, že je psychická podpora dostatečná, udává svoji odpověď takto: *„Ano. Určitě ano. Opravdu věnuji psychickému stavu maximum. Neváhám nad touhle odpovědí.“*

Otázka, jakým způsobem pacientovi pomáhají zvládat předoperační stres, odpověděly všechny sestry stejně. Sestry se pacientovi věnují ať už na plno nebo jen, když na to mají čas na pokojích, kde si s nimi promluví a snaží se je uklidnit. Například S2 říká: „*No většinou se to na pacientech pozná, to víš sama, tak vždycky zkusím navázat rozhovor na to téma, co ho trápí – samozřejmě před operací je to většinou strach z operace. Každopádně teda navážu rozhovor a nechám ho mluvit o svých pocitech... Pak ho ujistím, že tu máme šikovný doktory, že to není jejich první operace, že se nemá čeho bát. Že se jenom vyspí a zase se uvidíme.*“ K této otázce S7 ještě dodává: „*Já, když nad tím tak přemýšlím, tak největší oporu vlastně dávám před sálem, když toho pacienta tam vezeme a pak se má přeložit na to operační lehátko. Tam ho nejvíce uklidňuji. A myslím, že to tak dělá spousta z nás.*“ S touto odpovědí souhlasí také ostatních 6 sester: „*Ono je nejlepší dát psychickou podporu před operací právě na cestě nebo na předsáli. Jelikož ty pocity v pacientovi vygradují. Na hromadu z nich je poznat, že se jim lesknou oči a jsou hodně nervózní na cestě na sál, přitom na pokoji bys to do nich ještě neřekla. Takže tam bych řekla, je to je to největší díra, kterou můžeme/musíme vyplnit,*“ dodává S4.

Co se týče otázky, jakou psychickou podporu poskytují sestry pacientovi po operaci žlučníku, S2, S3, S5 odpověděly, že ji poskytují stejně jako před operací. Snaží se pacientům věnovat co nejvíce to jde. S2 uvádí: „*No já většinou je hned po operaci nechám spát, takže to se jich jen ptám na bolest a nechávám je odpočívat. Po probuzení a probrání nevím, jestli jim dávám psychickou podporu, jelikož je většina jak vyměněná, když jedou ze sálu. Ta úleva po té operaci je na nich vidět. Nebo je to z toho utlumení. (smích)*“ S5 také dodává: „*Když maj bolesti... Tak jo. tak to je utěšuji, ale když ne, tak je spíš necham odpočívat.*“ S1 se nad svou odpovědí hluboce zamyslela a odpověděla: „*Já bych řekla, že těsně po sále jim dávám prostor vyjádřit se. Jelikož se to většinou po těch operacích uklidní, je na pooperační péči větší čas. Jakože řekla bych, že jim dávám dostatek psychické podpory po operaci.*“ S4 souhlasí s S7: „*Ano, to určitě ano. Jelikož máme všechny určitě více času – není to teda pravidlem, ale je to větší pravděpodobnost než před operací, že se jejich psychickému stavu budeme věnovat.*“

Ve střednědobé pooperační péči S4 udává: „*Potom, když se proberou, vstanou, je nejlepší psychicky je podpořit, jelikož se o ránu budou muset nějak starat a tak. Nejlepší je, že je s tím nejdřív doktor seznámí a ten mu dá taky nějakou tu aspoň minimální oporu. Většinou je třeba ujistit, že ta jizva nebude tolik vidět a tak. To mi přijde, že mají někteří*

lidé hodně obavy.“ S1 souhlasí s S4, kdy uvádí: „*Tak hlavně když vstanou, tak některým to nejde hned. Tak je potřeba toho pacienta nějak namotivovat, psychicky posílit, aby mohl dál pokračovat v rehabilitaci a neměl obavy z toho, že je po operaci ještě slabý.*“

S5 také udává, že je důležitá psychická podpora, když jsou propuštěni do domácího ošetřování. S5: „*Ono je také důležité je psychicky podpořit, když jdou domu, ti co jsou tu třeba 4 dny, si pak ještě třeba musí píchat Clexane, takže z toho musí mít určité obavy, pokud zrovna doma nemají nějakou zdravotní sestru nebo někoho, kdo jim s tím pomůže. Ale tam je na místě, při propuštění hlavně podpořit pacienta v dietě a v tom průběhu toho uzdravování. Neříkám, že to takto mají všichni pacienti, ale někteří z nich jsou třeba v rozpacích, co budou jíst, když nesmí nic tučného atp. Tím pádem je na místě promluvit si s pacientem a motivovat ho k tomu, aby to vše doma zvládl a popřípadě domluvit nějakou domácí péči.*“ K této odpovědi se také přiklání S6: „*Jo. řekla bych že je potřeba určitě s pacientem mluvit co bude dál a tu psychickou podporu mu poskytnout. On neví, co bude dál a jak to bude zvládat.*“

S3 uvádí, že u psychické podpory je hodně důležitá edukace pacienta: „*Bez dobrého poučení a seznámení s úkony, nebude dobrá psychická rovnováha.*“

Kategorie Ošetrovatelská péče pohledem sestry – Podkategorie Předoperační příprava

V rámci předoperační přípravy bylo zjišťováno, jak probíhá předoperační příprava. Odpovědi sester byly velmi podobné. Sestra S2 (stejně jako S3, S4 a S7) odpovídá: „*Tak nejdřív se začíná nějakým předoperačním vyšetřením – takže se udělá interna, potom takový ty vyšetření, co je k tomu žlučníku, takže sono, RTG S+P. Při příjmu je většinou odebereme na krev, pak v den operace jim vlastně dáme andílka, stahovačky, premedikaci, ty lidi musí lačnit a pak se odvezou na sál. – jo a ještě jsou tam informované souhlasy! Na ty se nemůže zapomínat (smích).*“ Sestra S1 uvádí: „*Většinou se zjistí, že potřebují operaci po ERCP nebo sonu. Takže tímhle si projdou, pak se dělá Interní vyšetření, bere se krev u toho anamnéza, pak přijdou dají se podepsat souhlasy. Dá se premedikace – pokud nějaká teda je, pak druhý den hlavně premedikace – dle ARA, dáme pacientovi andílka a stahovací punčochy... no a potom se odveze na sál.*“ Odpověď S6 byla velmi stručná: „*Jde na internu, pak mu dáme punčochy, andílka a odveze se.*“ Stejně jako u S5, která uvádí. „*Tak dělaj se vyšetření, pak premedikace a pak jede na sál.*“

Co se týče otázky, co je nejdůležitější u předoperační přípravy, sestra S2 (stejně jako S6, S7) říká: „*Nejdůležitější je u toho asi ta psychická podpora před tou operací... Pacient se v tomhle období cítí sám, tak je potřeba mu tu psychickou podporu poskytnout.*“ S1 nad touto odpovědí velmi váhala: „*Já popravdě ani nevím.. Neříkám, že jako nic, to ne, ale nevím, jestli bych se spíše zaměřila na psychický stav jako samotnej nebo spíše na tu ordinaci, co je potřeba dát dohromady. možná mi přijde důležitější postup než psychický stav, jelikož hromadu pacientů mají psychickou podporu od rodiny.*“ S5 tvrdí, že je nejdůležitější dodržovat určité postup předoperační přípravy a dávat pozor na to, aby pacient splnil všechny pokyny, které se mu řeknou. Příkladem je odpověď S5, která tvrdí: „*Tak já si myslím, že je nejdůležitější ta předoperační příprava jako celkově. Přece jenom nějak ty postupy jsou uvedené tak, aby to všechno správně fungovalo, takže určitě si myslím, že je nejdůležitější ten postup a potom jak se k tomu pacient staví. Když pacienta poučím, aby lačnil od půlnoci a on mi ráno oznámí, že si dal jenom maličkatej koláček – jak už se tu stalo, že... Tak to pak není chyba v postupu, ale hlavně v tom pacientovi samotným. My jsme mu říkaly, ať nic nejí... neposlouchal, a tak se operace musela odložit no...*“ Sestra S4 zase uvádí tuto odpověď: „*No... nemyslím si, že je tam něco přímo nejdůležitější... ale myslím si, že tam má roli i psychická podpora i postup té péče před operací. Přece jenom, oboje je dost důležité... Nedůležité je to, co se dá vynechat a tady se nedá vynechat nic. Takže, když to shrnu, tak na otázku, co je nejdůležitější u předoperační přípravy, tak to je asi celkově předoperační příprava, která zahrnuje psychický stav pacienta – jakože zahrnuje.*“

Kategorie Ošetrovatelská péče pohledem sestry – Podkategorie Pooperační péče

Pooperační péče probíhá od přijetí pacienta na oddělení až po propuštění do domácího ošetřování, jak uvádí S1: „*Tak pooperační péče je vlastně od doby, kdy si ho převezmeme na sále, takže když ho přivezem na pokoj, zeptám se, zda je všechno v pořádku a zda ho nic nebolí, nebo zda se mu nechce zvracet, zkontroluji ránu, jestli neprosakuje, dám mu zvoneček a poučím ho. Potom se měří tlaky a hlídá se stav vědomí. Pák... už je jen péče o ránu. A vlastně končí propuštěním pacienta.*“ S touto odpovědí se ztotožňuje všech 7 sester. Liší se pouze v jedné maličkosti, a to je dodatek S6: „*No ještě než pacienta přivezem sem, tak se většinou ptám na sále sestry nebo doktora, zda má bolesti a jestli mám něco hned podat. Jelikož je lepší dát něco zavčasu než vlastně, než se*

ta bolest rozjede ještě více. Je to z mojí strany takovej včasnej záchyt bolesti. Taky se samozřejmě zeptám pacienta.“

Dále pokračuje péče podle S4: *„Pak podle stavu pacienta se s námi učí vstávat, buď je to ještě ten večer v den operace anebo už je to druhý den po operaci. Takže ho naučíme vstávat, poučíme ho a doplňujeme furt vlastně ty analgetika. Potom se to druhý den převazuje pooperační rána.“* Na otázku popište péči o pooperační ránu mi také všech sedm informantek odpovědělo stejně. Například S2 uvádí: *„U převazu rány je hlavně důležité dodržovat sterilní krytí a hodně dezinfikovat. Také všimát si, jak ta rána vypadá, zda tolik nekrváčí a zda není třeba začervenat nebo tak.“* S5 odpovídá na otázku, jak postupujete v péči o ránu po operaci takto: *„Takže – sundám původní krytí – odenzifikuju – pokud mají drén obložím čtverečkama pokud ne a rána je hezká zalepím pouze leporelkem, když je ošklivá dám tam Betadinu se čtverci a více tu ránu kontroluji – pak samozřejmě zalepím většinou omnifixem.“* Všechny sestry se shodly na aseptickým režimu při převazech nebo při manipulaci s ránou. Kdyby se vyskytl nějaký problém, sestry to vyřídí lékaři, který se na ránu podívá a zhodnotí, co bude dál.

Na otázku, co si myslíte, že je nejdůležitější u pooperační péče, mi všechny sestry odpověděly: *„Sledovat celkový stav“*. Sestra S7 svou odpověď spolu s S1 rozvinula. Odpověď S1: *„Já si myslím, že u pooperační péče je nejdůležitější určitě sledovat celkový stav toho pacienta. Musíme si ho všimát už kvůli pooperačním komplikacím, nebo pooperačním bolestem, nebo stavu pacienta. Ten pacient může zvracet, může mu být špatně a dále a dále. Je mi jasný, že kdyby pacient na tom nebyl úplně ok, tak nám ho sem nedaj a dají ho na JIPku. To je mi jasný, ale může se stát cokoliv. Takže nejdůležitější je tedy určitě sledovat celkový stav pacienta. Kontrolovat ho a měřit tlaky.“* S7 uvádí svou odpověď podobně jako S1 takto: *„Já považuji za nejdůležitější monitoring jako celkově pacienta. Doktor tam z nějakého důvodu napíše měřit tlaky a tak dále. Ty tlaky jsou právě občas ukazatelem, že tam není něco v pořádku. Už se mi několikrát stalo, že doktor špatně odhalí nebo to prostě nebylo předpokládáno, že by se mohl nějak pacient zhoršit. Ale ano, stalo se. Dali nám sem pacoše, co měl taky 210/130 a furt to rostlo. Samozřejmě hned po dvou měřeních šel na JIP, protože my tady na to nemáme ani monitory. Abych se moc teda nerozmlouvala (smích), tak tedy říkám, pooperační monitoring pacienta.“*

Kategorie Ošetrovatelská péče pohledem sestry – Podkategorie Edukace pacienta

Edukace před operací je důležitým aspektem předoperační přípravy. S3 uvádí, že předoperační edukace je důležitá hlavně pro psychiku pacienta: „*Je určitě hodně důležitá k psychické rovnováze pacienta.*“

Na otázku, jak poučujete pacienta o předoperační přípravě, odpovědělo opět všech 7 sester totožně. S4 uvádí: „*Ohledně předoperačních vyšetření by měl edukovat pacienta lékař. Já mu maximálně vysvětlím, že jde o předoperační vyšetření a že je to potřeba k výkonu. Den před operací – pokud je to možné, tak ještě oholíme operačního pole, no a pak ho poučím, že nesmí nic jíst ani pít od půl noci. V den operace ho poučím, aby si vzal andílka, natáhl punčochy, sundal všechny šperky, vyndal zuby, pokud je má umělé a že ještě před výkonem dostane premedikaci (většinou to bývá i. m.), takže jím říkám, že dostanou včelku do zadečku (smích). No a pak těsně, než jedeme na sál, znova zkontroluji, zda nemá šperky, zuby, zda má oholené místo operace a jedeme.*“ S7 odpověděla stručněji: „*Tak poučím ho, aby se den před umyl, oholil místo, kde bude operovanej, pak mu řeknu nic per os od půl noci a v den operace, ať si vezme andílka, punčochy, sundá ty jejich řetízky, prstýnky a vyndá zuby – pokud nemá svoje. No pak nějaká premedikace a vezeme ho na sál.*“

K edukaci po operaci S1 odpovídá: „*Poučím ho, aby nevstával, aby když mu bude špatně nebo měl nějaké bolesti, tak aby si zazvonil. Pak ho poučím, že na záchod určitě vstávat nebude a pokud se mu bude chtít, tak že dostane mísu nebo bažanta. Pak musíme sledovat TK, takže mu řeknu, že mu budu chodit měřit tlak každou půl hodku (podle lékaře), a pokud by vstával večer, tak aby kdyžtak řekl, že byl na záchodě.*“ S3 uvádí svou odpověď takto: „*Takže určitě je tady potřeba řádně edukovat pacienta, jelikož oni, jak jsou ospalí, tak občas neposlouchají, nebo jsou zmatení. Takže mu řeknu hlavně ať nevstává, potom, že mu kdyžtak přinesu něco na bolest, potom jestli mu není špatně, když mu bude špatně, tak ať si zazvoní na zvoneček, kterej mu pověsím na hrazdičku. A nechám ho odpočívat. V rámci pooperační péče mu tam ještě budu chodit měřit tlaky, a tak si ho vlastně budu kontrolovat.*“

Na dotaz, jak poučujete pacienta, který je propuštěn do domácího prostředí, mi S6 odpověděla: „*Určitě nejdříve počkám na propouštěcí zprávu od lékaře. To je pro mě vlastně jednodušší, jelikož lékař mu to tam všechno vypíše. Takže většinou jim říkám, že nesmí zvedat nic těžkého aspoň 3 měsíce, žádná velká fyzická námaha aspoň 2 měsíce*

a potom pozvolna navyšovat. Ne hned. Potom že mají 2 až 3 měsíce dodržovat žlučnickovou dietu, to tu máme letáček, tak ten jim k tomu přiložím. Pokud tu leží 3 dny, tak si ještě budou píchat Clexane, takže mu dám další letáček, jak si to má píchat. A to je asi tak všechno, co mě zrovna napadá.“ S touto odpovědí se zcela ztotožňuje odpověď informantky S1, S3, S4, S6. S2 uvádí jako svou odpověď tuto: „Takže, když jde domu, tak dostane hodně letáčků – na dietu, na Clexane a já nevím, co dalšího. Takže ho vlastně o každým z nich poučím. A pak, když jde domu i se stehama, tak ať si dojde na ambulanci v termínu, co mu tam napsal doktor, no a pak jestli má nějaké dotazy, tak mu je zodpovím.“

Jak byste poučila pacienta v péči o ránu? Tady všechny sestry (S1 – S9) odpověděly, že si tu ránu musí dezinfikovat, dávat na ni pozor, kontrolovat si ji, ve sprše tu ránu ničím nedrhnout a chodit na kontroly, které jim lékař předepíše. Například S5 říká: „*Určitě je potřeba mu říct, že si tu ránu nesmí nijak drhnout. Ono to ty pacienty totiž hodně irituje, že jsou od té dezinfekce 'špinaví', a tak se to snaží umýt. Takže říct, že si to nemají drhnout. Potom, pokud jdou domu ještě se stehama, tak aby si to pořádně dezinfikovali, aby se jim do toho ještě nedostala nějaká infekce – vlastně i bez stehů by bylo fajn to ještě třeba týden dezinfikovat. U rány bez drenů je fajn to něčím promazávat, třeba vazelínou nebo vepřovým sádlem. Potom aby si koupili nějaké lepička, kterým si to budou sterilně lepit, a aby sledovali celkově vzhled té rány. Takže jakmile to bude červenat, svědět, pálit, krvácet atp., tak aby si došli na ambulanci, aby se na to nějaký doktor podíval.“*

6 Diskuse

Cílem práce bylo zmapovat předoperační a pooperační péči pohledem pacienta a sestry.

Pro výzkumné šetření byly zvoleny čtyři výzkumné otázky. První z nich zněla, jak probíhá předoperační příprava u pacienta s onemocněním žlučníku z pohledu sestry, a jako druhá otázka byla zvolena skutečnost, jak vnímá pacient předoperační péči. Třetí výzkumná otázka se ptá, jakou pooperační péči poskytují sestry, a čtvrtá pak, jak pooperační péči vnímá pacient.

Sběr dat proběhl technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumnou skupinu tvořilo pět všeobecných a dvě praktické sestry a devět pacientů, kteří pobývali na chirurgickém oddělení nemocnice.

V této části se budu věnovat výzkumným otázkám, jak probíhá předoperační příprava u pacienta s onemocněním žlučníku z pohledu sestry a jak vnímá předoperační péči pacient.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že většina dotazovaných sester popisuje předoperační péči trochu jiným způsobem. Všech sedm dotazovaných sester shodně udává, že předoperační příprava vždy začíná předoperačním vyšetřením. Jako typickou odpověď můžeme uvést S2, která říká: „*Tak nejdříve se začíná nějakým předoperačním vyšetřením – takže se udělá interna, potom takový ty vyšetření, co je k tomu žlučníku, takže sono, RTG S+P.*“ Tato odpověď koresponduje s udávaným postupem podle Blažka et al. (2012), který ve svém článku uvádí, že předoperační příprava zahrnuje interní vyšetření, screeningové vyšetření krve, EKG a RTG S+P. S tím se shoduje také odpověď P4, který říká, že byl na vyšetřeních a měřili mu EKG a brali krev. Pacienti nepopisují předoperační přípravu přesně, ale většinou začínají tím, co bylo pro ně nejvýraznější. Například P1 říká: „*Já si nejmíc pamatuji ty punčochy a že nic nemám jíst.*“ Sedm z devíti pacientů příliš nesleduje posloupnost předoperační přípravy, a proto v odpovědích některé části zcela opomenou. Z mé dosavadní praxe musím říct, že skutečnosti o neznalosti posloupnosti jednotlivých úkonů z pohledu pacienta jsou z mého pohledu charakteristické.

Další bod v předoperační přípravě je charakterizován odpovědí S1, která říká, že dají podepsat informované souhlasy a podá se pacientovi premedikace. Tato odpověď souhlasí s doporučeným postupem dle Janíkové a Zeleníkové (2013), které ve své knize

udávají, že je potřeba, aby pacient podepsal souhlas s anestezií a operačním výkonem. Podle Málka et al. (2011) si anesteziolog na základě zhodnocení předoperačního vyšetření a výsledků z vyšetření stanoví prepremedikaci a premedikaci (Málek et al., 2011). Poté se provádí celková koupel, oholení operačního pole a pacient musí od pŕlnoci lačnit (Blažek et al., 2012).

Pouze jeden pacient P9 si vzpomněl na souhlas s operačním zákrokem a anestezií. P9 říká: „*Obdržela jsem jednak písemné informace, týkající se vlastního zákroku i celkové anestézie, kde byly podrobně popsány jak kroky, které budou při operaci prováděny, tak i rizika narkózy.*“ Ostatní dotazovaní pacienti tuto informaci zcela vytěsnili, nebo nepovažovali za nutné ji zmínit, protože je to pro ně samozřejmé, anebo si nevzpomněli.

Některé ze sester (S3, S5 a S6) pouze okrajově uvádějí informaci o oholení operačního pole. Z pacientů tuto skutečnost zmínili pouze dva. Dle mého názoru je toto normální, protože u operace žlučníku občas není potřeba holit operační pole.

S2 přímo uvádí, že pacient musí od pŕlnoci lačnit před operačním výkonem. O lačnění a premedikaci hovoří všech devět pacientů.

Všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) shodně udávají, že těsně před operací se podá premedikace dle ARA, poté si pacient obleče nemocniční košili, stahovací punčochy, sundá si šperky a vyndá zubní protézu (pokud nějakou má). Převozem na sál a přesunem pacienta na operační stůl předoperační příprava pohledem sestry končí. Tyto výpovědi sester se shodují s knihou Ferka et al. (2015), který říká, že předoperační příprava spočívá v odstranění zubní protézy a šperků, oblečením nemocniční košile (andílka) a uvázáním bandáží dolních končetin. Sedm z devíti pacientů zmiňuje převlečení do nemocniční košile (andílka). Všichni dotazovaní pacienti hovoří o oblečení kompresních punčoch a pouze jeden pacient zmínil, že musel odložit hodinky a umělý chrup. P1, P2, P3, P4, P6, P8, P9 dostali před operací injekci i. m. a P5 a P7 lék per os. Je tedy zřejmé, že pacienti si tuto část předoperační přípravy uvědomují útržkovitě a jejich popis je poněkud zmatečný. Mám pocit, že pacienti nepřemýšlí o jednotlivých krocích předoperační přípravy, již vnímají jako nutnost.

Čtyři sestry (S2, S3, S6, S7) ze sedmi přímo udávají, že nejdůležitější částí u předoperační přípravy je psychická podpora. Dále S1, S4 a S5 říkají, že je důležitý nejen psychický stav, ale i postup samotné předoperační přípravy. Jirkovský et al. (2012) ve své knize uvádí, že u jakékoliv předoperační přípravy je důležitá psychická stránka

pacienta, která je zaměřena na předcházení nebo téměř vymizení obav z operace, na vysvětlení operačního výkonu a úvodu, proč pacient musí podstoupit operaci. Já sama si myslím, že podpora pacienta před operací je důležitou součástí předoperační přípravy. Vzhledem k tomu, že s pacientem nemůže být v nemocnici před výkonem jeho rodina, tak psychická podpora je plně na zdravotnickém personálu. Bohužel na oddělení bývá nedostatek zdravotníků, proto v některých případech sestry nemají čas se pacientovi věnovat tak, jak by chtěly. Psychická podpora je tedy poněkud zanedbávána, nebo je součástí prováděné edukace.

Ke stejnému závěru dochází ve své bakalářské práci Hajžmanová (2014), jejíž práce se zabývá „*identifikací prožívání a subjektivních pocitů pacientů v průběhu perioperační péče, což může významně ovlivnit průběh léčení*“ (Hajžmanová, 2014), která zjistila, že pacienti před operačním zákrokem pociťují úzkost. Stejně jako u šesti z devíti pacientů, kteří pociťovali strach a nejistotu. P5 přiznala, že plakala. Všichni (P1 – P9) se shodli, že se sestry snažily poskytovat co největší psychickou podporu, ale mnohdy měly hodně práce, a tak nebyla psychická podpora od sester zcela dostatečná. Příkladem je P5, která odpověděla: „*Sestřičky se snažily, co to šlo, ale měly tady hromadu práce... Nemohla jsem je tím zatěžovat.*“

Z odpovědí plyne, že předoperační přípravu pacientů sestry vnímají jako nezbytnou podmínku úspěšné operace a po delší praxi je to pro ně téměř rutinní záležitost. Z šetření je patrné, že tři ze sedmi sester jsou s poskytováním psychické podpory pacientů před operací žlučníku spokojeni. Naopak čtyři ze sedmi sester si nejsou jisté, zda psychická podpora poskytovaná pacientovi je před operací dostatečná. Tyto sestry se psychickou podporou zabývají, ale mají pocit, že by psychická podpora měla být komplexnější. Toto zjištění je v rozporu se závěrem bakalářské práce Hofmanové (2014), která zkoumá oblast psychické přípravy pacienta pohledem sester v předoperační přípravě a zjistila, že 87,5 % dotazovaných sester se zabývá psychickou přípravou pacienta před operací a 12,5 % přiznala, že se psychickou podporou nezabývá vůbec.

S tím souvisí článek od Koivisto et al. (2020), která uvádí, že nedostatečná psychická pohoda pacienta ovlivňuje jeho uzdravení.

Mezi další výzkumné otázky patří, jakou pooperační péči poskytují sestry, se kterou se pojí výzkumná otázka, jak pooperační péči vnímá pacient.

V rámci pooperační péče se sestry S2 – S7 shodují s odpovědí S1: *„Když ho přivezem na pokoj, zeptám se, zda je všechno v pořádku a zda ho nic nebolí, nebo se mu nechce zvracet, zkontroluji ránu, jestli neprosakuje, dám mu zvoneček a poučím ho, aby nevstával a když mu bude špatně, tak aby si zazvonil, pak ho poučím, že na záchod určitě vstávat nebude a pokud se mu bude chtít na záchod, tak dostane mísu nebo bažanta. Potom se měří tlaky a hlídá se stav vědomí a pak už je jen péče o ránu.“* Pokud porovnáme postup sester s fakty uvedenými v publikaci, zjistíme, že Schneiderová (2014) shodně uvádí, že toto období je zaměřeno zejména na sledování vitálních funkcí a projevů pooperačních rizik. Dále Slezáková et al. (2010) říká, že je potřeba u pacienta kontrolovat bolest operační rány, v případě bolesti podat analgetika dle ordinace lékaře. Pouze jedna sestra (S6) uvádí, že se ohledně analgetik zeptá ještě přímo na sále sester a poté i pacienta. Toto je v souladu s odpovědí všech pacientů, kteří si pamatují, že těsně po operaci nesměli vstávat, pít a museli ležet a odpočívat.

Sedm z devíti pacientů se shoduje na tom, že po operaci pociťuje úlevu. P4 navíc uvádí, že byl unavený a ospalý. Zároveň s úlevou po operaci přichází podle slov pacientů také bolest, únava a slabost. P1, který měl silný žlučnický záchvat, pocítil po operaci úlevu a sdělil, že s bolestmi před operací se to nedá srovnávat. Musím zmínit fakt, že pokud pacient nemá pooperační komplikace, je na něm vidět, že se mu ulevilo. Jiný názor (než pacient P1) má pacient P8, který pociťoval velké bolesti a s komplikacemi byl přemístěn na oddělení JIP. Komplikace v pooperační péči nastaly u dvou z devíti pacientů (P2 a P8).

Po bezprostřední pooperační péči přichází na řadu edukace pacienta při vstávání a lehání. Tato edukace je nutná pro prevenci tromboembolické nemoci, jak uvádí ve svém článku Pražský (2013). Edukaci správného vstávání a pokládání pacienta po operaci zmiňuje všech sedm sester z výzkumného souboru, což dokazuje výpověď sedmi z devíti pacientů, kteří přesně popsali postup, jak správně vstávat a pokládat se. Pacienti P2 a P7 byli velmi nejistí ve svých odpovědích.

Je tedy zřejmé, že i když jsou pacienti po operaci méně vnímaví, edukace sester ohledně správného vstávání je velmi pečlivá.

V druhém pooperačním dni pak přichází péče o ránu. Tu popsala sestra S5 takto: *„Takže – sundám původní krytí – odenzifikuju – pokud mají drén obložím čtverečkama, pokud ne a rána je hezká, zalepím pouze leporelkem, když je ošklivá, dám tam Betadinu*

se čtverci a více tu ránu kontroloji – pak samozřejmě zalepím většinou omnifixem.“ Všechny sestry (S1 – S7) považují za nejdůležitější aseptický režim při manipulaci s ránou. Také shodně odpověděly, že vyskytnuté problémy konzultují s lékařem. Udávaný postup sester zcela souhlasí s doporučenými postupy z publikace Janíkové a Zeleníkové (2013), která říká, že u převazu či péči o ránu je potřeba dodržovat přísný aseptický režim. Pokud nejsou přítomny komplikace v ráně, první převaz operační rány se provádí většinou do 24-48 hodin, ale vše závisí na řadě okolností. Při převazu ránu dezinfikujeme a kryjeme sterilním krytím dle stavu rány.

Všech devět pacientů dokázalo správně popsat péči o pooperační ránu. Shodně udávají, že sestry vždy ránu dezinfikovaly a zdůrazňovaly, že tento krok je velmi důležitý, což se shoduje s výpovědí sester. Pacienti P1 – P9 si také zapamatovali, že ránu nesmí drhnout, aby ji příliš nedráždili. Domnívám se, že i toto je v souladu se všemi doporučovanými postupy v péči o ránu, a i zde je patrná kvalitní práce sester. Toto dokazuje tvrzení osmi z devíti pacientů, kteří vyjádřili spokojenost s péčí sester. Pouze P5 byla nejistá ve spokojenosti s poskytovanou péčí sester. Uvádí, že na ni sestry zrovna neměly moc času.

Všechny sestry po operaci považují za nejdůležitější sledování celkového stavu pacienta. V případě, že se jeho stav zhorší, je přijat na specializované oddělení JIP.

Pokud vážné komplikace nenastanou, je pacient propuštěn do domácí péče spolu s pokyny vedoucími k úplnému uzdravení. Edukaci provádí lékař a sestry. Tento proces charakterizuje S6, která říká, že pacientovi dá propouštěcí zprávu, poučí ho, že nesmí zvedat nic těžkého aspoň 2 měsíce a minimálně 2-3 měsíce musí dodržovat žlučnickovou dietu, dále že je také potřeba dodržovat kontrolní prohlídky. S touto odpovědí se ztotožňuje všech sedm sester. O edukaci pacienta před propuštěním do domácí péče hovoří i Ostřížková a Oliverius (2019) ve svém článku: *„Tato dieta není nijak přísná a obecně se doporučuje vynechání většího množství živočišných tuků a nadýmavé stravy. Při zcela nekomplikovaném průběhu pacient odchází první nebo druhý pooperační den do domácí péče. Ve většině případů pacienti po operaci nepociťují žádné problémy.“*

Svěráková (2012) ve své knize uvádí, že řada problémů je mnohdy dána nedostatečnými vědomostmi pacienta. *„Ukázalo se, že pokud je pacient na odpovídající úrovni informován o svém zdravotním stavu a obeznámen s léčebným režimem, je mnohem větší pravděpodobnost, že bude léčba úspěšnější.“* (Svěráková, 2012).

Z odpovědí sester je zřejmé, že si tuto skutečnost plně uvědomují a edukaci věnují dostatek času a energie.

V této fázi je podle mého názoru nejdůležitější správná edukace pacienta, protože na tom závisí jeho následná rehabilitace. Je velmi důležité, aby pacient dodržoval všechna doporučení lékařů a sester. Zejména dodržování diety je stěžejním bodem pro jeho úplné uzdravení. Jak je důležité dodržovat dietu, zdůrazňuje i Hanzal (2013) ve svém článku, který uvádí, že by měl žlučnickovou dietu dodržovat každý, kdo má jakékoliv problémy se žlučníkem. Dále uvádí, že v případě, že byl pacient na operaci žlučníku a ten mu byl odstraněn, měl by dodržovat žlučnickovou dietu nejméně jeden měsíc. Pokud nastanou nějaké potíže, člověk dodržuje dietu dlouhodobě, někdy i celý život. Pacientům také můžeme doporučit publikaci Minárika a Blaho (2019), kde je žlučnicková dieta podrobně popsána, včetně jejího významu a ukázek receptů.

Osm z devíti pacientů vědělo, že se nesmí přetěžovat, musí být v klidu, nezvedat nic těžkého a dodržovat dietu s omezením tuků. Zejména dieta byla velmi výrazným bodem domácí péče.

Z odpovědí pacientů je patrné, že pooperační péči vnímají přesněji než předoperační. Myslím si, že je to tím, že většina pacientů po operaci pocítuje úlevu a také si uvědomuje důležitost dodržovat pokyny lékařů a sester tak, aby došlo k úplnému uzdravení.

Závěry, které vyplývají z mé práce, se shodují i s prací Tomáškové (2020), která ve svém výzkumu hovořila se třemi ženami, které podstoupily operační zákrok. Všechny tři ženy byly správně edukovány, a tak u nich nedošlo k pooperačním komplikacím. V závěru své práce také říká: „*Výsledkem mého výzkumu bylo zjištění, že operační výkon byl náročný pro psychiku všech žen, ale i pro jejich blízké, kteří je podporovali. Ženy potřebovaly cítit podporu od zdravotnického personálu, ale i od rodiny. Vyžadovaly kontakt s ošetrovatelským týmem, aby se ujistily, že je vše v pořádku, a dodržovaly všechna doporučení, aby předešly vzniku pooperačních komplikací.*“ Osobně si nemyslím, že je to všechno jen ohledně edukace. Určitě je to tím hodně ovlivňováno, ale některé komplikace ovlivnit nejde. Například pacient P8 měl pooperační komplikace, ale nedostatečnou edukaci nezmiňoval.

7 Závěr

Bakalářská práce shrnuje problematiku předoperační a pooperační péče u pacientů s onemocněním žlučníku z pohledu sester a pacientů. Z odpovědí sester nepřímo vyplývá, že poskytují ošetrovatelskou péči v závislosti na svých časových možnostech. Naproti tomu pacienti tuto přípravu příliš nevnímají a většinou se řídí opakovanými pokyny sester. Je také patrné, že sestry časový harmonogram nedodržují a slučují jednotlivé kroky v rámci urychlení práce na oddělení. S tím souvisí i ne zcela dostačující psychická podpora poskytovaná pacientům, protože je upozaděna před ošetrovatelskými postupy. Naproti tomu edukaci pacientů sestrou výzkum ukázal jako velmi dobrou. Zejména v pooperační péči před odchodem do domácí péče. Všichni dotazovaní pacienti věděli, jak pečovat o ránu v domácím prostředí a také znali význam dodržování diety pro zlepšení svého celkového stavu. Ukazuje se, že edukace sester je v této oblasti zcela vyhovující.

Na základě výsledků výzkumu souvisejících s nedostatečnou psychickou podporou pacienta poskytovanou sestrou lze doporučit několik opatření. Jednou z možností je navýšení počtu zdravotnického personálu na oddělení. V tomto případě by sestry získaly více času se důsledně věnovat pacientovi ve správném časovém harmonogramu, a to včetně psychické podpory. Ekvivalentem je snížení počtu pacientů na oddělení, což by v konečném důsledku mělo stejný efekt. Další možností je vzdělávání sester v oblasti technik a způsobů, jak poskytnout pacientovi dostatečnou psychickou podporu, tím by se mohla zvýšit efektivita poskytované psychické podpory. Poslední způsob, jak řešit problém nedostatečné psychické podpory, je optimalizace chodu oddělení, což by vedlo opět k vytvoření časové rezervy pro sestry.

Výzkumným šetřením bylo dále zjištěno, že pacienti vnímají předoperační přípravu chaoticky a spíše se řídí pokyny lékařů a sester. Předoperační péče sester je poznamenána krátkým časovým intervalem pro psychickou podporu pacienta. Pacienti částečně vnímají tuto skutečnost negativně, totéž si uvědomují sestry. Pacienti vnímají pooperační péči přesněji. Problémem zůstává nedostatečná psychická podpora pacientů od sester, i když v pooperační péči je psychická podpora pacientů více dostačující. Dále bylo zjištěno, že všichni pacienti vědí, jak o sebe pečovat po propuštění do domácí péče. Z toho lze usoudit, že edukace sester pacienta je dostačující.

8 Seznam literatury

1. ACALOVSKI, M., LAMMERT F., 2012. MD. *The Growing Global Burden of Gallstone Disease* [online]. www.worldgastroenterology.org [cit. 2021-4-25]. Dostupné z: <https://www.worldgastroenterology.org/publications/e-wgn/e-wgn-expert-point-of-view-articles-collection/the-growing-global-burden-of-gallstone-disease>
2. BALKO, J., TONAR, Z., VARGA, I., et al., 2017. *Memorix histologie*. 2. doplněné vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-249-7.
3. BARTŮŇEK, P., et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.
4. BLAŽEK, M., et al., 2012. *Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta*. Interní medicína pro praxi. 14(11), 422-428.
5. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl: Pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5333-1.
6. CROTON, G., ADAMS, N., 2012. *The Human Body: A Family Reference Guide*. United Kingdom: Parragon Books. ISBN 978-80-7451-277-3.
7. ČESKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ, et al., 2010. *Dobrovolná sestra*. Praha: JS Press společnosti JS Partner. ISBN 978-80-87036-47-1.
8. ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie 2*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.
9. DOBIÁŠ, V., 2013. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4571-8.
10. FERKO, A., et al., 2015. *Chirurgie v kostce*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1005-1.
11. HAJŽMANOVÁ, L., 2014. *Psychologická problematika pacientů v perioperační péči*. Plzeň. Bakalářská práce. FZS ZU.
12. HANZAL, Pavel., 2013 (5). *Žlučnická dieta: jídelníček, vhodné potraviny* [online]. Xzlučník.cz [cit. 2021-4-25]. Dostupné z: <https://www.ezlucnik.cz/zlucnikova-dieta-jidelnicek/>
13. HEHLMANN, A., 2010. *Hlavní symptomy v medicíně: praktická příručka pro lékaře a studenty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2612-0.

14. HEŘMAN, M., et al., 2014. *Základy radiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2901-4.
15. HOFMANOVÁ, I., 2014. *Ošetrovatelský proces u klienta/pacienta před operačním výkonem*. Liberec. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií.
16. HUDÁK, R., et al., 2017. *Memorix anatomie*. 4. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-420-0.
17. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
18. JIRKOVSKÝ, D., et al., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-13-3.
19. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
20. KALA, Z., et al., 2010. *Perioperační péče o pacienta v digestivní chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-519-8.
21. KITTNAR, O., et al., 2011. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3068-4.
22. KOIVISTO, J.-M., et al. 2020., *Patient education in relation to informational needs and postoperative complications in surgical patients*. 35–40.
23. KUČEROVÁ, K., 2012. *Úžasné lidské tělo*. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-0093-6.
24. MARIE, N., 2010. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. ISBN 978-80-7333-078-1.
25. MINÁRIK, P., BLAHO, E., 2019. *Dieta při onemocnění žlučníku a slinivky: doporučení lékaře, vzorové jídelníčky, recepty*. Praha: Raabe. ISBN 9788074963964.
26. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., 2015. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-206-0.
27. NEČAS, E., et al., 2013. *Patologická fyziologie orgánových systémů*. Druhé vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1712-1.

28. NEJEDLÁ, M., 2015. *Klinická propedeutika: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4402-5.
29. OLDENBERG N., et al., 2020. The impact of a Surgery Unit's Structure and Operative Technique on Quality Two Swedish Rural Hospitals. *Journal of Investigative Surgery*. United Kingdom, (10), 924-929.
30. OSTRŽÍŽKOVÁ, M., OLIVERIUS, M., 2019 (3). *Cholecystektomie: Co vás čeká při odstranění žlučníku?* Mojezdрави.cz. Praha: CZECH NEWS CENTER. DOI: <https://www.mojezdрави.cz/zdravy-zivotni-styl/cholecystektomie-co-vas-ceka-pri-odstraneni-zlucniku-3985.html#>.
31. POKORNÁ, A., et al., 2014. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. 2. díl. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7415-6.
32. POLÁK, M., 2016. *Urgentní příjem: Nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3939-0.
33. PRAŽSKÝ, B., 2013, 8. 2. 2013. *Prevence tromboembolické nemoci, současné možnosti* [online]. Praha: Zdravi.euro.cz [cit. 2021-4-25]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/prevence-tromboembolicke-nemoci-soucasne-moznosti-468958>
34. ROZSYPAL, H., 2015. *Základy infekčního lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2932-2.
35. ROZSYPALOVÁ, M., 2010. *Ošetrovatelství II: pro 2. ročník středních zdravotnických škol*. Praha: Informatorium. ISBN 978-80-7333-076-7.
36. SEDLÁČEK, P., ŠTEFKA, J., GÜRLICH, R., 2019. *Načasování cholecystektomie v terapii akutní kalkulózní cholecystitidy*. *Rozhledy v chirurgii*. Praha: MeDitorial, 2019(12). DOI: 10.33699/PIS.2019.98.12.492–496. ISSN 1803-6597. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/2019-12-5/nacasovani-cholecystektomie-v-terapii-akutni-kalkulozni-cholecystitidy-120714>
37. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4414-8.
38. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2.

39. SOUČEK, M., et al., 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha, Brno: Grada. ISBN 978-80-247-2110-1.
40. STLOUKALOVÁ, Z., 2012. *Anatomický atlas: Orgány, systémy, struktury*. Praha: Svojtka & Co. ISBN 978-80-256-0739-8.
41. SVĚŘÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry: Úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.
42. TÁBORSKÝ, M., et al., 2017. *Interní propedeutika*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4645-9.
43. TOMÁŠKOVÁ, K., 2020. *Specifika ošetrovatelské pooperační péče*. Plzeň. Bakalářská práce. FZS ZU.
44. VÉVODA, J., et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.
45. VIGUÉ, J., 2015. *Atlas lidského těla*. Praha: REBO. ISBN 978-80-255-0976-0.

9 Seznam příloh

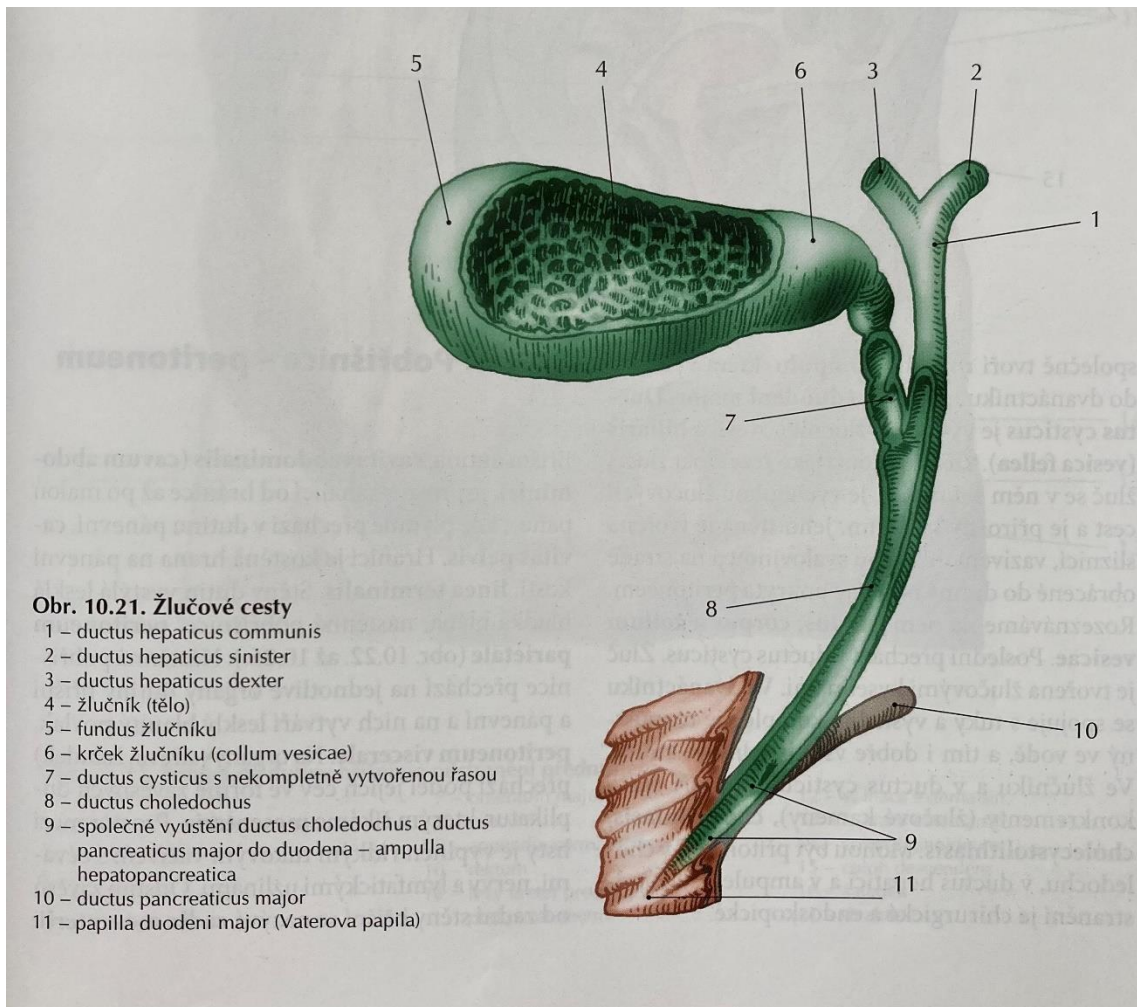
Příloha č. 1 – Zobrazení žlučových cest

Příloha č. 2 – Klasifikace ASA skóre

Příloha č. 3 – Seznam otázek k rozhovoru pro sestry

Příloha č. 4 – Seznam otázek k rozhovoru pro pacienty

Příloha č. 1 – Zobrazení žlučových cest



(Naňka, Elišková, 2015, str. 165)

Příloha č. 2 – Klasifikace ASA skóre

ASA 1	pacient bez komplikujícího onemocnění
ASA 2	lehké onemocnění bez omezení výkonosti
ASA 3	závažné onemocnění omezující výkonnost
ASA 4	těžké onemocnění, které ohrožuje život nemocného bez i v souvislosti s operací
ASA 5	terminální stav s infaustní prognózou bez závislosti na operaci
ASA 6	pacient s prokázanou mozkovou smrtí jako dárce orgánů

(Ferko et al., 2015, str. 135)

Příloha č. 3 - Seznam otázek k rozhovoru pro sestry

1. Kolik Vám je let?
2. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Navštěvujete semináře ohledně předoperační přípravy a pooperační péče u pacientů s onemocněním žlučníku? Pokud ano, jak často?
5. Popište prosím, jakým způsobem edukujete pacienta před operačním výkonem na žlučníku.
6. Jakým způsobem pomáháte pacientům s onemocněním žlučníku zvládat předoperační stres?
7. Kolik času věnujete psychickému stavu pacienta před operací žlučníku?
8. Popište jednotlivé kroky předoperační přípravy u pacientů s onemocněním žlučníku.
9. Co myslíte, že je nejdůležitější u předoperační přípravy těchto pacientů?
10. Popište prosím, jaké informace poskytnete pacientům po operaci?
11. Popište jednotlivé kroky pooperační péče u pacientů s onemocněním žlučníku.
12. Co myslíte, že je nejdůležitější u pooperační péče o tyto pacienty?
13. Kolik času věnujete psychickému stavu pacienta po operaci žlučníku?
14. Jak se staráte o ránu u pacienta po operaci žlučníku?
15. Jak vysvětlujete pacientovi po operaci žlučníku péči o pooperační ránu?
16. Jak edukujete pacienta, který je propuštěn do domácího ošetřování?

Příloha č. 4 - Seznam otázek k rozhovoru pro pacienty

1. Kolik Vám je let?
2. Kdy jste byl/a na operaci žlučníku?
3. Proč jste byl/a na operaci žlučníku?
4. Co Vám nejvíce pomáhalo před operací žlučníku?
5. Jaké jste měl/a pocity před operací žlučníku?
6. Jaké konkrétní informace jste dostal/a před operací žlučníku.
7. Jak velkou oporou Vám sestry byly před operací žlučníku?
8. Byl/a jste dostatečně informován/a v rámci předoperační přípravě? Jaké informace Vám poskytly sestry u předoperačního vyšetření?
9. Jaké jste měl/a pocity po operaci žlučníku?
10. Byl/a jste dostatečně informován/a v rámci pooperační péče? Jaké informace Vám poskytly sestry u pooperační péče?
11. Proběhla operace bez komplikací? / Měl/a jste nějaké pooperační komplikace? Pokud ano, víte jaké?
12. Jaké konkrétní informace jste dostal/a po operaci žlučníku.
13. Víte, jak se v rámci rehabilitace posazovat nebo pokládat? Popište.
14. Víte, jaký význam má dieta pro vaše úplné uzdravení? Popište.
15. Víte, jak pečovat o ránu ev. jizvu po operaci žlučníku, po propuštění do domácího ošetřování? Popište.
16. Popište, jaké opatření musíte dodržovat v domácím prostředí po operaci žlučníku.
17. Jak dlouho jste byl/a ev. jste v nemocničním a domácím ošetřování? Musel/a jste si brát pracovní neschopnost ev. musíte mít pracovní neschopnost?

10 Seznam zkratek

- ALP – Alkalická fosfatáza, ve vyšetření krve
- ALT – Aminotransferáza, ve vyšetření krve
- APTT – Aktivovaný parciální tromboplastinový čas, ve vyšetření krve
- ARO – Anesteziologicko resuscitační oddělení
- ASA – The American Society of Anesthesiologists
- AST – Aspartátaminotransferáza, ve vyšetření krve
- ATB – Antibiotika
- Ca – Calium, vápník
- Cl – Chlor
- CRP – C – reaktivní protein
- CT – vyšetření, které používá rentgenové paprsky a počítačovou metodu k podrobnému zobrazení jednotlivých částí těla v tenkých vrstvách
- E – Emergency ASA klasifikace
- EKG – Elektrokardiografie
- ERCP – Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
- FF – Fyziologické funkce
- G10% - Infuzní roztok, glukóza 10%
- GMT – Gama-glutamyltransferáza, ve vyšetření krve
- HCG – Choriový gonadotropin, ve vyšetření krve
- HIV – Human Immunodeficiency Virus
- I. v. – Intravenózní podání
- INR – International normalized ratio, ve vyšetření krve
- JIP – Jednotka intenzivní péče
- K – Kalium, draslík
- KO – Krevní obraz
- KS – Krevní skupina
- MR – Magnetická rezonance
- MRCP – Nukleární magnetická rezonanční cholangiopankreatografie
- Na – Natrium, sodík
- NBP – Náhlé příhody břicha
- P. o. – perorální podání, ústy

pH – potential of hydrogen neboli potenciál vodíku

PTBD – perkutánní transhepatální biliární drenáž

PTC – perkutánní transhepatická cholangiografie

PŽK – periferní žilní katétr

Rh – Rhesus faktor – je krevně skupinový systém, jehož antigeny se vyskytují pouze na erythrocytech. Může být pozitivní nebo negativní.

RTG – Rentgen

TK – Krevní tlak