

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Specifická ošetrovatelská péče u pacientů s náhlou příhodou bříšní

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Ivana Chloubová, R.N.

Autor:

Marie Bláhová

2011

ABSTRACT

The term acute abdominal emergencies denotes diseases affecting abdominal organs that in most cases require surgical intervention. The onset of the disease is usually quick, it mostly attacks a patient in full health phase and often threatens patient's life. Nevertheless the disease symptoms are often underestimated by patients, who often seek for medical help late, when they are in bed condition.

The aim of the Thesis was to specify distinctive features of nursing care for patients with abdominal emergency. Another aim was to point out the differences in communication with patients with abdominal emergency and those with planned surgical operation. Thirteen respondents were addressed to get the answer. They were nurses working with patients suffering from diseases of surgical nature. Research questions dealing with the issue of caring for patients with acute abdominal emergency were raised in relation to the aims. The first research question dealing with the specifics of nursing care asked about the activities forming together the complex image of the care for patients with abdominal emergency. The second research question dealt with the differences in pre-operation preparation of patients with abdominal emergency and those with planned operation. Upon the answers and upon monitoring the respondents the difference is particularly perceived in relation to the time spent on the preparation. The third research question dealt with the difference in communication with patients with abdominal emergency and those with planned surgical operation. The results show that communication is influenced by a number of factors, mainly lack of cooperation on patient's side, time and patient's distrust. The fourth research question dealt with quality of the nursing care from the point of view of a nurse in relation to patient's acute state. According to the collected data the patient's acute state, the speed of performing nursing intervention during patient reception and pre-operation preparation partly influence the quality of the care, which is then performed more routinely.

Upon the obtained information this work should explain to nurses, as caring personnel, the problems of the treatment and the specifics of the care for patients with

acute abdominal emergency. It should also help explain the problems of communication with patients with abdominal emergency.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma: Specifická ošetrovatelská péče o pacienty s náhlou příhodou břišní jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....

Podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Ivaně Chloubové, R.N za cenné rady, podněty a odborné vedení při zpracování bakalářské práce. Také děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

OBSAH

ÚVOD.....	4
1 SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Anatomie dutiny břišní.....	5
1.1.1 Dutina břišní	5
1.1.2 Orgány dutiny břišní a pánevní.....	5
1.2 Náhlé příhody břišní.....	11
1.2.1 Charakteristika náhlých příhod břišních.....	11
1.3 Úrazové náhlé příhody břišní.....	11
1.3.1 Perforační peritonitida.....	11
1.3.2 Úrazové hemoperitoneum.....	11
1.3.3 Smíšená forma	12
1.4 Neúrazové náhlé příhody břišní.....	12
1.4.1 Zánětlivé náhlé příhody břišní.....	12
1.4.2 Ileózní náhlé příhody břišní.....	15
1.4.3 Prudké krvácení do gastrointestinálního traktu.....	18
1.4.4 Náhlé příhody břišní gynekologického původu	20
1.5 Diagnostika náhlých příhod břišních.....	20
1.5.1 Anamnéza.....	21
1.5.2 Fyzikální vyšetření	21
1.5.3 Laboratorní vyšetření.....	23
1.5.4 Zobrazovací vyšetřovací metody	23
1.5.5 Nejčastější chyby a omyly v diagnostice náhlých příhod břišních	25

1.6	<i>Léčba náhlých příhod břišních</i>	25
1.6.1	<i>Konzervativní léčba náhlých příhod břišních</i>	26
1.6.2	<i>Chirurgická léčba náhlých příhod břišních</i>	26
1.7	<i>Ošetrovatelská péče u klienta s náhlou příhodou břišní</i>	26
1.7.1	<i>Předoperační příprava</i>	26
1.7.2	<i>Pooperační péče</i>	28
1.8	<i>Bolest</i>	29
1.8.1	<i>Druhy bolesti u náhlých příhod břišních</i>	29
1.8.2	<i>Hodnocení bolesti</i>	30
1.8.3	<i>Bolest jako ošetrovatelský problém</i>	31
1.9	<i>Komunikace sestry s klientem s náhlou příhodou břišní a jeho rodinou</i>	31
2	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
2.1	<i>Cíl práce</i>	34
2.2	<i>Výzkumné otázky</i>	34
3	METODIKA	35
3.1	<i>Metodika práce</i>	35
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	35
4	VÝSLEDKY	36
4.1	<i>Kazuistiky</i>	36
4.1.1	<i>Respondent 1</i>	36
4.1.2	<i>Respondent 2</i>	37
4.1.3	<i>Respondent 3</i>	39
4.1.4	<i>Respondent 4</i>	40
4.1.5	<i>Respondent 5</i>	41

4.1.6	<i>Respondent 6</i>	42
4.1.7	<i>Respondent 7</i>	44
4.1.8	<i>Respondent 8</i>	45
4.1.9	<i>Respondent 9</i>	47
4.1.10	<i>Respondent 10</i>	49
5	TABULKY	51
6	DISKUSE	60
7	ZÁVĚR	66
8	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
9	KLÍČOVÁ SLOVA	71
10	PŘÍLOHY	72

ÚVOD

Zdraví je nejdůležitější součástí našeho spokojeného života. Každá okolnost, která souvisí s poškozením našeho zdraví je pro nás a naše rodiny zatěžující. Tak je tomu i u onemocnění, která se souhrnně nazývají náhlé příhody břišní.

Náhlé příhody břišní jsou onemocnění akutní a závažná, postihující orgány dutiny břišní, která vyžadují zpravidla chirurgickou léčbu. Člověk se tak náhle z pocitu plného zdraví stává pacientem, kterého čeká léčba onemocnění závažné povahy. Nastává léčebný proces, který je zdravotnickým pracovníkům tak dobře znám. Zatímco pacient je sice jeho nedílnou součástí, sám trpí nejen bolestí, která je prvotním příznakem, ale zároveň i nedostatkem informací o průběhu léčby či o samotné povaze svého onemocnění.

Komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacientem je nenahraditelným zdrojem informací pro obě strany. V souvislosti s nedostatkem informací může ze strany zdravotníka dojít k pochybení při péči o pacienta.

Problematika náhlých příhod břišních je velmi široká. Zahrnuje znalost onemocnění, jeho léčby a specifika ošetrovatelské péče o pacienta s tímto onemocněním. Při své praxe na Střední zdravotnické škole a i zde při studiu jsem se setkala a podílela se na péči o pacienty s náhlou příhodou břišní. Během této doby jsem si uvědomila, jak obtížná a často svízelná je péče o pacienty s tímto onemocněním. Proto je i mým zájmem odhalit specifika kladená na péči o pacienty s náhlou příhodou břišní a tyto poznatky dále využít v praxi.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 *Anatomie dutiny břišní*

1.1.1 *Dutina břišní*

Dutina břišní (cavitas abdominalis) je prostor, který začíná bránicí a končí malou pánví, kde volně přechází v dutinu pánevní (cavitas pelvis). Mezi dutinami se nachází pánevní kost, na níž je kostěná hrana (linea terminalis). Tato hrana tvoří hranici mezi dutinami. Stěny dutin jsou vyplněny nástěnnou pobřišnicí (peritoneum parietale). Pobřišnice přiléhá na jednotlivé orgány dutiny břišní a pánevní, kde vytváří blanitý povlak (peritoneum viscerale). Nástěnná pobřišnice pokrývá vnitřní plochu stěny břišní, bránici a zezadu orgány přilehlé k bránici, tj. ledviny, nadledviny, močovody, zčásti slinivku a duodenum. Pobřišnice naléhá též v pánvi na močový měchýř, dělohu a rectum.

Povrch pobřišnice je tvořen jednovrstevným plochým epitelem (mesothelium). Klouzavý pohyb intraperitoneálních orgánů umožňuje malé množství tekutiny, které se v dutině nachází. Dutina je rozdělena na horní část dutiny břišní (pars supramesocolica cavi peritonii) a na dolní část dutiny břišní (pars inframesocolica). Do horní části se řadí orgány, jako jsou játra, žaludek, slezina, horní část slinivky a duodena. Do dolní části se řadí tenké střevo, tlusté střevo, dolní část slinivky a duodena. Obě části mají rozdílné tepenné zásobení. Pobřišnice má velmi dobrou vstřebávací schopnost. Její plocha je až 1,8 m² (1).

1.1.2 *Orgány dutiny břišní a pánevní*

Žaludek (gaster, ventrikulus) leží jako první z orgánů v dutině břišní pod bránicí. Nachází se pod levým oblokem žeberním směřující k pupku. Je to rozšířená část trávicí trubice, vak, který spojuje jícen a duodenum. Žaludek je charakteristický svým hákovitým tvarem s malým a velkým zakřivením (curvatura ventriculi minor a major). Malé zakřivení se nachází v horním úseku žaludku, zatímco velké zakřivení nalezneme v dolní úseku. Žaludek je rozdělen na části. Přejít mezi jícnem a žaludkem se nazývá česlo (cardia). Dále následuje tělo žaludku (corpus ventriculi), které se směrem nahoru

vyklenuje v klenbu (fundus), směrem dolů se zužuje ve vrátníkovou předsíň a dále přechází ve vrátník (pylorus) (1, 10).

Na malé zakřivení žaludku se upíná peritoneální závěs omentum minus. Od velkého zakřivení odstupuje velký peritoneální závěs, nazývaný se omentum majus. Přední plocha žaludku sousedí úzce s levým lalokem jater, dotýká se bránice a přední stěny břišní. Zadní stěna žaludku přechází ve stěnu (burza omentalis), která se nazývá peritoneální prostor za žaludkem. Zde pak naléhá žaludek na slinivku břišní, ledvinu s nadledvinou, bránici, slezinu a závěs příčného tračníku (mesocolon transversum) (1).

Stěna žaludku je tvořena sliznicí, podslizničním vazivem, svalovinou a serosou. Sliznice je složena z řas a je vystlána cylindrickým epitelem. Má jasně růžovočervenou barvu. Do sliznice též ústí žaludeční žlázy. Žlázy obsahují hlen, produkují enzym pepsin a kyselinu solnou. Podslizniční vazivo je tvořeno z řídkého kolagenního vaziva, které umožňuje posun sliznice. Svalovinu žaludku dělíme na tři vrstvy, tj. zevní podélnou, střední cirkulární a vnitřní. Serosa, též peritoneum, vytváří lesklý povrch žaludku (1).

Tenké střevo (intestinum tenue) je charakterizováno jako nejdelší úsek trávicí trubice, jeho délka je kolem tří až pěti metrů. Je jednou z nejdůležitějších částí trávicí trubice, probíhá zde většina trávení potravy a vstřebávání živin. Tenké střevo se může dělit na tři části. Jsou to dvanáctník, lačník a kyčelník.

Dvanáctník (duodenum), který se nachází za velkým zakřivením žaludku (curvatura major), tvořící oblouk naléhající na hlavu slinivky břišní. Jeho délka se pohybuje kolem 25-28 cm. Dvanáctník je místem častých vředových lézí. Lačník (jejunum), o průměru tří centimetrů, se nachází v levé horní části peritoneální dutiny. Pokud je vyprázdněn tvoří až dvě pětiny délky střeva. Kyčelník (ileum), o průměru 2,5 cm, se nachází v pravé části peritoneální dutiny a tvoří až 3/5 délky střeva. Přechod mezi jednotlivými částmi není příliš zřetelný. Stěna tenkého střeva se skládá ze sliznice a vaziva, podslizničního vaziva, svaloviny a serózy. Sliznici pokrývají buňky jednovrstevného cylindrického epitelu, nazývaný se enterocyty. Ty vybíhají v klky (villi intestinales), které ukládají krevní a lymfatické cévy. Zde se vstřebávají sacharidy, lipidy a aminokyseliny (1, 10).

Tlusté střevo (intestinum crassum) o průměru čtyři až osm centimetrů, je dlouhé cca 1,5 m a dělí se na čtyři části. Jsou to slepé střevo, vzestupný tračník, příčný tračník, sestupný tračník a konečník.

Slepé střevo (caecum), leží v pravé jámě kyčelní. Jeho délka se odhaduje na 10 cm. Vyúsťuje z ilea, začíná slepě směrem dolů, odkud vybíhá červovitý výběžek (appendix vermiformis), pět až deset centimetrů dlouhý slepě končící útvar.

Vzestupný tračník (colon ascendens) se napojuje na caecum. Jeho délka je šestnáct až dvacet centimetrů. Táhne se vzestupně pod játra. Svým ohybem se napojuje na příčný tračník (colon transversum). Nachází se v úrovni pupku, táhne se napříč od jater až po slezinu. Tato část tlustého střeva je dlouhá cca 50 cm. Volně přechází v sestupný tračník (colon descendens). Sestupný tračník je dlouhý 20 až 30 cm a táhne se do levé jámy kyčelní, kde navazuje na esovitou kličku (colon sigmoideum). Esovitá klička, ve tvaru písmene S, je charakteristická jako část stáčeující se do středu pánve.

Konečník (rectum), je poslední úsek tlustého střeva. Nachází se ve vyhloubení os sacrum. Rozlišuje se na dvě části. Jsou to horní úsek, uložen v pánvi, dlouhý cca deset centimetrů, nazývaný ampula recti. A dolní úsek, který je užší, cca dva až čtyři centimetry dlouhý, nazývaný canalis analis, vyúsťující zevně v řitní otvor (anus). Anus uzavírají dva svěrače a to vnitřní svěrač, jež je z hladké svaloviny, a zevní svěrač, který je složen z příčně pruhované svaloviny (1, 10).

Slinivka břišní (pankreas) patří mezi žlázy s vnitřní (endokrinní) i vnější (exokrinní) sekrecí. Rozděluje se na hlavu (caput), tělo (corpus) a ocas (cauda). Slinivka leží retroperitoneálně tedy v obloku duodena mezi žaludkem a zadní stěnou břišní.

Endokrinní sekreci zajišťují ve slinivce Langerhansonovy ostrůvky. Ostrůvky jsou o velikosti 0,5 až 1 mm, jejich počet se pohybuje mezi 1 až 2 miliony. Produkují hormon glukagon a insulin, jež ovlivňují hladinu cukru v krvi, a dále také hormon somatostatin.

Exokrinní sekreci tvoří ve slinivce tkáň, která produkuje pankreatickou šťávu (succus pancreaticus). Ve složení šťávy se nachází enzymy, které napomáhají trávení tuků a bílkovin. Šťáva je odváděna četnými vývody, které se spojují do hlavního

vývodu slinivky (ductus pancreaticus major) a je přes hlavní žlučovod, na nějž se napojuje v hlavě pankreatu, odváděna na jejich společné ústí na Vaterské papile (papilla Vateri) v sestupné části duodena. Ústí vývodu je chráněno svěračem nazývaném Oddiho svěrač (1, 10).

Játra (hepar) leží v dutině břišní pod pravým žeberním obloukem, směřují vlevo a dotýkají se až bránice. Játra jsou největším orgánem a žlázou našeho těla. Váha se pohybuje kolem 1,5 kg.

Rozděluje se na útvary, jsou to pravý jaterní lalok a levý jaterní lalok (lobus hepaticus dextra et sinistra), čtvercový lalok (lobus quadratus) a lalok dolní duté žíly (lobus caudatus).

Jejich struktura je křehká, mají hnědočervenou barvu. Jsou složena z hepatocytů, což jsou jaterní buňky, které tvoří strukturálně trámce. Mezi trámci se nacházejí žlučové kapiláry a krevní cévy. Játra mají dva krevní oběhy. Nutritivní oběh, který zajišťuje přívod tepenné okysličené krve do jaterních tkání. Funkční oběh, který přivádí pomocí vén z vena portae látky ze střev, žaludku, sleziny slinivky břišní. Oba oběhy se spojují před vstupem do jednotlivých trámců (1, 8, 10).

Žlučník (vesica fellea) se nachází ve výřezu na spodní ploše jater, přesahuje jejich dolní okraj a je znatelný i z pohledu zepředu. Jedná se o výchlipku žlučových cest. Jeho tvar je hruškovitý, vakovitý. Obsahem pojme až 50-60 ml žluči.

Žluč do žlučníku i ze žlučníku přivádějí žlučové cesty. Ty začínají ve žlučových kapilárách jaterních trámců (lalůčků). Odtud se vytvářejí větší nitrojaterní žlučovody, které zanikají a společně vystupují z jater jako extrahepatalní ductus hepaticus dexter et sinister, jež se dále spojuje ve společný žlučovod, ductus hepaticus communis. K němu se připojuje vývod žlučníku ductus cysticus. Ten dále pokračuje do dvanáctníku jako ductus choledochus, který také ústí na Vaterské papile.

Slezina (lien) se nachází pod levým obloukem žeberním mezi žaludkem a bránicí. Její rozměry v dospělosti dosahují až dvanácti centimetrů délky, sedmi centimetrů šířky a tří až čtyř centimetrů tloušťky. Hmotnost se pohybuje kolem 80 - 300 g, je závislá na množství krve, která se nachází ve slezině. Je kryta viscerálním peritoneem. Na povrchu sleziny je vazivové pouzdro, ze kterého vystupují přepážky vnikající až do nitra sleziny.

Mezi přepážkami se nachází dřeň, jež je současně funkční tkání sleziny. Dřeň (pulpa) je dělena na bílou a červenou. Bílá dřeň se nachází v oblasti tepen, obsahuje velké množství lymfocytů a makrofágů. Její funkce je obranná proti nepříznivým vlivům okolí. Červená dřeň obsahuje bílé krvinky, červené krvinky a plazmatické buňky. Její hlavní funkcí je odstraňování starých, nepotřebných a poškozených krvinek z krevního oběhu a je též místem uskladnění krevních destiček (1, 10).

Ledviny (ren, nefros) jsou jedním z párových orgánů lidského těla. Nachází se v dutině břišní po stranách bederní páteře. Jsou uloženy retroperitoneálně. Tvar ledvin se označuje jako fazolovitý. Rozměry ledvin jsou dvanáct x šest x tři centimetry, váží cca 120 g. Povrch ledvin pokrývá vazivové pouzdro přecházející na močovod. Uprostřed vnitřní hrany ledviny se nachází branka, odtud vystupují z ledvin močovody, nervové a cévní pleteně. Na vazivové pouzdro dále naléhá tuková vrstva a zevní vazivová povázka, fixující ledvinu k okolí. Funkční tkáň ledvin (parenchym) se dělí na vnější část, kůru (cortex) a vnitřní část, dřeň (medulla). Dřeň je uspořádána do pyramid, jejichž vrchol přiléhá ke kalichu pánvičky. Ledvinná pánvička je prostor tvaru nálevky, jež se na několika místech se jako ledvinné kalichy zanořuje do dřene a zároveň vybíhá v močovod.

Základní funkční jednotkou ledviny je nefron. Nefron se skládá z Malphigiho tělíska (corpusculum renale), proximálního tubulu, Henleovy kličky, distálního tubulu a sběrného kanálku. Malphigiho tělísko je svazek, klubíčko kapilár (glomerulus). Má odvodnou a přívodnou cévu a dvoulist Bowmanova pouzdra. Z tohoto místa odstupuje proximální tubulus, jehož hlavní funkcí je resorpce většiny glomerulárního filtrátu a snížení jeho celkového objemu. Henleova klička je popisována jako spojnice mezi distálním a proximálním tubulem. Distální tubulus volně navazuje na Henleovu kličku, jeho hlavní funkcí je resorbce sodíku a vody. Sběrný kanálek vyústí do kalichu pánvičky, sbírá tekutiny z několika distálních tubulů.

Ledviny zásobují Aa. renales odstupující z a. abdominalis.

Močovod (ureter) je 20 až 30 cm dlouhá trubice o šířce čtyř až pěti milimetrů. Odstupuje z ledvinné pánvičky. Rozlišuje se na část břišní (retroperitoneální), pánevní a část intramulární (ve stěně močového měchýře). Jeho stavbu tvoří přechodný

vícevrstevný epitel, střední vrstvu tvoří hladká svalovina, zevní je kryta vazivovou vrstvou (1, 10).

Močový měchýř (vesica urinaria) je dutý orgán, ležící u žen za stydkou sponou, před pochvou a dělohou, u mužů před konečníkem. Prázdný močový měchýř má tvar misky, po náplni se stává kulovitým. Objem močového měchýře se pohybuje kolem 300 až 400 ml moče, může se však naplnit až do objemu 700 až 750 ml (1, 10).

Močová trubice (uretra) se liší u mužů a žen. Ženská močová trubice je dlouhá cca čtyři centimetry a široká kolem šest až osm milimetrů. Začíná v močovém měchýři a ústí v úseku mezi klitorisem a vstupem do pochvy. Mužská močová trubice je cca dvacet centimetrů dlouhá. Začíná v močovém měchýři, dále prochází prostatou, vrstvou hlubokých svalů pánevního dna a vyústuje též jako vývodná cesta pohlavní z penisu. Stěna močové trubice je převážně složena z hladké svaloviny, pouze v přechodu mezi trubicí a močovým měchýřem je epitel přechodný (1, 10).

Nadledviny (glandula suprarenales) se nachází na horním pólu ledviny v retroperitoneu. Hlavní funkce nadledvin je endokrinní. Je uložena v tukovém pouzdře, má pyramidový tvar. Nadledvina je čtyři centimetry vysoká, tři centimetry široká a váží šest až dvanáct gramů. V řezu nadledvinou lze rozlišit kůru a dřeň. Rozlišují se barvou. Dřeň je nažloutlé barvy a křehké struktury. Produkuje hormon adrenalin a noradrenalin. Kůra je nažloutlá, tvoří téměř celou žlázu. Produkuje mineralokortikoidy (např. aldosteron), glukokortikoidy (např. kortikosterol a kortisol).

Vaječníky (ovarium) jsou párovým orgánem, jsou upevněny pomocí duplikatur peritonea na stěnách malé pánve. Tvarem připomínají švestku, velikost kolísá mezi 3x5 centimetrů x 1,5 až 3 centimetry. Povrch vaječnicků je kryt vazivovou vrstvou, pod ní se nachází kůra (cortex) a dále dřeň (medulla). Ve dřeni se nachází velké množství vazivové tkáně, cév a nervů (1, 10).

Vejcovod (tuba uterina) je osm až patnáct centimetrů dlouhá trubice, odstupující z obou rohů dělohy a postupuje směrem k vaječnickům. Sliznici tvoří řasy pokryté jednovrstevným epitelem. Řasinky kmitají směrem k děloze, tím usnadňují průchod vajíčka.

Děloha (uterus) se nachází mezi močovým měchýřem a konečníkem. Její tvar je podobný hrušce. Popisuje se tělo děložní (corpus uteri), hrdlo děložní (cervix uteri). Mezi těmito úseky je ještě jedna část zúžena, isthmus uteri, která je svou funkcí důležitá především v těhotenství. Tělo děložní se rozlišuje na dno děložní (fundus uteri) a rohy děložní (cornua uteri). Postavení dělohy je v antiflexi a antiverzi. Stěnu děložní tvoří sliznice (endometrium), svalovinou (myometrium) a subserózní vrstva (tela subserosa) (1,10).

1.2 Náhlé příhody břišní

1.2.1 Charakteristika náhlých příhod břišních

Náhlé příhody břišní (NPB) jsou onemocnění, které vznikají u jedince náhle, většinou z pocitu plného nebo dobrého zdraví. Jedná se o závažná akutní břišní onemocnění, které mohou jedince ohrozit na životě. Jejich vznik je neočekávaný, jejich průběh je velmi rychlý. Důraz je kladen na včasnou diagnostiku onemocnění a její následnou, ve většině případů, chirurgickou léčbu. Náhlé příhody břišní se rozdělují na úrazové a neúrazové (20, 22, 24).

1.3 Úrazové náhlé příhody břišní

Úrazové náhlé příhody břišní lze dělit na uzavřená, která vznikla tupým nárazem do dutiny břišní nebo otevřená, která jsou převážně bodná nebo střelná (24).

1.3.1 Perforační peritonitida

Vzniká v důsledku otevřených poranění dutiny břišní. Hlavním příznakem těchto poranění je peritonitida. Peritonitidou lze nazvat lokalizovaný nebo difúzní zánět pobřišnice. Při perforaci dochází k porušení stěny peritonea a následkem je vznik zánětlivé reakce, peritonitida, která může vést až k sepsi. Příznaky peritonitidy jsou indikací k akutní laparotomii a k ošetření perforace dutiny břišní (18, 24).

1.3.2 Úrazové hemoperitoneum

Nejčastějším mechanismem vzniku jsou decelerační poranění, mezi které patří pád z výšky nebo dopravní nehoda. Dochází k roztržení jater a sleziny, při otevřených

poraněních jde i o poranění aorty, dolní nebo horní duté žíly. Hemoperitoneum má i svůj netraumatický původ, a to nejčastěji jako gynekologické krvácení.

Mezi hlavní příznaky patří nepřesně lokalizovaná bolest, která může být zkreslena a překryta bolestí jiných poranění. K dalším příznakům řadíme zvětšující se břicho, mírně i známky peritoneálního dráždění. Nahromaděná krev pod bránicí vyvolává frénikový příznak (bolest v rameni způsobená drážděním bráničního nervu). Dochází k tachykardii, poklesu krevního tlaku a k příznakům hypovolemického šoku. K ověření diagnózy poslouží sonografické vyšetření.

Terapie se řídí dle masivnosti krvácení. Prudké krvácení vyžaduje okamžitou laparotomii, pomocí níž se lokalizuje zdroj krvácení, které se zastaví. Při krvácení, kdy je pacient oběhově stabilní, lze uvažovat o konzervativním přístupu, který spočívá v přísném klidu na lůžku, doplnění tekutin infuzemi či transfuzemi, monitorací fyziologických funkcí a v opakované sonografické kontrole krvácení (24).

1.3.3 Smíšená forma

Je popisována jako kombinace perforační peritonitis a úrazového hemoperitonea (18).

1.4 Neúrazové náhlé příhody břišní

Jsou charakterizovány jako akutní onemocnění nitrobřišního prostoru spojené se zánětem orgánů dutiny břišní. Pokud nejsou včas léčeny, mohou vést k zánětu pobřišnice (peritonitis). Zánět pobřišnice se popisuje bez perforace nebo jako perforační peritonitis (20, 24).

1.4.1 Zánětlivé náhlé příhody břišní

Zánětlivé náhlé příhody břišní lze rozdělovat několika způsoby. Nejčastěji se však rozdělují na zánětlivá postižení jednotlivých orgánů, ohraničený zánět s přechodem do okolní tkáně a na neohraničené šíření zánětu. Do skupiny zánětlivých postižení jednotlivých orgánů řadíme například akutní apendicitis, cholecystitis, pankreatitis a další. Do skupiny ohraničených zánětů s přechodem do okolní tkáně řadíme například

abcesy, ohraničenou peritonitidu a další. A v neposlední řadě zánětlivé náhlé příhody břišní dělíme také na neohraničené šíření zánětu. Sem patří zejména difuzní peritonitida.

Zánět pobřišnice je popisován jako ohraničený nebo difuzní. Mechanismem vzniku se stává patologický proces v dutině břišní, který je řazen mezi zánětlivé náhlé příhody břišní a jako důsledek vzniká peritonitis. V tomto případě lze označovat jako sekundární. Primární peritonitis vzniká hematogenní cestou (způsobená nejčastěji pneumokokovou infekcí v plicích). Většina peritonitid je způsobena bakteriemi, avšak rozlišuje se i forma abakteriální či chemická. Zde je pak vyvolávajícím mechanismem dráždění pobřišnice chemickou látkou a to například močí, střevním obsahem či žlučí (20, 24).

Peritonitida má charakteristické místní příznaky jako zvýšený tonus svalstva břišní stěny, který se projeví jako napětí, stažení. Dále zástava peristaltiky, bolesti v oblasti břicha, bolestivý poklep na stěnu břišní. Mezi celkové příznaky se řadí tachykardie, febrilní stav, tachypnoe, celková schvácenost pacienta. V laboratorním screeninku je patrný celkový nárůst zánětlivých markerů (24).

Peritonitida se diagnostikuje pomocí zobrazovacích vyšetřovacích metod. Mezi ně patří ultrasonografie, nativní rentgenový snímek břicha vestoje, CT. Dále je možno provést endoskopické vyšetření při podezření na perforaci peptického vředu, či punkci u abcesů.

Peritonitis je indikací k chirurgické léčbě, prognóza pacientů s peritonitidou je vážná a záleží na mnoha faktorech jako včasnost léčby či celkovém stavu klienta (18).

Akutní apendicitida patří mezi nejčastější náhlé příhody břišní. Mechanismus vzniku není zcela znám, jedná se však o bakteriální zánět červovitého výběžku tlustého střeva.

Zpočátku pacient trpí nevolností, nauzeou, zvrací. Častá je i zvýšená tělesná teplota, ta však většinou nepřesahuje 38°C. V souvislosti s teplotou se objevuje tachykardie. Bolest je zprvu neurčitá v oblasti nadbříšku nebo kolem pupku. Poté se po čase přemístí do pravého podbříšku.

Diagnostika se provádí pomocí fyzikálního vyšetření. Výraznou odezvu má pokleповé a pohmatové vyšetření, kde jsou pozitivní Blumbergovo znamení, kdy se

objeví maximální bolest při náhlém uvolnění stěny břišní, Rovsingovo znamení pro které je typická odrazová bolestivost peritonea na opačné straně. Dále je pozitivní Plénisovo znamení, které je typické bolestivostí v místě zánětu. Laboratorně jsou zvýšené markery zánětu (CRP a leukocytóza). Při dalších nejasnostech se provádí sonografické a rentgenologické vyšetření břicha, u žen gynekologické vyšetření.

Terapie je nejčastěji chirurgická a to apendektomie, která se provádí laparoskopicky nebo klasickým způsobem (otevřeným) (18, 24).

Akutní cholecystitida vzniká v souvislosti s cholecystolitiazou (přítomnost žlučových konkrementů ve žlučníku) (19).

Cholecystolitiáza je komplikací cholelitiázy, kdy dochází k tvorbě žlučových konkrementů. Konkrementy se rozdělují na pigmentové, cholesterolové, smíšené a calciumkarbonátové.

Mezi nejčastější příznaky cholecystolitiázy patří bolest v pravém požebrí, biliární kolika, která je charakteristická zvracením, ukrutnými kolikovitými bolestmi v pravém podžebrí a epigastriu. Vzniká většinou po dietní chybě. Zvýšená teplota dosahuje až 38-39°C.

Diagnostika se provádí nejčastěji pomocí sonografického vyšetření. Laboratorně jsou zvýšené markery zánětu.

Terapie je nejčastěji chirurgická a to cholecystektomie, laparoskopickou nebo klasickou cestou. Konzervativní léčba spočívá v podání spasmolytik a analgetik, úpravě dietního režimu, litolýze a litotripsi (rozpuštění a rozdrcení konkrementů), ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie).

Akutní cholangoitida, tedy zánět žlučových cest, vzniká v souvislosti s městnáním žluči ve žlučových cestách. Mezi typické příznaky patří vysoká teplota kolem 39°C, zimnice, ikterus.

Komplikací je přestup infekce do nitrojaterních žlučovodů, což může vést až ke vzniku abscesů v játrech. Poté nastupuje těžký septický stav, který přímo ohrožuje pacienta na životě.

Terapie je intenzivní v dodávání vysokých dávek antibiotik. Chirurgicky nebo endoskopicky se provede dekomprese žlučových cest (24).

Akutní pankreatitida, zánět slinivky břišní, vzniká v souvislosti s aktivací pankreatických enzymů, které samonatravují tkáň slinivky břišní. Aktivaci enzymů nejčastěji vyvolá požití nadměrného množství alkoholu, tučného kořeněného jídla. Může být vyvolána traumatem, prostupem žlučového konkrementu žlučovými cestami i užíváním léků (18, 21, 24).

Příznaky jsou charakteristické náhlým začátkem, kdy dochází k prudké, trvale silné bolesti, které se šíří doleva a do zad. Pacient opakovaně zvrací bez úlevy, má příznaky šoku (oligurie, hyperventilace), je schvácený, má tachykardii. Břicho je prknovité, vzednuté, zastaví se odchod plynů. V laboratorním vyšetření jsou zvýšené amylázy v séru a moči, leukocytóza, hyperbilirubinémie (18, 22, 24).

Diagnostika se provádí pomocí sběru osobních dat, pomocí níž se lékař snaží vypátrat dietní chyby, požívání alkoholu, výskyt stresu, bolesti. Dále se vyšetřuje pomocí fyzikálního vyšetření břicha. Jsou kontrolovány hodnoty fyziologických funkcí, provádí se sonografické vyšetření, výpočetní tomografie (dále CT) (18, 21, 24).

Léčba je konzervativní a chirurgická. Konzervativní přístup lze volit zprvu, kdy se pacientovi zavede nasogastrická sonda. Několik dní pacient nesmí nic požit per os. Dodávají se tekutiny pomocí infuzní terapie, podávají se antibiotika, léky na tlumení sekrece pankreatických šťáv, léky k prevenci trombembolických komplikací.

Chirurgická terapie se doporučuje v případě, že se začnou tvořit abscesy, nekrózy s následnou peritonitidou. Provádí se laparotomie, laváž a drenáž dutiny břišní (18, 24).

Prognóza onemocnění je velmi závažná, s možností chronicity a letalita je 10 – 20 %. V pokročilém věku se letalita onemocnění zvyšuje až na 20-25 %, přestože je biliární pankreatitida velmi častá (23).

1.4.2 Ileózní náhlé příhody břišní

Ileus, střevní neprůchodnost, je označení pro stav, kdy se zastaví průchodnost trávicího ústrojí. Průchodnost je zastavena mechanickou překážkou, obstrukcí nebo porušením nervového či cévního zásobení střeva. Výskyt je ve všech věkových skupinách, ve starším věku se nárůst onemocnění zvyšuje (22,24).

Ileózní stavy jsou děleny dle časového faktoru, charakteru překážky a dle příčiny vzniku. Dle časového faktoru se hodnotí rychlost průběhu na akutní, subakutní,

chronický. Dále dle charakteru překážky lze rozdělit na úplný a neúplný uzávěr. V neposlední řadě dle příčiny vzniku se rozlišují na mechanický, neurogenní a cévní (22).

Ileózní stav vede k rychlé dehydrataci organismu, zejména ztrátou extracelulární tekutiny. Následkem dehydratace dochází k hypovolémii, renální insuficienci a rozvoji šoku, který může mít pro pacienta fatální následky.

Mezi nejčastější příznaky ileózního stavu patří bolest, jež je kolikovitá bez přesné lokalizace, zvracení, které vyúsťuje až v miserere (zvratky fekulentního charakteru). Ošchlé sliznice v souvislosti s dehydratací, zvětšený objem břicha, zde jsou patrné ztužené střešní kličky, které vystupují na povrch (22).

Diagnostika ileózních stavů spočívá v rentgenologickém vyšetření břicha a to prostým snímkem břicha, CT, sonografickým vyšetření.

Terapie je konzervativní i chirurgická, dle typu ileózního stavu. Konzervativní terapie spočívá v infuzní terapii, zavedení nasogastrické sondy a monitoraci fyziologických funkcí. Operační technika chirurgické léčby ileózního stavu se liší dle druhu a příčiny vzniku (2, 22).

Mechanická střešní obstrukce (mechanický ileus) lze rozdělit na ileus obstrukční, volvutus, ileus strangulační a invaginaci. Ileus obstrukční, zde dochází k ucpaní průsvitu střeva například nádorem nebo potravou. Volvutus je stav, kdy se střevo otočí kolem vlastní osy. Ileus strangulační, při kterém je střevo sevřeno zvnějšku, například srůsty. Jsou zde stlačeny místní cévy, což má za následek oběhové poruchy střeva s následnou nekrózou. Invaginace je stav, kdy se část střeva vsunuje do části jiné. Bývá typická u dětí, kdy z plného zdraví dítě začne mít bolesti břicha, které rychle odezní a dítě začne být apatické, bledé. Stav bolesti se opakují. Tento stav je doprovázen ukrutným obloukovitým zvracením, ve stolici je patrný krvavý hlen (18, 24).

Příznaky mechanického obstrukčního stavu jsou náhlá intermitentní kolikovitá bolest, charakteristická intervaly bez bolesti. Zvracení, zástava odchodu plynů a stolice, vzedmuté břicho, v pokročilé fázi dochází ke známkám metabolického rozvratu.

Diagnostika se zaměřuje zejména na fyzikální vyšetření, kdy jsou pomocí poslechu slyšitelné peristaltické zvuky vysoké intenzity s kovovým charakterem. RTG nativní snímek břicha vestoje, který ukáže tzv. hladinky.

Terapie zprvu konzervativní, poté chirurgická, kdy se odstraní překážka, vyvolávající tento stav.

Neurogenní ileus lze rozlišit jako spastický nebo paralytický. Spastický je charakterizován zúžením střeva v souvislosti se stažením střevní svaloviny. Bývá u onemocnění nervové soustavy a je velmi vzácný. Paralytický ileus je vyvolán ochabnutím střevní svaloviny v důsledku zánětu v břišní dutině nebo po břišních, neurochirurgických operacích, úrazech, při kardiálním selhávání a metabolickém rozvratu.

Mezi příznaky patří neurčitá bolest v celém břiše, zástava plynů a stolice, poslechově je typické tzv. mrtvé ticho. Rentgenový (dále RTG) snímek prokáže hladinky. Pacient může masivně zvracet, což může způsobit masivní aspiraci a náhlou smrt.

Terapie je konzervativní a to odsávání střevního obsahu nazogastrickou sondou. Podává se infuzní terapie k úpravě vnitřního prostředí. Je snaha obnovit motilitu střeva klyzmaty a léky podporující střevní peristaltiku. Výjimečně se přistupuje k chirurgickému řešení, kdy se provede cékostomie (18, 24).

Cévní ileus je způsoben ucpáním mezenterických tepen trombem nebo embolem. Tento stav vede k porušení cévního zásobení střeva a zástavě peristaltiky. Střevo nekrotizuje, což se projeví nejprve jako krvácení do střeva a teprve později v souvislosti s přestupem bakterií do břišní dutiny jako peritonitida.

Příznaky jsou krutá bolest břicha, někdyje přítoma krvavá stolice. Dochází k rychlé zástavě střevní pasáže, zvracení krve, známám šoku.

Diagnózu může potvrdit zprvu angiografie.

Terapie se pokouší o znovuzprůchodnění krevního průtoku do mezenterických cév. Pokud již nastane nekróza střeva, je možná resekce. Pokud je již rozvinuta peritonitida, bývá onemocnění ve většině případů neléčitelné (18,24).

1.4.3 Prudké krvácení do gastrointestinálního traktu

Prudká krvácení do gastrointestinálního traktu (dále GIT) patří mezi závažná onemocnění a může ohrozit pacienta na životě. Jsou různého druhu a charakteru. Dělí se dle výskytu na krvácení z horní poloviny GIT a z dolní poloviny GIT. Do orgánů patřících mezi horní polovinu GIT patří jícen, žaludek, duodenum a popřípadě tenké střevo. Do dolní části GIT se řadí colon a rectum. Všechna krvácení v důsledku zapříčiní snížení objemu cirkulující krve a tím nástup hypovolemického šoku. Hypovolemický šok lze očekávat u krevní ztráty více než 20 % (18, 24).

Mezi obecné příznaky krvácení patří bledost, snížený krevní tlak, tachykardie, neklid až ztráta vědomí, kolaps oběhu, zástava dechu.

Kromě obecných příznaků, které doprovází všechna krvácení nejen z GIT, se popisují i příznaky speciální, vztahující se ke konkrétním druhům. Ty se můžou dělit na zjevné krvácení a nezjevné krvácení. Mezi zjevné krvácení patří hematemeza - tekutá krev, sražená krev, krev barvy a konzistence kávové sedliny (po smísení a změně s kyselinou solnou). Meléna, která se charakterizuje jako krev natrávená a je známá jako stolice dehtovité barvy. Enteroragie je čerstvá, nestrávená krev ze střev. Má formu buď krvavého průjmu nebo koagul. Mezi nezjevné, okultní krvácení, se řadí krvácení skrytá, utajená, která mohou vyvolat masivní akutní krvácení z GIT (19, 24).

Krvácení z GIT vyžaduje od odborníků rychlý diagnostický a terapeutický postup.

Diagnóza určuje pomocí sběru dat, fyzikálního vyšetření, sonografického vyšetření, speciálního endoskopického vyšetření jako je gastroskopie nebo kolonoskopie. Pokud endoskopické metody neodhalí zdroj krvácení, může se přistoupit k radionuklidové zobrazovací technice, angiografii, popřípadě k baryovým kontrastním vyšetřením. Dále se hodnotí laboratorní výsledky, kde se věnuje zvýšená péče krevnímu obrazu. Zde může docházet k poklesu hemoglobinu a erytrocytů. Dbá se na znalost krevní skupiny pacienta, koagulačních faktorů, acidobazické rovnováhy a celkového biochemického screeningu (18,24).

Krvácení z varixů jícnu nebo kardie patří mezi nejčastější krvácení z horní poloviny GIT a má většinou velmi dramatický průběh. Jsou komplikací portální hypertenze, příčinou bývá jaterní cirhóza nebo trombóza vena portae či vena linealis.

Krvácení bývá velmi masivní, rychle se proto rozvíjí hemoragický šok. Prognóza onemocnění není příznivá, často recidivuje.

Diagnózu lze určit pomocí endoskopického vyšetření, které může být indikováno i jako urgentní výkon. Při vyšetření se sleduje a popisuje velikost varixů, jenž má čtyři stupně od mírně vyvýšených uzlovitých pruhů až po varixy přesahující až polovinu průsvitu jícnu. Dále se hodnotí barva (bílá, rudá, modrofialová) a přítomnost dalších jevů, jako jsou například rudé skvrny, stigmata krvácení či akutní krvácení.

Terapie se provádí pomocí endoskopické sklerotizace, při níž dochází k trombóze a zánětu stávajících varixů, což vede k jejich zániku. Nebo se může zvolit metoda také pomocí endoskopie a to ligace varixů, kdy se pomocí gumičky varix zaškrtní. Dále se používají farmaka k vazokonstrikci a tamponádu krvácejících varixů pomocí balónkové sondy. Poslední možností jsou urgentní výkony, které se volí až po sklerotizaci a jsou pro pacienta s jaterní cirhózou velmi náročné (18, 24).

Krvácení při vředové chorobě se vyskytuje až u 5% - 10% pacientů. Vyskytuje se v každém věku, nejčastěji se krvácení objeví po požití nesteroidních antirevmatik. Krvácení ze žaludečního vředu se projevuje jako hematemesa, z dvanáctníkového vředu se projevuje jako meléna.

Diagnóza se provádí pomocí endoskopických metod. Používá se klasifikace dle Foresta, jež určuje závažnost krvácení. Nález podpoří ve většině případů přístup k chirurgické léčbě.

Kromě terapie endoskopické a chirurgické lze léčit pomocí farmak a to léků na vazokonstrikci, pomocí nitrátů, H² blokátorů, prokinetik.

Krvácení z tenkého střeva není tak časté jako krvácení z žaludečního či dvanáctníkového vředu. Projevem je meléna nebo se projevuje jako skryté (okultní) krvácení. Příčinou bývá Meckelův divertikl, Crohnova choroba, invaginace, ruptura aneurysmatu břišní aorty a další.

Diagnostika je obtížná, proto se často indikuje chirurgický výkon, který stanoví konečnou diagnózu. Nutností je vyloučit krvácení z horní části GIT a tračnicku pomocí enteroskopie nebo angiografického vyšetření.

Terapie je chirurgická a to laparotomie a dále se terapie ubírá dle nálezu (24).

Krvácení tračníku a konečníku má různé příčiny krvácení. Souhrnně se projevuje jako enteroragie. Zdrojem krvácení můžou být například hemeroidy, onemocnění anu, nádory tračníku, Crohnova choroba, divertikulární choroba. Každé krvácení z konečníku nelze přehlížet nebo podceňovat, je nutné jej vyšetřit jako prevenci karcinomů.

Krvácení iatrogenní je nejčastěji spojené s endoskopickým vyšetřením, je bráno jako možná komplikace. Je nutno brát na zřetel koagulační faktory pacienta. Pacienti s krvácením jsou indikováni k léčbě na jednotkách intenzivní péče (24).

1.4.4 Náhlé příhody břišní gynekologického původu

Častou příčinou bolesti v pánvi nebo podbříšku jsou náhlé příhody gynekologického původu. Jako i u jiných druhů náhlých příhod břišních bezprostředně ohrožují ženu na životě.

Typická je bolest vnitřních rodidel, charakteru viscerální i somatické bolesti. Viscerální bolest je typická pro hluboký pánevní zánět či endometriózu, torzi vaječnicků, ovariální tumor. Somatická bolest je typická zejména pro rupturu či krvácení při ektopické graviditě nebo ruptuře cysty.

Stav provází nauzea, zvracení, neklid, pocení, třes. Diagnostika se opírá o sběr osobní anamnézy. Dále se vyšetřuje pomocí fyzikálního vyšetření a ultrasonografie. Léčba spočívá v odstranění příčiny vzniku náhlé příhody břišní, zejména v léčbě chirurgické (4).

1.5 Diagnostika náhlých příhod břišních

Diagnostika náhlých příhod břišních je velmi důležitá. Každý pacient s podezřením na náhlou příhodu břišní by měl být okamžitě hospitalizován, nejlépe na chirurgickém pracovišti, které je schopno tento stav zvládnout. Diagnostiku často komplikuje sám pacient, když své obtíže delší čas bagatelizuje. Je kladen velký důraz na včasné rozpoznání příčiny stavu, aby se zamezilo prodlení v léčbě konzervativní nebo chirurgické (20, 22).

1.5.1 Anamnéza

První kontakt s pacientem je velmi obtížný, neboť trpí bolestmi. Přesto nelze opomíjet sběr důležitých dat o pacientovi. Nápomocen je všechen zdravotnický personál, obzvláště sestry, které s ním tráví většinu času od přijetí pacienta po jeho propuštění z ošetrovatelské jednotky. Dále rodinní příslušníci, kteří mohou popsat objektivní obtíže pacienta. Jsou pro zdravotnický tým zcela nezbytní, pokud se pacient nachází v například v šokovém stavu nebo pokud jde o dítě či seniora s přidruženými chorobami.

V rozhovoru s pacientem je nutné se zaměřit především na osobní anamnézu, kde se pátrá po obtížích, které by mohly vést ke stavu, v němž se nachází. Mezi takové obtíže patří například zánět slepého střeva, srůsty, pankreatitida, vředová choroba. Tyto obtíže se mohou kdykoliv opakovat. Znalost alergie je důležitá, zejména lékové alergie, které se vyskytují stále častěji. Dále se sběr dat zaměřuje na krvácivé stavy, ostatní nemoci i interního charakteru, jenž by mohly mít za následek komplikaci při vedení léčby konzervativní i chirurgické.

V rámci pracovní anamnézy je pacient tázán na pracovní prostředí, které by mohlo zapříčinit stav, v němž se nachází. V rodinné anamnéze se zjišťuje zdravotní stav členů rodiny, chronické nemoci, krvácivé stavy, karcinomy, civilizační choroby. V případě žen se nesmí opomenout anamnéza gynekologická, která je velmi důležitá. Zjišťují se prodělané porody, gynekologické operace či zákroky, průběh menstruace, záněty. V rámci anamnézy současného onemocnění se pátrá pomocí cílených otázek na přesné okolnosti vzniku stavu, příznaky jako jsou například průjemy, zvracení, zvýšenou tělesnou teplotu, opožděnou menstruaci a jiné, které by mohly lékaře utvrdit v diagnóze (4, 12, 20, 22, 27).

1.5.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření je neměnnou složkou vyšetření pacienta. Rozděluje se na pohled, poklep, pohmat, poslech. Fyzikální vyšetření provádí lékař za asistence sestry nebo sama sestra v rámci ošetrovatelského procesu. Sestra zejména objektivně hodnotí pacienta, všímá si celkového vzhledu pacienta, úpravy zevnějšku, stavu kůže a sliznic,

schopnosti sebezpečí. Vždy je však nutné zachovat spolupráci mezi lékařem a sestrou. Při vyšetření břicha se pacient vyšetřuje obnažený od krku po třísla včetně.

Při vyšetření břicha se pacient ukládá do polohy na zádech s pokrčenými dolními končetinami, hlava se mírně podloží. Horní končetiny se mu uloží podél těla. Sestra aktivně pomůže pacientovi zaujmout žádanou polohu. Na vyšetření si lékař vyhradí potřebný čas, vyšetřuje v klidu, šetrně.

Pohled (aspekce) je základní. Již v prvním kontaktu s pacientem si sestra či lékař pomocí aspekce všimá polohy pacienta, výrazu tváře atd. Úroveň břicha lékař vyšetřuje v horizontu svého pohledu, tudíž je dobré, aby při vyšetření na nízkých lůžkách byla přistavena lékařovi židle. Lékař, popřípadě pověřená sestra zaznamenává dechové vlny, jež se zpomalují či mizí u zánětlivých náhlých příhod břišních. Všimá si koloritu kůže a sliznic, zejména ikteru, cyanózy, hyper nebo hypopigmentace, dále tvaru břicha, jizev po předchozích operacích. U kachektických pacientů jsou patrné střevní kličky, jež vystupují na povrch břicha. Dále se sledují, zda nejsou přítomny hematomy, exkoriace či rány ve stěně břišní.

Poklepem (perkuse) vyšetřující hodnotí dvě kvality, a to změny akustické a pokleповě vyvolanou bolestivost. Poklep při hodnocení bolestivosti se provádí na určených místech například na čáře střední, medioklavikulární, axilární nebo paprscitě směrem k pupku. Vysoký bubínkový tón při poklepu je patrný nad střevní kličkou roztaženou plynem, zatímco temný zvuk je patrný nad parenchymatózním orgánem, nádorem. Bolest při poklepu značí podráždění pobřišnice (12, 20, 22).

Pohmat (palpace) se provádí systematicky nikoliv chaoticky bez řádu. Provádíme ho jemně, pomocí bříšek prstů klouzavými pohyby po stěně břišní, nikdy se do stěny břišní nedloube špičkami prstů. Ruce by měly být teplé, neboť studená ruka vede k reflexnímu svalovému stažení. Pomocí pohmatu se hodnotí bolest a vlastní pohmatový nález, který se porovnává s fyziologickou situací. Postupuje se po jednotlivých břišních kvadrantech, postižená část je poslední. Sleduje se zvětšování mízních uzlin na typických místech v tříslech, pupku, axilách a v okolí klíční kosti.

Poslech (auskultace) je prováděn též systematicky po kvadrantech břišní stěny. K vyšetření lékař používá fonendoskop či stetoskop. U zdravého jedince je poslech

slyšitelný, klidný, tichý, je patrný nepravidelný pohyb střevních kliček. U patologického nálezu je patrné vymizení zvuků střevní peristaltiky, tzv. mrtvé ticho nebo jejich pravidelnost, šplíchání či přelévání obsahu z místa na místo.

Důležitou součástí diagnostiky je vyšetření per rectum. Jeho neprovedení je mnohdy hodnoceno jako postup non lege artis. Sestra připraví pomůcky jako emitní misku, vazelínu či mesokain gel, gumové rukavice, buničinu. Pomůže pacientovi zaujmout nejčastěji polohu na boku s pokrčenými dolními končetinami. Lékař si nanese potřebné množství vazelíny na prst, zavede ho do konečníku pacienta a zhodnotí stav ampuly, tonus svěrače, hmatné rezistence, příměsi obsahu stolice, který ulpí na prstě. Krvácení svědčí pro krvácení z dolní (čerstvá krev) nebo horní pasáže gastrointestinálního traktu (natrávená krev-melena), zánětech, nádorech. Bolestivost při vyšetření může upozornit na probíhající záněty v malé pánvi (2, 12, 20, 22).

1.5.3 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření je nedílnou součástí diagnostiky všech onemocnění. U náhlých příhod břišních se zejména zaměřuje na znalost krevní skupiny pacienta, hodnoty krevního obrazu, koagulačních faktorů, biochemického screeningu. Hodnotí se krev, moč, popřípadě punktáty z abscesů, stolice. V biochemickém screeningu se pozornost zaměří na hodnoty minerálů, glykémie, amyláz v séru, ale také v moči, hodnoty CRP, lipáz a bilirubinu. Popřípadě se vyšetří hodnoty krevních plynů, tzv. vyšetření acidobasické rovnováhy (ASTRUP). Moč se vyšetřuje na močový sediment. Sestra dbá na správný aseptický odběr biologického materiálu od pacienta, používá všechny ochranné pomůcky. Zajistí správný a neodkladný transport materiálu do laboratoře, zajistí správnost žádanek. V urgentní péči se vyšetřuje materiál statimově (11, 20, 22, 27).

1.5.4 Zobrazovací vyšetřovací metody

Zobrazovací vyšetřovací metody jsou nezbytné ke stanovení správného postupu léčby u náhlých příhod břišních. Zvolené vyšetření by mělo brát ohled na celkový stav pacienta, schopnost spolupráce, časovou náročnost. Nemělo by zhoršit pacientův stav, pouze dopomoci ke správné diagnóze.

U pacientů s podezřením na náhlou příhodu břišní se používají tyto metody.

Nativní snímek břicha, který se provádí v poloze na boku nebo vestoje. Toto vyšetření zobrazí volný plyn v dutině břišní, hladinky ve střevech, rozpětí střev plynem. Dopomůže prokázat přítomnost kontrastních žlučových či močových konkrémentů a také může prokázat patologické zvětšení či uložení parenchymatózních orgánů.

Ultrasonografické vyšetření je neinvazivní vyšetření, které je k pacientovi šetrné a bezpečné. Patří mezi základní vyšetření při akutní břišní příhodě. Vyšetření je na všech chirurgických pracovištích dostupné, jeho výhodou je malá finanční nákladnost. Vyšetření se provádí bez nutnosti speciální přípravy pacienta. Pomocí něj se získá přehled o uložení a velikosti parenchymatózních orgánů, velkých cév, biliárního a uropoetického traktu. Vyšetření je problematické při nespolupráci pacienta, přítomností většího množství plynu ve střevních kličkách, obezitou či malou zkušeností vyšetřujícího.

Výpočetní tomografie (CT) není běžnou vyšetřovací metodou u náhlých příhod břišních, přestože má kvalitnější výsledky než ultrasonografie. Ne všechna pracoviště jsou vybavena CT přístrojem. Zobrazuje vyšetřovanou část jako sadu tenkých příčných vrstev. Vyšetření lze provádět bez kontrastní látky nebo s podáním kontrastní látky perorálně nebo intarvenózně.

Mezi speciální vyšetřovací metody patří:

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP) je chápána jako metoda terapeutická i diagnostická. Nejčastěji se užívá při obstrukci žlučových a pankreatických cest, kdy se pomocí flexibilního fibroskopu a kontrastní látky naleznou místo obstrukce. Při vyšetření lze konkrément extrahovat nebo zúžené místo pomocí stentu rozšířit.

Perkutánní transhepatická cholangiografie (PTC) se využívá, pokud ERCP nebylo úspěšné. Jde o aplikaci jódové kontrastní vstřebatelné látky do intarhepatických žlučovodů perkutánní punkcí. Podobně jako u ERCP lze zúžené cesty dilatovat, lze odstranit konkrément, zavést stent.

Angiografické vyšetření se využívá zejména při podezření na uzávěr mezenterických cév, lze pomocí něj lokalizovat místo léze. Při vyšetření lze provádět

terapeutické výkony jako stavění profuzního krvácení embolizačními technikami, angioplastiku pomocí balónkového katétru a další.

Magnetická rezonance se v diagnostice náhlých příhod břišních téměř nevyužívá pro svou nedostupnost a časovou náročnost. Využívá se při podezření na disekující aneurysma aorty. Nezatěžuje pacienta ionizujícím zářením.

Role sestry při vyšetřeních pacienta spočívá především v jeho přípravě na vyšetření. Nutná je znalost postupu vyšetření, jeho kontraindikace a přípravy. Zejména u kontrastních vyšetření se dbá na znalost osobní anamnézy klienta, ze které lze zjistit, zda pacient netrpí alergií na kontrastní přípravek. Dbá se na správnost postupů při přípravě pacienta, správnost dokumentace (žádanky, chorobopis), bezpečný transport (11,13, 20, 22).

1.5.5 Nejčastější chyby a omyly v diagnostice náhlých příhod břišních

Náhlé příhody břišní jsou nejčastější onemocnění s potřebou chirurgické intervence, přesto dochází k závažným chybám, které ohrožují pacienta na životě. Mezi závažné chyby patří zejména bagatelizace projevů onemocnění samotným pacientem, kdy pacient nevyhledá včas odbornou pomoc jak u praktického lékaře, tak lékaře specialisty. Odkládá nutnou hospitalizaci a na příslušné pracoviště se dostává již v závažném stavu. Ze strany lékaře může dojít k pochybení stanovením chybné diagnózy, kdy dochází k podcenění důležitých skutečností, které pacient popsal v anamnéze. Také nezkušenost lékaře s příslušnými diagnostickými metodami, nasazení léčebných opatření, které mohou zkreslit závažnost stavu (podání antibiotik, analgetik), dlouhé vyšetřování pacienta.

K chybám a omylům by nemělo docházet, proto by se měla snažit zdravotnická i laická veřejnost jim předcházet (2, 20, 22).

1.6 Léčba náhlých příhod břišních

Obecně lze léčbu náhlých příhod břišních rozdělit na konzervativní a chirurgickou. Obě složky nelze od sebe oddělit, protože se v léčbě nejčastěji vyskytuje kombinace obojí. Každá z náhlých příhod břišních má svou specifickou léčbu, která je uvedena výše. Obecně má léčba náhlých příhod břišních tyto zásady. Pro včasné

rozpoznání a včasnou léčbu náhlých příhod břišních je nutná hospitalizace, která zahrnuje pravidelné sledování pacienta. Pacienta by měl mít v péči zkušený chirurg, který by měl vést léčbu. Před konečným stanovením postupu léčby se upravuje pacientovi vnitřní prostředí infuzní terapií, tiší se mu bolest slabšími analgetiky, aby nezastřely příznaky onemocnění, provádí se antibiotická profylaxe.

1.6.1 Konzervativní léčba náhlých příhod břišních

Konzervativní léčba náhlých příhod břišních spočívá právě ve sledování pacienta, dietních opatřeních, podávání medikamentů. Operační výkon je indikován při komplikacích onemocnění.

1.6.2 Chirurgická léčba náhlých příhod břišních

Chirurgická léčba se vyžaduje u urgentních či akutních případů, kdy operace je život zachraňujícím výkonem. Jako preventivní se využívá u náhlých příhod břišních, které jsou ztíženy komplikacemi. Pacienty s indikací k chirurgickému řešení je možno rozdělit do dvou skupin a to na pacienty, u kterých je jasně stanovena diagnóza před operací a na pacienty, u kterých není zřejmé, o kterou náhlou příhodu břišní jde.

Operační přístupy se u obou skupin liší, u pacientů s jasnou indikací se volí operační přístup přímo na místo vniku náhlé příhody břišní. U pacientů bez jasné indikace se volí takový přístup, aby šlo revidovat celou dutinu břišní (13, 20, 22).

1.7 Ošetrovatelská péče u klienta s náhlou příhodou břišní

Ošetrovatelská péče u pacienta s náhlou příhodou břišní zahrnuje všechny ošetrovatelské úkony, jež sestra provede od přijetí po propuštění pacienta. Největší část poskytnuté ošetrovatelské péče u náhlých příhod břišních však představuje předoperační a pooperační péče.

1.7.1 Předoperační příprava

Předoperační příprava lze rozdělovat z více hledisek. Většinou se předoperační příprava řídí dle operačního výkonu, který je plánovaný, urgentní (u náhlých příhod břišních), anebo z vitální indikace. Předoperační příprava se samostatně rozděluje na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední (14, 17, 24).

Dlouhodobá předoperační příprava se provádí především u plánovaných chirurgických výkonů. Zahrnuje interní vyšetření, na které je kladen důraz, aby nebylo starší 14 dnů. Interní vyšetření provádí praktický lékař, internista, popřípadě pediatr. Interní vyšetření zahrnuje fyzikální vyšetření, EKG, laboratorní vyšetření krve a moči, RTG srdce a plic. Pečlivé celkové předoperační vyšetření zabraňuje řadě pooperačních komplikací (16, 17, 24).

Krátkodobá předoperační příprava je časově vymezena na 24 hodin před operací. Provádí se fyzická příprava, do níž řadíme péči o výživu a tekutiny, kdy sestra poučí pacienta o nutnosti lačnění. Lačnění se doporučuje alespoň 6-8 hodin před výkonem. U pacientů s poruchou výživy nebo s disbalancí tekutin, jsou tekutiny hrazeny infuzní terapií. Péče o vylučování klade důraz na spontánní vyprázdnění močového měchýře těsně před operací. Dle druhu operace a ordinace lékaře se v den operace zavádí močový katétr. Tlusté střevo se vyprazdňuje také dle druhu operace a pokynů lékaře. Provádí se očistné klyzma nebo se podává vyprazdňovací roztok.

Sestra dbá na hygienu pacienta, odstraní lak z nehtů, doporučí klientkám, aby se odličily. Dbá na dezinfekci pupku a oholení operačního pole. Zkontroluje, zda pacient nemá protézu v ústech, popřípadě ji uschová. Cennosti na požádání pacienta uschová do trezoru. Na noc před operací povětšinou indikuje anesteziolog léky na uklidnění pro lepší spánek a odpočinek. Sestra aktivně vyhledá potřeby pacienta, pomůže mu splnit dle možností spánkové rituály a vyvětrá mu pokoj. Odpočinek před operací pomáhá snížit stres z výkonu.

V rámci krátkodobé předoperační přípravy se provádí i anesteziologická příprava, kdy anesteziolog vyšetří pacienta a informuje ho o druhu anestésie. Zváží rizika anestésie (ASA I-V.) a zapíše ordinace. Pacient musí být řádně poučen a musí podepsat souhlas s anestézií.

Sestra i lékař nesmí opomenout psychickou přípravu pacienta na výkon. Snaží se minimalizovat strach z výkonu, ale nesmí výkon bagatelizovat (3, 17, 24).

Bezprostřední předoperační příprava je časově omezena na 2 hodiny před výkonem, kdy sestra kontroluje u pacienta všechny provedené ordinace, provádí kontrolu operačního pole, zajistí úschovu cenností, provádí prevenci trombembolické

nemoci dle ordinace lékaře, zajistí provedení speciálních ordinací chirurga týkajících se výkonu (zavedení permanentního močového katétru, žaludeční sondy, venózního vstupu), plní ordinace anesteziologa (premedikace, doplňující laboratorní vyšetření).

Zvláštní předoperační přípravu mají pacienti, kteří jsou indikováni k urgentnímu výkonu. Mezi urgentní výkony lze řadit i náhlé příhody břišní. Zde se riziko pooperačních komplikací zvyšuje v důsledku nedostatku času, omezené možnosti sběru anamnézy pro stav pacienta, kdy trpí bolestmi, není schopen komunikovat. Sestra je tak vystavena při své činnosti těmto negativním vlivům. To může vést z jejího pohledu k problémům s plněním ošetrovatelské péče a ke snížení kvality provedené ošetrovatelské péče. Samotná příprava se omezí na odběr biologického materiálu, kdy se hodnotí především krevní obraz, krevní skupina a Rh faktor, biochemické vyšetření krve a moči a koagulační vyšetření. Hygienická péče je omezena na odstranění nečistot, sestra zajistí oholení operačního pole a řádnou dezinfekci pupku, vyjme zubní protézu, sejme šperky, které zdokumentuje a uschová. „Koupel je kontraindikována (17, s. 36).“ Po domluvě s lékařem zavede žaludeční sondu a odsaje žaludeční obsah, aby zajistila vyprázdnění žaludku. Zavede permanentní močový katétr, zajistí žilní vstup, kdy bude dbát na aseptické podmínky zavedení. „Očistné klyzma je kontraindikováno (17, s. 36).“ Sestra nezapomene provést prevenci trombembolické nemoci pomocí zabandážování dolních končetin a aplikováním nízkomolekulárního heparinu dle ordinace lékaře. Sestra splní všechny ordinace a provede řádný zápis do dokumentace. Je nutné dbát na přidružená onemocnění pacienta, která by mohla vést k rozvoji pooperačních komplikací (17, 24).

1.7.2 Pooperační péče

Pooperační péči u pacientů lze dělit na bezprostřední, intermediální a období rekonvalescence.

V bezprostřední pooperační péči je pacient převezen na dospávací pokoj nebo v případě velkých výkonů či urgentních operací je pacient převezen na JIP. Zde je kladen důraz na monitoraci fyziologických funkcí, jako jsou pulz, krevní tlak, dech, SpO₂. Měří se v intervalech 15-30 minut dle zvyklosti oddělení v rozpětí 3-4 hodin. I přes monitoraci je nutné, aby pacienta pozorovala zkušená sestra. Hodnotí se odpad

z nasogastrické sondy, drénů. Důraz je kladen na močení, kdy se pacient sám spontánně vymočí do šesti až osmi hodin po operaci nebo pokud má zaveden permanentní močový katétr, tak se sleduje hodinová diuréza, kdy optimální množství je 0,5-1,5 ml/kg hmotnosti/ 1 h. Sestra kontroluje u pacienta odchod plynů a stolice, což je známkou navrácení střevní peristaltiky. Provádí zvláštní péči o dutinu ústní, aby zabránila osychání sliznic a tvorbě zánětlivých procesů v ústech.

Sestra hodnotí pacientovu bolest, informuje lékaře. Pooperační bolest musí být tlumena. Používají se silná analgetika, analgetika opiátového typu, která se podávají intermitentně nebo kontinuálně. Příjem tekutin se zajistí infuzní terapií.

Intermediální péče probíhá již na standardním lůžkovém oddělení a zahrnuje sledování komplikací, bolesti a saturaci základních i vyšších potřeb pacienta. Dbá se na mobilizaci pacienta, posazování na lůžku, polohování nemohoucích pacientů, cvičení. Tím se zabrání rozvoji tromboembolické nemoci.

Fáze časná rekonvalescence je zaměřena na prevenci pooperačních komplikací. Pacient nabývá sil, uzdravuje se a na konci rekonvalescence je schopen navrátit se do pracovního procesu (17, 24).

1.8 Bolest

Bolest patří mezi subjektivní příznaky, funguje jako obranný mechanismus našeho těla, upozorňuje nás na poranění či nemoc. V případě náhlých příhod břišních bývá až bolest signálem pro pacienty vyhledat odbornou pomoc.

1.8.1 Druhy bolesti u náhlých příhod břišních

Bolest je nejvýraznějším příznakem u pacientů s náhlou příhodou břišní. Lze ji obecně dělit na bolest akutní, bolest nenádorovou chronickou a bolest nádorovou.

Pro náhlé příhody břišní je typická bolest akutní, která přichází náhle z pocitu plného zdraví, je charakteristická pro akutní onemocnění, úrazy, popáleniny, stavy po operacích. Trvá několik dní až několik týdnů do hranice přechodu v chronickou bolest. Akutní bolest způsobí obranný reflex, pacienti se začnou potit, zrychlí se dech, pulz, zvýší se krevní tlak. Akutní bolest lze rozdělit na stálou, intermitentní nebo kombinaci

obojí. Při komunikaci s pacientem s akutní bolestí je důležité si uvědomit, že jeho emoce jsou zvýšeny. Bude popisovat bolest jinak než pacient s chronickou bolestí.

Pro náhlé příhody břišní je typická viscerální bolest, která vzniká v orgánech bez dráždění pobřišnice. Je nepřesně lokalizovatelná, často bývá kolikovitá (intermitentní, ve vlnách). Nutí pacienta vyhledávat úlevové polohy. Provází nejčastěji ileózní stavy.

Druhou typickou bolestí pro náhlé příhody břišní je somatická bolest, která vzniká drážděním nástěnné pobřišnice. Provází nejčastěji záněty. Je přesně lokalizovatelná, zhoršuje se mírným pohybem jako je kýchnutí či kašel, změna polohy na lůžku a jiné.

V průběhu nemoci se bolesti mohou navzájem prolínat, měnit se jedna v druhou (6, 22).

1.8.2 Hodnocení bolesti

Není jednoduché vyšetřit bolest pacienta, jelikož se jedná o subjektivní stav. Přesto je nutné bolest zjistit a účinně zmírnit. Měli bychom se zaměřit na vnímání bolesti samotným pacientem. Každý jedinec má odlišný práh bolesti, toleranci k bolesti a způsob jejího vyjadřování.

Mezi účinné nástroje na hodnocení bolesti patří různorodé škály, pomocí níž pacient přiblíží svou bolest. Tak je tomu i u akutních onemocnění, kam se náhlé příhody břišní řadí. Oproti klasickému rozhovoru, kdy je snaha verbálně od pacienta zjistit charakter, hloubku a intenzitu bolesti, jsou škály velmi jednoduché, zaberou méně času a nevysilují tak pacienta s akutní bolestí. Pomocí nich lze správně intervenovat bolest a účinně ji léčit. Pro výběr vhodné škály se musí vzít v potaz věk pacienta, jeho mentální úroveň, zrak a zdravotní stav, v němž se nachází. Nejčastěji se používají Obličejová škála hodnotící intenzitu bolesti, jenž se nejčastěji používá u pediatrických pacientů. (viz Příloha 3). Dále Vizuelní analogová škála (VAS), která je v nemocnicích nejvíce rozšířena. Jedná se o horizontální čáru, která je dlouhá deset centimetrů a každý centimetr představuje stupeň intenzity bolesti, kdy nula je žádná bolest a deset je intenzivní, nejhorší možná bolest (viz Příloha 3) (5, 6).

1.8.3 Bolest jako ošetrovatelský problém

Bolest je příznak, se kterým se v praxi lze setkat dnes a denně. Pacienti vkládají do rukou zdravotníků důvěru, že je bolesti zbaví nebo alespoň jejich bolesti zmírní. Sestry, které jsou s pacientem nejvíce v kontaktu, by měly být vzdělané v této oblasti. Současné vzdělávání se touto problematikou zabývá. Sestra ve své praxi pracuje s ošetrovatelskými diagnózami, které jsou nedílnou součástí ošetrovatelského procesu.

V taxonomii ošetrovatelských diagnóz dle NANDA domén má bolest nezastupitelné místo. Je zařazena do domény komfortu, která přímo souvisí s tělesnou, psychickou a sociální pohodou. Sestra s bolestí pacienta pracuje, hodnotí ji, lokalizuje. Provádí záznam o bolesti, který dále rozvíjí a hodnotí, zda léčba bolesti je účinná či ne. Sestra i ostatní zdravotnický personál nesmí opomenout fakt, že pacient nevyjadřuje bolest pouze verbálně, ale že používá i nonverbální projevy jako je například změna polohy, bolestivá grimasa, zatajování dechu, hyperventilace a další. Pacienti s náhlou příhodou břišní vyjadřují svou bolest spíše nonverbálními projevy. Sestra by proto měla být k těmto projevům vnímavá a pomocí nich si tak vytvořit vlastní obraz o pacientově bolesti. Spolu s pacientem se sestra zapojuje do její léčby. Spolupracuje s lékařem, plní jeho ordinace. Snaží se zaměstnat pacienta dle možností, pomáhá mu nalézat úlevové polohy, nabízí alternativní řešení k úlevě od bolesti, jako jsou obklady, koupel, zábaly. Aktivně se snaží vyhledávat pacientovi potřeby. Neodmítá pacienta vyslechnout, respektuje individuální citlivost pacienta k bolesti. Chová se k pacientovi vstřícně, přistupuje k němu šetrně s empatií (5, 6, 9).

1.9 Komunikace sestry s klientem s náhlou příhodou břišní a jeho rodinou

Komunikace je pro zdravotnický personál nezbytným nástrojem pro uspokojování potřeb pacienta a k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Je nezbytné si uvědomit, že pobyt v nemocnici je pro pacienta negativním zážitkem, přináší mnohé změny v jeho životě v oblasti sociální, tělesné i psychické. V sociální oblasti naruší pacientovi zastávání životních rolí. Akutní onemocnění, které vznikne náhle, nedá pacientovi prostor se na tuto změnu připravit. Bývá však samotným pacientem i jeho okolím lépe snášeno než onemocnění chronické. Změna není časově

náročná a pacient je po rekonvalescenci schopen plně zastat své dřívější role. Tak to však není u chronického onemocnění, kdy změna je dlouhodobější a pacient není většinou schopen zastat své dřívější role v plném rozsahu. Okolí není tak trpělivé a přizpůsobivé jako u onemocnění akutního.

Tělesné změny omezují pacienta v plnění základních i vyšších potřeb, často i znemožňují komunikaci s okolím. Je vhodné nalézt jiné možnosti komunikace a pomoci pacientovi si je osvojit.

Psychické změny souvisí s přijetím nemoci, s vlastním sebepojetím, dlouhodobou zátěží, frustrací. Pacienta nejvíce ovlivňují emoce, které jsou převážně negativní, jako je strach, úzkost, pláč, hněv. Emoce často znamenají překážku v komunikaci, vyvolávají rozpaky i nepochopení.

Komunikace pacienta s náhlou příhodou břišní a sestry bývá složitá. Sestra zastupuje roli prostředníka mezi lékařem a pacientem. Pacient však sestru chápe spíše jako pomocníka lékaře, tedy někoho, kdo je plně informován o jeho zdravotním stavu. Zde nastávají překážky v komunikaci, nedorozumění, nepochopení rolí ze strany sestry i pacienta.

Komunikace má dvě složky verbální, tedy slovní a nonverbální, komunikaci mimoslovní. Mimoslovní komunikací je předáváno až 90% informací. Do mimoslovní komunikace se zařazuje mimika (řeč svalů tváře), proxemika (vzdálenost mezi lidmi při komunikaci), haptika (dotyk), posturika (držení těla), gestikulace (spontánní pohyb částí těla), paralingvistika (hlas- jeho tón, rychlost a intonace). Dále sem lze zařadit celkový vzhled a úpravu zevnějšku.

Sestra by měla dbát na svou mimoslovní komunikaci. Přátelským úsměvem, správným držením těla, zachováním vzdáleností při kontaktu s pacientem a správnou artikulací lze předejít mnoha nedorozuměním v komunikaci. Pacient tak rychleji naváže se sestrou přátelský vztah a je schopen důvěřovat.

Verbální komunikace je důležitá pro sběr informací o stavu pacienta. U pacientů s náhlou příhodou břišní je většinou tato komunikace pro závažný stav onemocnění narušena. Mezi sestrou a pacientem musí být splněny podmínky pro správnou výměnu informací pomocí verbální komunikace. Mezi ně patří snaha o komunikaci, obě strany

musejí chtít komunikovat, dále musejí obě strany umět komunikovat. U obou bývá převážně překážka na straně sestry, kdy sestra nemá dostatek zkušeností a komunikaci s pacientem nevyhledává. V neposlední řadě musí mít obě strany možnost komunikovat. Zde jsou problémy zejména v bariéře jazykové, smyslové nebo mechanické, kdy má pacient např. zajištěné dýchací cesty.

Na jednotkách intenzivní péče, kam se mnozí pacienti s náhlou příhodou břišní dostávají, je komunikace obtížnější pro závažnost pacientova stavu. Tito pacienti pro sestru představují specifickou skupinu. Komunikace vychází spíše pasivně ze strany sestry, zejména u pacientů v bezvědomí. Komunikace je bez zpětné vazby.

Častým problémem pacientů na jednotkách intenzivní péče je ztráta orientace a zmatenost. Pacienti nevědí, kde se nachází, proč a za jakým účelem zde jsou. Sestra má pak za úkol opakovaně pacienta uklidnit a vysvětlit mu, kde se nachází (5, 25, 26, 28).

Sestry jsou ve své profesi vystavovány stresu. Stres je zátěž, která je na jedince vystavována a vyžaduje mobilizaci všech jeho sil. Vyvolává ztrátu chuti k pracovní činnosti, nespokojenost se svým okolím i se sebou. Dochází pak k syndromu vyhoření, který je velice častý pro pomáhající profese. Dlouhodobý stres zhoršuje i vztahy na pracovišti, vede ke konfliktům v pracovním týmu. Na vztazích je nutné dlouhodobě pracovat, uvědomit si, že v konfliktu není chyba jen na jedné straně. Naučit se přijímat objektivní kritiku a vytvářet sebereflexi pro své jednání a chování.

Rodina je nedílnou součástí pacientova života. Reaguje na nemoc svého člena, podílí se na péči o něj a psychicky jej podporuje. Pro zdravotníky je nezaměnitelným zdrojem informací, zejména pokud se jedná o pacienta s akutním onemocněním, jako jsou náhlé příhody břišní či pokud se jedná o dětského pacienta. Sestra by měla rodinu správně edukovat o léčebném režimu pacienta, o variantách ošetrovatelské péče v domácím prostředí, zodpovědět všechny dotazy v rámci jejích kompetencí. Sestra by měla pozitivně působit jak na pacienta, tak na jeho rodinu, vytvořit si s nimi vztah důvěry. Důvěra pak napomáhá plně začlenit rodinu do ošetrovatelského týmu.

Obecně by tedy měla sestra znát zvláštnosti v komunikaci u specifických skupin pacientů. Měla by mít snahu s pacientem a jeho rodinou spolupracovat a získané informace dále adekvátně předávat (5, 7, 15, 25, 28).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

1. Zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s náhlou příhodou břišní.
2. Zjistit rozdíly v komunikaci s pacienty s náhlou příhodou břišní (akutní onemocnění) a s pacienty s plánovaným chirurgickým výkonem.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká specifika v ošetrovatelské péči se vyskytují u pacientů s náhlou příhodou břišní?
2. Jaké jsou rozdíly v předoperační přípravě u pacientů s náhlou příhodou břišní a u pacientů s plánovaným chirurgickým výkonem?
3. Jsou rozdíly v komunikaci u nemocných s náhlou příhodou břišní a u pacientů s plánovaným chirurgickým výkonem?
4. Je ovlivněna kvalita poskytované ošetrovatelské péče v souvislosti s akutním stavem pacienta?

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

Bylo zvoleno kvalitativní šetření technikou individuálního standardizovaného rozhovoru a pozorování (Příloha 1, 2). Výzkumné šetření bylo provedeno na odděleních vybraného zdravotnického zařízení v plzeňském kraji.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem třináct sester. Šest sester ze standardního chirurgického oddělení a sedm sester z multioborové JIP. Z jednotky intenzivní péče bylo pět z nich osloveno k rozhovoru, dvě byly pozorovány. Ze standardního oddělení bylo pět sester osloveno k rozhovoru a jedna pozorována. Šetření proběhlo v měsíci únoru a březnu 2011 na odděleních vybraného zdravotnického zařízení v plzeňském kraji. Rozhovory s oslovenými respondenty probíhaly jednotlivě, kdy respondenti odpovídali na předem připravené otázky. Forma pozorování proběhla při denní směně, kdy byly sestry pozorovány při příjmu pacienta s náhlou příhodou břišní. Činnosti, které byly sledovány, byly zapisovány do předem připraveného archu (Příloha 2).

4 VÝSLEDKY

4.1 *Kazuistiky*

4.1.1 *Respondent 1*

Mezi osobami, které jsem oslovila k rozhovoru, byla i moje první respondentka, sestra zastávající funkční pozici staniční sestry na multioborové JIP. Respondentce je mezi 40-50 lety, vystudovala střední zdravotnickou školu a následně nastoupila do zaměstnání. Její praxe již přesahuje 25 let. Nejprve pracovala 11 let na chirurgickém oddělení, poté nastoupila na chirurgickou JIP, z které po přestavbě nemocnice přestoupila na multioborovou JIP. Zde pracovala několik let na pozici směnné sestry a nyní zastává funkci staniční sestry. V průběhu svého působení na JIP si dodělala specializační studium ARO/JIP. Podle jejích slov bylo pro ni studium velkým přínosem, i když v omezených podmínkách, které nemocnice má, nemůže všechny své znalosti uplatnit. Rozhovoru, který proběhl v přátelské atmosféře, se zúčastnila velmi ochotně.

S pacienty s náhlými příhodami břišními se setkala ve své praxi již mnohokrát. Náhlé příhody břišní by definovala jako náhle vzniklý stav, který ohrožuje pacienta na životě. „Rozhodně musí být péče pacientovi poskytnuta neodkladně,“ dodává. Pacienta s náhlou příhodou břišní charakterizuje jako neklidného, úzkostného. „Stále si připomínám, že pacient v tomto stavu se tak chová proto, že je vyděšený a má strach,“ doplňuje obraz psychického stavu, v němž se pacient nachází. Dále se zaměřuje nejvíce na bolest pacienta, kdy jak podotýká, je právě bolest největším problémem pacientů s náhlou příhodou břišní a taky je to hlavní důvod, proč vyhledají odbornou pomoc. „Někdy je i pozdě“, smutně dodává. Pak se takoví pacienti právě dostávají na pracoviště intenzivní péče, kde respondentka pracuje.

Na otázku, jaké ošetrovatelské činnosti u pacientů provádí, se široce rozpovídá. Nejdůležitější dle jejích slov je pacienta uložit na lůžko a začít mu monitorovat životní funkce. Poté se zajistí žilní vstup kanylací periferní nebo centrální žíly. Pokud je pacient indikován k operaci, zaměřuje se na předoperační přípravu a plní další ordinace lékaře. Základní předoperační příprava je u všech výkonů stejná. Jedná se o přípravu operačního pole, monitoraci fyziologických funkcí. Specifikum shledává v rychlosti provedení daných intervencí a v čase, který je na přípravu stanoven. „U náhlých příhod

břišních je předoperační příprava omezena na minuty,“doplňuje. Myslí si, že v předoperační přípravě bývá nejvíce opomíjeno předání informací pacientovi. Jedná se o informace o výkonu, vysvětlení předoperační, mezioperační a pooperační péče. Není čas pacienta uklidnit, dodat mu odvahy a podat mu kvalitní informace.

Je přesvědčena, že ve většině případů plní všechna specifika kladená na péči o pacienty s náhlou příhodou břišní. Jen pokud je tlačena časem, tak sama přiznává, že některé věci opomíjí, jako například již zmíněné podání informací pacientovi.

K péči o pacienty s náhlou příhodou břišní a nejen o ně, patří jako nedílná součást komunikační dovednost zdravotnického pracovníka. I ona má své komunikační bariéry. Největší pro ni představuje komunikace s cizinci, kdy se potýká s jazykovou bariérou. Pak má problémy komunikovat s nespolupracujícími pacienty, kteří jsou například pod vlivem alkoholu nebo drog. „Takoví pacienti jsou často hodně neklidní, až nezvladatelní,“ dodává. I s těmito případy se poměrně často na pracovišti setkává.

Nad otázkou, zda má čas poskytnout pacientovi při akutním příjmu všechny potřebné informace, se smutně pousměje: „Ráda bych mu je všechny předala i se více věnovala problémům, které ho trápí. Ale kde nalézt čas?“

4.1.2 Respondent 2

Respondentce je mezi 40-50 lety, vystudovala střední zdravotnickou školu. Nyní pracuje již 30. rokem. Jako absolventka začala pracovat na onkologickém oddělení, po mateřské dovolené nastoupila na interní oddělení. Před šesti lety nastoupila na multioborovou JIP, kde si při zaměstnání následně dodělala specializační studium ARO/JIP, které úspěšně zakončila v loňském roce.

S pacienty s náhlou příhodou břišní se setkala ve své praxi mnohokrát. Tento pojem jí rozhodně není neznámý, a proto jej charakterizuje jako náhle vzniklé příhody v oblasti břišních orgánů vedoucí zpravidla k operačnímu řešení. Pacient je v tomto stavu dle jejích slov schváčený bolestmi, zvrací, je neklidný. Charakteristická pro tento stav je porucha peristaltiky.

„Jaké činnosti provádím při příjmu pacienta s náhlou příhodou břišní?“ Ujišťuje se v otázce, kterou následně detailně odpoví. Uloží pacienta na lůžko, snaží se s ním,

pokud to lze, co nejšetrněji manipulovat. Provede monitoraci životních funkcí u pacienta, zajistí mu žilní vstup a při té příležitosti odebere biologický materiál na statimové vyšetření. „U náhlých příhod břišních se standardně zavádí nasogastrická sonda a sleduje se odpad, který odvádí,“ dodává. Přísně je zakázán příjem tekutin per os. Dále se zaměřuje na opakovanou kontrolu životních funkcí a snaží se o psychickou podporu pacienta.

Předoperační příprava zahrnuje dle jejích slov jen nejnnutnější základní činnosti vzhledem k nedostatku času. Provádí se urgentně předoperační vyšetření a to anesteziologické, interní a laboratorní. Klade se důraz na rychlé a přesné provedení ošetrovatelských intervencí. „Jelikož jde o akutní stav, dává se mu v operačním plánu přednost před výkony plánovanými.“ Myslí si, že nejvíce je v předoperační přípravě opomíjena psychická podpora pacienta, celkově psychická příprava k operaci a na pooperační režim.

Pokud má dostatek času, plní všechna specifika kladená na péči o pacienty s náhlou příhodou břišní. Jinak je přesvědčena, že s nedostatkem času se snižuje i kvalita jí provedených intervencí. Největší překážku, která jí brání provádět intervence kvalitně, vidí v nedostatku času.

Pro ni osobně představuje nespolupráce či agresivita pacienta bariéru v komunikaci. V tomto případě je pro ni téměř nemožná, dochází k mnoha nepochopením v předávání informací mezi ní jako zdravotníkem a mezi pacientem. Ze své pozice zdravotnického pracovníka vidí překážku v nedostatku času na kvalitní komunikaci s pacienty, o které se stará. Má pocit, že informace, které předává, nejsou z toho důvodu plnohodnotně sděleny a pacientem pochopeny.

Pokud se nachází ve stresu vyvolaném pracovním zatížením, opomíjí informovanost pacienta. Shledává, že tím se zvyšuje riziko chybného přenosu informací a k tomu se vztahující nedůvěra pacienta. „Ale snažím se na sobě pracovat“, dodává s mírným úsměvem.

4.1.3 Respondent 3

Respondentce je mezi 21-30 roky. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Ihned po dokončení studia začala pracovat nejprve na lůžkách následné péče, poté na interním oddělení a nyní pracuje již několik let na multioborové JIP. V loňském roce zahájila specializační studium ARO/JIP.

S pacienty s náhlou příhodou břišní se již setkala. Nejvíce zkušeností o ošetrovatelské péči o pacienty s náhlou příhodou břišní získala až na multioborové JIP, kde jsou tito pacienti často ošetřováni. Náhlé příhody břišní charakterizuje jako akutní stav, který ohrožuje pacienta na životě. Pacienta s tímto onemocněním si vybaví jako úzkostlivého, neklidného. Prostě pacienta, který má velké bolesti. Dochází zde dle jejích slov i ke změně fyziologických funkcí.

O činnostech, které u pacienta s náhlou příhodou břišní provádí, se rozpovídala široce. V první řadě zajistí pacientovi všechny invazivní vstupy, které jsou požadovány. Mezi ně patří periferní žilní katétr, permanentní močový katétr či nasogastrická sonda. Po celou dobu sleduje na monitoru životní funkce pacienta. Odebírá biologický materiál na statimové vyšetření, hodnotí a sleduje pacientovu bolest. A v neposlední řadě plní všechny ostatní ordinace lékaře.

Předoperační přípravu považuje za stejnou jako u plánovaných výkonů. Jediný rozdíl vidí v tom, že je méně času a je více specifických intervencí, které se u pacienta provádí. Mezi specifické intervence řadí například zavedení nasogastrické sondy. Má pocit, že nejvíce se v předoperační přípravě opomíjí vše pacientovi řádně vysvětlit. „Pacient pak nemůže pochopit to, co se s ním děje,“ zúčastněně dodává.

Je si jistá, že plní všechna specifika, která jsou kladena na péči o pacienty s náhlou příhodou břišní. „Přeci tuhle práci dělám již 10 let“, dodává s úsměvem.

Největší problém v komunikaci s pacienty pro respondentku představuje komunikace s cizinci. Dle vlastních slov nemá dostatečné jazykové znalosti, aby se mohla s pacientem domluvit o základních věcech. I se zmatenými či konfliktními pacienty se jí komunikuje hůře.

Chtěla by mít více času na předávání informací pacientům, kteří jsou přijati akutně. Ráda by informace předávala celistvěji a srozumitelněji. Ale bohužel nemá

dostatek času ani možností, jak toho dosáhnout. Vypjaté situace, stres, který na ni v zaměstnání působí, ji negativně ovlivňuje v komunikaci s pacienty. „Někdy se i přistihnu, že v takových situacích bych jim raději nic neříkala a přeji si, aby se na nic neptali,“ smutně přiznává.

4.1.4 Respondent 4

Respondentce je mezi 21-30lety. Pracuje jako zdravotní sestra již několik let. Po střední zdravotnické škole nastoupila na chirurgické oddělení, kde pracuje dodnes. Ráda by v budoucnu pracovala na JIP. Preferuje pacienty s chirurgickou problematikou.

S pacienty s náhlou příhodou břišní se setkala jen několikrát. Většinou jsou totiž tito pacienti přijati na JIP, kde jsou připravováni na urgentní výkon. Náhlé příhody břišní by charakterizovala jako náhle vzniklé bolesti břicha, které bývají kolikovitého charakteru. „Pacient je schvácený bolestmi, je opocený. Někdy lze pozorovat zvýšenou tělesnou teplotu,“ dodává.

Považuje za rozdílnou péči o pacienta s náhlou příhodou břišní na standardním oddělení a JIP. Na jednotce intenzivní péče se monitorují všechny životní funkce. Na standardním oddělení se dle respondentky pacient uloží, zajistí se mu žilní vstup, permanentní močový katétr a změří se mu tělesná teplota. Nasogastrickou sondu standardně nezavádí, pouze dle ordinace lékaře. Respondentka dodává, že nemá zkušenosti se zaváděním nasogastrické sondy, pouze vždy při jejím zavádění asistovala.

Předoperační příprava je dle jejího mínění stejná jako u pacientů s plánovaným výkonem. Nevidí v ní rozdíly. „Každý operační výkon přece vyžaduje přípravu,“ dodává. Myslí si, že se v předoperační přípravě nejčastěji opomíjí psychická příprava pacienta. Ráda by měla více času pacienta informovat o operačním výkonu a o činnostech, které se s ním budou provádět.

Pevně doufá, že plní všechna specifika kladená na péči o pacienty s náhlou příhodou břišní. Překážku by viděla pouze v časovém prostoru. Má pocit, že je na práci s pacienty málo času. Ráda by se jim více věnovala.

V oblasti komunikace pro ni největší překážku představuje domluva s cizincem. Respondentka mluví pouze anglicky, a jak sama podotýká, v oblasti, kde žije a pracuje, se vyskytuje více německy mluvících lidí.

U akutních příjmů nemá dle vlastních slov čas předávat pacientovi informace. Činnosti provádí stereotypně a ve spěchu. Myslí si, že ji stres ovlivňuje ve vykonávání pracovních činností. Kvalita prováděných činností se snižuje, nejvíce v oblastech komunikace, zejména při podávání informací. Často se přistihne, že pokud má víc práce, provádí úkony bezmyšlenkovitě, je často na pacienty podrážděná. Ráda by v budoucnu absolvovala kurz práce se stresem nebo kurz komunikace, aby nepodlehla syndromu vyhoření jako některé její kolegyně.

4.1.5 Respondent 5

Respondentce je mezi 21-30 lety, vystudovala střední zdravotnickou školu, poté nastoupila na chirurgické oddělení, kde nyní pracuje pátým rokem. Aby si zvýšila kvalifikaci, tak individuálně vystudovala Vyšší zdravotnickou školu, obor Všeobecná sestra. Práce na chirurgickém oddělení se jí velmi líbí, v budoucnu by ráda pracovala na operačním sále jako instrumentářka. V kolektivu je velmi oblíbená, má přátelské otevřené vystupování.

S náhlými příhodami břišními se ve své praxi již setkala, ale jak dodává, má se stále co učit, aby o pacienty s náhlou příhodou břišní pečovala ze svého pohledu kvalitně. Pojem náhlá příhoda břišní by charakterizovala jako stav, který ohrožuje pacienta na životě. Je to dle jejích slov soubor onemocnění postihující orgány dutiny břišní, které vedou nejčastěji k operačnímu řešení. Pacienta s náhlou příhodou břišní by charakterizovala jako opoceného, trpícího bolestmi.

Pokud přijímá pacienta s náhlou příhodou břišní, tak se nejprve zaměřuje na zajištění žilního vstupu a odběr biologického materiálu. „Jednou se mi stalo, že jsme neměli zajištěný žilní vstup a pacient začal kolabovat. Cesta na JIP se zdála být nekonečná, nikomu bych to nepřála zažít...“, dodává. Když je pacient indikován k operaci, tak se provedou všechna vyšetření statimově, snaží se provádět intervence rychle, ale pečlivě. Většinou se pacient s náhlou příhodou břišní hned nevrací k nim na oddělení, ale je přeložen na pár dní na JIP. Proto musí ještě zajistit přemístění věci pacienta, napsat překládovou zprávu a předat pacientovi cennosti kolegyním z JIP.

V předoperační přípravě u pacientů s náhlou příhodou břišní a u pacientů s plánovaným výkonem vidí podstatný rozdíl. „U pacientů s náhlou příhodou břišní hraje roli čas, kterého moc není, zatímco u pacientů s plánovaným výkonem se dá příprava rozložit do více úseků.“ Jako specifikum předoperační přípravy by vybrala zavedení nasogastrické sondy, permanentního močového katétru a celkově krátký časový interval, který je na přípravu k operaci stanoven. Přiznává, že nejčastěji opomíjí psychickou přípravu pacienta. Má pocit, že mu nevysvětluje vše, co by třeba ona sama chtěla v tomto stavu slyšet. Také si myslí, že nesplňuje všechna specifika kladená na péči o pacienty s náhlou příhodou břišní. Největší překážku vidí ve svém vlastním strachu, že něco pokazí nebo že si něčím nebude jistá. Doufá ale, že když na sobě bude dále pracovat, tak že se to zlepší.

Komunikace s pacienty jí obecně problémy nedělá. S jazykovou bariérou se ještě nesetkala, mluví plynně anglicky i německy. Myslí si, že bariéru si tvoří spíše ona sama vlastním osobním povrchovým hodnocením pacientů. Přiznává, že pokud je jí pacient nesympatický, těžko s ním navazuje kontakt.

Ráda by měla více čas na předání informací pacientům. Dle jejího názoru to však není jen problém akutních příjmů, ale celkový. Myslí si, že ani pacientům na oddělení není předáván dostatek informací o jejich stavu, o činnostech, které se u nich budou provádět. Problém vidí v nedostatku personálu. Jako směnná sestra má zvládnout péči o 15 pacientů z celkového počtu třiceti pacientů. Často proto bývá ve stresu. Stres se pak promítne do péče, kterou poskytuje pacientům. Nejčastěji však v oblasti vzájemné komunikace. „Někdy mám pocit, že mi pacienti nedůvěřují,“ přiznává. Ráda by do budoucna na sobě začala pracovat, aby odstranila všechny překážky, které jí brání pečovat ze svého pohledu kvalitně o pacienty jak s akutním onemocněním, tak i s chronickým.

4.1.6 Respondent 6

Respondentce je mezi 51-60 lety. Je zkušená zdravotní sestra, která pracuje na chirurgickém oddělení kolem 30 let. Zažila zde spoustu organizačních změn. I když respondentka již od pohledu budí respekt, je veselé povahy a v kolektivu je velmi

oblíbená. Jejím profesním zájmem je hojení chronických ran. Proto na oddělení vykonává funkci převazové sestry. Má znalosti a zkušenosti s moderním vlhkým hojením ran, dělá jí velkou radost pozorovat, jak se léčba defektů vyvíjí. Dle jejích slov je pro ni největším uznáním její práce úsměv a poděkování od pacienta.

S náhlými příhodami břišními se za celý svůj profesní život setkala nesčetněkrát. Zažila vývoj lékařské profese a tím i změnu v postupech ošetřování pacientů s akutním onemocněním.

Náhlé příhody břišní by charakterizovala jako naprosto nevyzpytatelná onemocnění, která postihují oblast břišní dutiny. Pacienta by popsala jako naprosto ochromeného bolestmi, náhlou změnou stavu a změnou prostředí. Pacient má strach, neví, co a kde ho čeká.

Při příjmu pacienta na ošetrovací jednotku dbá nejvíce na včasné uložení pacienta na lůžko. Tvrdí, že pacient nejvíce trpí nešetrnými přesuny z místa na místo, kterým je vystavován po dobu vyšetřování a stanovení diagnózy. Po uložení na lůžko se zaměřuje na zajištění žilního vstupu, pokud již ho nemá pacient zajištěn od rychlé záchranné služby. Dále na odběr biologického materiálu, zavedení nasogastrické sondy. Jak sama říká, tak je zavedení nasogastrické sondy pro pacienta spíše úleva, protože většinou zvrací a to ho vyčerpává mnohem více než samotné zavedení. Dále měří fyziologické funkce a připravuje pacienta k operaci. Rozdíl v předoperační přípravě shledává. U náhlých příhod břišních se jedná o akutní stav, zatímco například amputace končetiny u diabetika je zákrok plánovaný. A dalším rozdílem dle jejích slov jsou všechny intervence, které popsala. V předoperační přípravě se snaží nezapomenout na psychickou podporu pacienta. Tvrdí, že největším problémem, který pacienta trápí, je jeho strach z neznámého. Proto se mu snaží popsat všechny činnosti, které u něj provádí a popsat mu pooperační režim. Tuto vlastnost se snaží vštípit i mladším kolegyním. Doufá, že po těch letech, v kterých vykonává profesi zdravotní sestry, plní všechny nároky, které jsou kladeny na péči o pacienty s náhlou příhodou břišní.

Jako každá žena, jak říká, si ráda popovídá. Jelikož pochází z malého města, tak většinu pacientů, kteří jsou v nemocnici hospitalizováni, zná osobně. Proto ji nedělá problém navazovat kontakty s pacienty a vytvořit si s nimi vztah důvěry. Problém

s komunikací má pouze u pacientů, kteří jsou většinou pod vlivem alkoholu a jsou drzí, nevladatelní. Jedná se dle jejích slov téměř o děti. S jazykovou bariérou problém nemá, a když ho má, tak se snaží domluvit tzv. „rukama nohama“ či požádá mladší kolegyni o pomoc.

Slovo stres či syndrom vyhoření jí nic neříká. Dle jejích slov nátlaku podlehne pouze ten, kdo chce. Práci si každý může zorganizovat, nemusí se zbytečně „plašit“. „To vede akorát k nekvalitní práci. Pacient pak pozná, že nevíte a to není dobré. Sestra by si měla být vždy jista tím, co dělá a jak to dělá,“ dodává. Proto pokud by byla pod nátlakem, nenechá se ve většině případů vyvést z rovnováhy. Spíše jí rozčílí problémy v kolektivu než čas, který má na poskytnutí ošetrovatelské péče pacientům.

4.1.7 Respondent 7

Respondentce je mezi 31-40 lety, vystudovala střední zdravotnickou školu. Po ukončení studia začala pracovat jako směnná sestra na oddělení následné péče, odkud po několika letech odešla na interní oddělení. Zde pracovala pět let a poté nastoupila na jednotku intenzivní péče. Během své praxe na JIP absolvovala specializační studium ARO/JIP. Práce na jednotce intenzivní péče ji naplňuje, je velmi energická, rozhodná.

S náhlými příhodami břišními se začala setkávat až zde, na jednotce intenzivní péče. Celkově chirurgičtí pacienti byli ze začátku pro ni velká neznámá. Měla pouze znalosti, které získala ve školní lavici a které nebyly prakticky podložené. Náhlé příhody břišní by charakterizovala jako onemocnění, které postihuje zdravého jedince náhle. Tento stav je ve většině případů nutno řešit operativně. Pacienta s náhlou příhodou břišní by popsala jako zvracejícího, trpícího bolestmi.

Při příjmu pacienta s náhlou příhodou břišní se zaměřuje zejména na monitoraci fyziologických funkcí, zajištění invazivních vstupů u pacienta (nasogastrická sonda, periferní žilní katétr, permanentní močový katétr, atd.) a plnění všech ordinací lékaře. Mezi ně samozřejmě patří i předoperační příprava. U ní klade důraz na včasnost vyšetření, které jsou nutné k výkonu. Asistuje lékaři při těchto vyšetřeních a podává doplňující informace o pacientovi. Přípravuje operační pole, provádí bandáže končetin jako prevence tromboembolické nemoci a v pravý čas premedikuje pacienta dle ordinace

anesteziologa a ošetřujícího lékaře. Rozdíl v předoperační přípravě u pacientů s náhlou příhodou břišní vidí v čase, který je na přípravu stanoven. U náhlých příhod břišních hraje čas dle jejích slov významnou roli. Nejvíce se v předoperační přípravě opomíjí informovanost pacienta. Má pocit, že pacient nemá všechny potřebné informace, které by měl získat. Sama však přiznává, že ačkoliv si tento problém uvědomuje, není s ním jako sestra schopna v dané situaci nic udělat. Čas na přípravu je obvykle velmi krátký.

Doufá, že zná všechna specifika péče o pacienty s náhlou příhodou břišní. Poukazuje na fakt, že do náhlých příhod břišních se zařazuje celá řada onemocnění, která jsou sama o sobě velmi specifická. Proto se péče o pacienty s náhlou příhodou břišní nedá úplně ujednotit a vytřídit.

Komunikace s pacienty respondentce problémy nedělá. Je velmi přátelská, otevřená a komunikativní. U pacientů i v kolektivu je velmi oblíbená právě pro tyto vlastnosti. Myslí si, že nemá problém s komunikací. A pokud ho má, snaží se vždy nějak improvizovat, aby nepochopením nepoškodila pacienta a tím ho neohrozila. Byla by ráda, kdyby měla více času na komunikaci s pacienty při příjmu, i v průběhu hospitalizace. Tvrdí, že nejhorší je neznalost a strach. Při akutním příjmu rozhodně není času nazbyt a trpí nejen pacient, ale i personál, protože není schopen získat všechny potřebné informace.

Je přesvědčena, že i když je na ní vyvíjen nátlak, tak je schopna provádět ošetřovatelské intervence kvalitně. Nerada se nechá vyvést z rovnováhy. I ve vypjatých situacích si zachovává chladnou hlavu. Mnohdy je oporou pro ostatní kolegyně.

4.1.8 Respondent 8

Respondentovi je mezi 21-30 lety. Po studiu na střední zdravotnické škole nastoupil na chirurgické oddělení, kde pracuje již několik let. V budoucnu by rád pracoval na anesteziologicko-resuscitačním oddělení či na jednotce intenzivní péče.

S náhlými příhodami břišními se setkává poměrně často. Alespoň jednou do týdne je někdo s náhlou příhodou břišní hospitalizován na oddělení, kde pracuje. Náhlé příhody břišní by definoval jako soubor akutních onemocnění, které ohrožují člověka na životě.

Pacienta s náhlou příhodou břišní by charakterizoval jako člověka, jenž trpí velkými bolestmi. Pacient většinou hledá úlevovou polohu ke zmírnění bolesti, což se ne vždy podaří. Spolu s obrovskou bolestí má pacient strach o život.

Při příjmu pacienta s náhlou příhodou břišní se zaměřuje pouze na činnosti, které jsou nezbytně nutné. Mezi ně patří zajištění invazivních vstupů (nasogastrická sonda, periferní žilní katétr, permanentní močový katétr) a monitorace fyziologických funkcí. O pacientovi zjišťuje pouze základní údaje týkající se nynějšího stavu a alergie. Dle jeho slov je na sběr zbytku anamnestických údajů času dost. Pokud jde pacient týž den na operaci a pokud je to jen trochu možné, nechá pacienta podepsat informovaný souhlas, kdy mu vše vysvětlí, a také souhlas s hospitalizací. Pak už jen pacienta rychle připravuje na operační sál.

Předoperační příprava je krátkodobá, kdy se pouze zajistí operační pole, odebere se krev na statim, aplikuje se premedikace dle ordinace lékaře a pacient se dopraví na operační sál. Rozdíl v přípravě u pacientů s plánovaným výkonem a u pacientů s náhlou příhodou břišní vidí v rychlosti provedení. A také u akutních stavů se provádí jen to nezbytně nutné, nepodává se např. klyzma jako u většiny plánovaných výkonů. Myslí si, že v předoperační přípravě je nejvíce opomíjena informovanost pacienta. Pacient neví, co se s ním bude přesně dít.

Je přesvědčen, že plní a zná specifika péče o pacienty s náhlou příhodou břišní. Dle jeho slov se jejich pracoviště s pacienty s náhlou příhodou břišní setkává poměrně často, umí tyto stavy řešit, i co se týká specifické péče o tyto pacienty.

Jako největší komunikační bariéru s pacienty by označil v přemíře administrativních povinností, které jsou nezbytně nutné k poskytování péče pacientům. Dle jeho výpovědi dochází často k situaci, kdy je pacient zbytečně dotazován personálem na stejnou věc, ale ve výsledku s ním nikdo správně nekomunikuje. Tak se to děje i při příjmu pacienta s náhlou příhodou břišní. Nepodává mu dostatek informací.

Stres či pracovní přetížení ovlivňují respondenta negativně. Zatížení ho ovlivňuje téměř ve všech oblastech poskytované ošetrovatelské péče.

4.1.9 Respondent 9

Respondentovi je mezi 21-30 lety. Po ukončení střední zdravotnické školy nastoupil na chirurgické oddělení, poté nastoupil na multioborovou JIP, kde pracuje dodnes. Při práci studuje bakalářský obor Všeobecná sestra v kombinované formě. V budoucnu by rád vyučoval na škole se zdravotnickým zaměřením.

S náhlými příhodami břišními se setkal ve své praxi již mnohokrát. Náhlé příhody břišní by definoval jako stav, který je charakteristický určitým poškozením některého břišního orgánu, a který může často ohrožovat pacienta na životě. Tento stav vyžaduje rychlé a razantní řešení.

Pacienta s náhlou příhodou břišní by charakterizoval jako vyčerpaného, mající bolesti. U závažnějšího případu se může rozvinout u pacienta až šokový stav. Často dochází ke změně fyziologických funkcí, může nastat porucha vědomí. Celá situace je pro něj velice vyčerpávající, ať už po stránce fyzické, tak té psychické. Prožívá mnoho negativních pocitů jako strach, úzkost, bolest. „Je kolem něj více lidí, každý dělá něco jiného,“ dodává. Na JIP se setkává se závažnějšími případy, kterých dle jeho slov není až tak moc. Myslí si, že na standardních chirurgických odděleních, kam se většina pacientů s náhlými příhodami břišními přijímá, to tolik hektické není.

Při příjmu pacienta s náhlou příhodou břišní se zaměřuje na mnoho činností. Mezi ně patří zajištění žilního vstupu, podávání léků, zejména analgetik, monitorace fyziologických funkcí. Dále se zaměřuje na administrativní stránku příjmu pacienta. Pokud musí pacient ihned na sál, zaměřuje se na předoperační přípravu, která dle něj zahrnuje odběry krve na statim, oholení operačního pole, případně objednání transfuze, pokud nejsou z vitální indikace (ty si dle jeho slov objednává lékař sám). Dále provádí všechny další ordinace lékaře.

Rozdíl v předoperační přípravě u pacientů s plánovaným výkonem a u pacientů s náhlou příhodou břišní vidí zásadní. Rozdíl je v délce jejího trvání. Pokud jde o stav, který vyžaduje rychlé řešení, příprava je kratší. Pacient, který jde na plánovaný výkon, má všechna vyšetření zajištěna předem, ať už jde o vyšetření krve, anesteziologické vyšetření, interní vyšetření atd. V případě akutních stavů není moc času na dlouhou přípravu, takže se udělá to nejnnutnější a pacient se předá na sál.

Myslí si, že nejvíce se v předoperační přípravě opomíjí komunikace. Pro pacienta je celá situace velmi stresující, pracuje s ním mnoho lidí, kteří jen spěchají a nic mu řádně nevysvětlí. Pokud na něj někdo hovoří, omezuje se jen na nejdůležitější věci, které potřebuje vědět k předoperační přípravě. Ačkoliv si je respondent vědom závažnosti situace, ve které se pacient nachází, chápe strohost ze strany zdravotnického personálu. „Vždyť jde o čas,“ doplňuje. „Někdo by to asi mohl označit za neprofesionální chování, ale opravdu nejsem takový profesionál, abych dokázal rychle plnit ordinace lékaře, všechny další věci kolem pacienta a do toho se s ním v klidu bavit. Pokud mám rychle jednat, neumím příliš komunikovat.“

Specifika péče u pacientů s náhlou příhodou břišní se dle jeho slov velmi špatně hodnotí. Jde o velmi rozsáhlou skupinu stavů, u nichž je spousta ošetrovatelských intervencí, od podání analgetik po zavedení nasogastrické sondy. Sám sebe hodnotí tak, že ve chvíli, kdy pečuje o pacienta s náhlou příhodou břišní, plní všechny intervence na 100 %. Ale přiznává, že pokud by si měl vzít do rukou učebnici, určitě by nějaké nedostatky v ošetrovatelské péči našel. Nevidí konkrétní překážku v provádění všech specifík péče u pacientů s náhlou příhodou břišní. Jak již zmínil, jedinou překážkou by pro něj mohl být čas.

Jako komunikační bariéru s pacienty zase zmiňuje čas a množství administrativy, kterou musí jako zdravotník vyplnit. To mu dle jeho slov ubírá prostor pro kvalitní komunikaci s pacienty. Myslí si, že ale do budoucna nebude situace lepší pro stále se zvyšující počet dokumentů, které je nutno vzhledem k hospitalizaci pacienta vyplnit.

Přiznává, že nepodává pacientovi při akutním příjmu dostatek informací. Pacient je seznámen jen s tím nejdůležitějším. Je to dle něj způsobeno tím, že pacient je ve velkém stresu, je ovládán bolestí a nemůže pojmout velké množství informací a dále i ze strany personálu je nedostatek prostoru pro vysvětlování. Pokud se mají intervence provádět kvalitně a rychle s ohledem na stav pacienta, není jiné východisko.

Udává, že stres určitě ovlivňuje jeho práci. Je vytvořen především z nedostatku času a z množství činností, které musí provést. Neví přesně, v jakých oblastech ho stres ovlivňuje, ale pozoruje na sobě, že pokud je v napětí, tak pracuje jako stroj, který již

nevnímá pacienta v holistickém pojetí. Opomíjí tak převážně psychickou stránku pacienta. Dodává však, že pokud mu to čas dovolí, snaží se více pozornosti věnovat psychické stavu pacienta a pečovat o něj.

4.1.10 Respondent 10

Respondentce je mezi 31-40 lety. Vystudovala střední zdravotnickou školu a po jejím ukončení nastoupila na interní oddělení, kde strávila téměř deset let. Pak nastoupila na mateřskou dovolenou, po níž se dostala na chirurgické oddělení, kde pracuje již několik let. Zprvu ji přišlo jako velký problém se zorientovat v chirurgické problematice, ale nyní je zde velmi spokojená a již by se na oddělení interního typu nevrátila.

S náhlými příhodami břišními se setkala až zde na chirurgickém oddělení. Není na denním pořádku, že by pacienty s tímto stavem ošetřovala, přesto již nějaké zkušenosti s péčí o ně má.

Pacienta s náhlou příhodou břišní by popsala jako vyděšeného, často zvracejícího, mající bolesti, které ho ovlivňují jak po fyzické, tak po psychické stránce. Při příjmu pacienta s náhlou příhodou břišní se nejprve zaměřuje na to, aby se utlumila pacientova bolest. Snaží se proto s pacientem co nejméně manipulovat při přesunu z lůžka na lůžko. Pokusí se mu pomoci v hledání úlevové polohy a poskytne mu prostor pro vyjádření svých obav a bolesti. Dále se zabývá zajištěním žilního vstupu, zavedením nasogastrické sondy, měřením fyziologických funkcí, o kterých si vede podrobný záznam. Dále plní všechny ordinace lékaře, podává tak analgetika, antibiotika a premedikaci, pokud musí pacient ihned na sál.

V předoperační přípravě se zabývá nezbytnou a nejnütnější hygienou, kdy jak upozorňuje, neprovádí koupel, pouze očistí nejhorší nečistoty. Provede nezbytné náběry krve na statim, zajistí trasfúze, pokud jsou indikovány. Provádí klyzma, pokud je naordinováno. Vyholí operační místo, sejme šperky, které uschová. Vše pečlivě zapíše do dokumentace pacienta a předá pacienta na sál. Pokud půjde pacient po operaci na JIP, připraví překládovou zprávu a předá osobně věci pacienta sestře na JIP.

Rozdíl mezi předoperační přípravou u pacientů s plánovaným výkonem a u pacientů s náhlou příhodou břišní je dle jejích slov značný. Celkově se k pacientovi s akutním onemocněním přistupuje jinak, což je logické, protože ho jeho stav ohrožuje na životě. Zatímco pacient s plánovaným výkonem má provedená všechna nezbytná vyšetření již ambulantně, je u něj řešena bolest dlouhodoběji a netrpí ohrožením života. Sestra má tak i více času pacientovi vysvětlit například prvky pooperačního režimu, které se jej budou nezbytně týkat. U pacienta s akutním stavem sestra sama neví, v jakém rozsahu bude operace, jaké následky bude náhlá příhoda břišní pro pacienta mít.

Nejvíce se v předoperační přípravě dle jejích slov opomíjí komunikace mezi pacientem a personálem jak mezi zdravotníky, tak mezi lékaři. Pacient jednoznačně trpí nedostatkem informací.

Doufá, že plní veškeré požadavky, které jsou kladeny na péči o pacienty s náhlou příhodou břišní. Ale každá příhoda, která je začleněna pod název náhlá příhoda břišní, má svá specifika. Proto je dle jejích slov těžké je všechny paušálně zhodnotit.

Největší komunikační bariery představují pro respondentku stavy, kdy je pacient zmatený a není přístupný rozhovoru, při němž by mu mohly být poskytnuty základní informace. Další překážkou je pro respondentku neznalost anglického jazyka. Dorozumí se pouze s německy hovořícími pacienty.

Ráda by měla více času na komunikaci s pacienty nejen při jejich příjmu. U pacientů s akutním onemocněním není čas na kvalitní komunikaci, ale přesto se snaží mu podat co nejvíce informací, které je ve svém stavu schopen pochopit.

Stres je pro respondentku problematickým faktorem. Jelikož je povahou trémistka, snadno ji vyvedou z míry i situace, jež by pro ostatní nepředstavovaly takovou psychickou zátěž.

Snaží se však na sobě pracovat. V péči o pacienty s akutním onemocněním, vyžadujícím rychlé řešení, je ráda, že má oporu v kolegyních, které ji již znají, a proto ji uklidňují. Pak na její práci není stres již vidět.

5 TABULKY

Tabulka 1 Oddělení

Oddělení	Chirurgické oddělení	JIP
Respondent (R)		
R1		x
R2		x
R3		x
R4	x	
R5	x	
R6	x	
R7		x
R8	x	
R9		x
R10	x	
Celkem	5	5

Tabulka 1 znázorňuje, pracoviště, na kterém daní respondenti pracují. Pět respondentů bylo osloveno na standardním chirurgickém oddělení a pět respondentů bylo osloveno na jednotce intenzivní péče.

Tabulka 2 Oddělení (Technika pozorování)

Oddělení	Chirurgické oddělení	JIP
Sestra 1		x
Sestra 2		x
Sestra 3	x	
Celkem	1	2

Tabulka 2 znázorňuje pracoviště sester, které se zúčastnily pozorování. Dvě sestry pracují na multioborové JIP a jedna sestra pracuje na standardním chirurgickém oddělení.

Tabulka 3 Věk respondentů

Věk	21-30 let	31-40 let	41-50 let	51-60 let
Respondent (R)				
R1			x	
R2			x	
R3		x		
R4	x			
R5	x			
R6				x
R7		x		
R8	x			
R9	x			
R10		x		
Celkem	4	3	2	1

Tabulka 3 znázorňuje věk respondentů. Nejvíce oslovených respondentů (4) bylo ve věku 21-30 let. Tři respondenti ve věku 31-40 let a dva respondenti ve věku 41-50 let. Ve věku 51-60 let byl osloven pouze jeden respondent.

Tabulka 4 Věk respondentů (Technika pozorování)

Věk	21-30 let	31-40 let	41-50 let	51-60 let
Sestra 1		x		
Sestra 2				
Sestra 3		x		x
Celkem	0	2		1

Tabulka 4 znázorňuje věk pozorovaných sester. Dvě sestry se nachází ve věku 30-40 let a jedna sestra ve věku 50-60 let.

Tabulka 5 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Vzdělání	<i>Střední odborné s maturitou</i>	<i>Vyšší odborné studium (DiS.)</i>	<i>Vysokoškolské studium Bc. a Mgr.</i>	<i>Specializační studium ARO/JIP</i>
Respondent (R)				
R1	x			x
R2	x			x
R3	x			
R4	x			
R5		x		
R6	x			
R7	x			x
R8	x			
R9	x			
R10	x			
Celkem	9	1	0	3

Tabulka 5 popisuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z tabulky je patrné, že devět respondentů dosáhlo středního odborného vzdělání s maturitou, z toho 3 respondenti mají absolvované specializační studium ARO/JIP. Jeden z respondentů dosáhl vyššího odborného vzdělání.

Tabulka 6 Nejvyšší dosažené vzdělání sester (Technika pozorování)

Vzdělání	Střední odborné s maturitou	Vyšší odborné studium (DiS.)	Vysokoškolské studium Bc. a Mgr.	Specializační studium ARO/JIP
Sestra				
Sestra 1			x	
Sestra 2				x
Sestra 3		x		
Celkem	0	1	1	1

Z tabulky 6 je patrné, že jedna z pozorovaných sester má vysokoškolské vzdělání (Bc.), jedna sestra má vyšší odborní vzdělání a jedna sestra absolvovala specializační studium ARO/JIP

Tabulka 7 Charakteristika pacienta s náhlou příhodou břišní při příjmu na ošetrovací jednotku

Respondent (R)	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Celkem
Projev pacienta											
Strach	x					x		x	x		4
Neklid, úzkost	x	x	x						x		4
Bolest	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Zvracení		x					x			x	3
Změna v hodnotách FF			x	x					x		3
Pocení				x	x		x				3
Úlevová poloha pacienta								x			1
Porucha vědomí									x		1

Tabulka 7 popisuje, jak respondenti charakterizují pacienta s náhlou příhodou břišní při jeho příjmu na ošetrovací jednotku. Všech deset respondentů se shoduje, že pacient má bolesti. Strach, neklid a úzkost u pacienta pozorují čtyři respondenti. Zvracení, pocení a změnu ve fyziologických funkcích u pacienta udávají tři respondenti. Jeden respondent udává, že pacient se nachází v úlevové poloze. Jeden z respondentů poukázal i na možnou poruchu vědomí.

Tabulka 8 Ošetrovatelské činnosti prováděné při příjmu pacienta s náhlou příhodou břišní

Respondent	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Celkem
Činnosti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Uložení na lůžko	x	x		x		x				x	5
Monitorace fyziologických funkcí	x	x	x	x		x		x	x	x	8
Zajištění žilního přístupu	x	x		x	x	x	x	x	x	x	9
Odběr biologického materiálu		x	x		x	x		x	x	x	7
Psychická podpora		x								x	2
Zavedení nasogastrické sondy		x	x			x	x	x	x		6
Zavedení permanentního močového kat.			x	x			x		x		4
Hodnocení bolesti			x								1
Sběr anamnestických údajů								x	x		2
Podání informací pacientovi								x			1
Podání léků									x	x	2

Tabulka 8 popisuje ošetrovatelské činnosti, kterými se dotazovaní respondenti zabývají při příjmu pacienta s náhlou příhodou břišní. Z tabulky je tedy patrné, že devět z deseti respondentů se zabývá zajištěním žilního přístupu. Monitoraci fyziologických funkcí provádí v rámci ošetrovatelských činností osm respondentů. Odběr biologického materiálu zmínilo sedm respondentů. Zavedení nasogastrické sondy provádí šest respondentů. V pěti případech respondenti zmínili uložení pacienta na lůžko. Čtyři respondenti zmínili zavedení permanentního močového katétru. Dva z dotázaných se zabývají sběrem anamnestických údajů a podáváním léků. Jeden z respondentů popsal, že podává informace pacientovi.

Tabulka 9 Rozdíly v předoperační přípravě u plánovaných a u akutních výkonů

Respondent (R)	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Celkem
Rozdíl											
Rychlost provedení intervencí	x	x						x			3
Čas	x	x	x		x	x	x	x	x	x	9
Rychlé provedení vyšetření		x					x			x	3
Specifické intervence			x		x	x		x			4
Rozdíl není				x							1

Tabulka 9 ukazuje, jaké rozdíly jsou dle mínění respondentů v předoperační přípravě u plánovaných výkonů a u akutních výkonů. Devět z respondentů vidí hlavní rozdíl v čase, čtyři respondenti poukazují na provádění specifických intervencí v rámci předoperační přípravy. Tři respondenti popisují rozdíl v rychlosti provedení určených vyšetření a v rychlosti provedení intervencí, které jsou nezbytné. Jeden z dotazovaných rozdíl v předoperační přípravě neshledává.

Tabulka 10 Nejvíce opomíjené činnosti u předoperační přípravy dle názoru respondentů

Respondent (R)	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	Celkem
Činnost	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Podání informací pacientovi	x		x	x			x	x	x	x	7
Informace o pooperačním režimu		x									1
Psychická příprava na výkon		x		x	x	x					4
Komunikace s pacientem									x	x	2

Tabulka 10 popisuje nejvíce opomíjené činnosti v rámci předoperační přípravy u pacientů s náhlou příhodou břišní dle názoru respondentů. Sedm z dotazovaných si myslí, že nejvíce je opomíjeno podávání informací pacientovi. Čtyři dotazovaní shledávají, že se opomíjí psychická příprava na operační výkon. Dva z respondentů vidí problém v nedostatečné komunikaci s pacientem a jeden respondent udává nedostatečnou informovanost pacienta o pooperačním režimu.

Tabulka 11 Komunikační bariéry s pacienty z pohledu respondentů

Respondent (R)	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Celkem
Komunikační bariéry											
Nespolupracující pacient	x	x	x			x				x	5
Jazyk	x		x	x						x	4
Agresivita pacienta		x									1
Čas		x						x	x		3
Stres			x								1
První dojem z pacienta					x						1
Nedůvěra pacienta		x			x						2
Neudává							x				1

Tabulka 11 popisuje komunikační bariéry, jenž mají dotazovaní respondenti s pacienty, které ošetřují. Z tabulky je patrné, že nespolutracující pacient vytváří pro pět respondentů problém v komunikaci. Čtyři dotazovaní poukázali na jazykovou bariéru. Tři respondenti vidí překážku v komunikaci s pacienty v nedostatku času. Dva respondenti popsali nedůvěru pacienta. Agresivitu pacienta, stres popsal jeden respondent. Jeden z dotazovaných komunikační bariéru neudává.

Pozorování

Technikou pozorování byly sledovány tři sestry při příjmu pacienta s náhlou příhodou břišní a při následné přípravě k výkonu. Šetření technikou pozorování probíhalo na jednotce intenzivní péče a na standardním chirurgickém oddělení. Pozorování trvalo od příjmu pacienta po jeho předání na sál. Sestry nebyly informovány o probíhajícím pozorování.

Tabulka 12 Oblast pozorování – příjem pacienta

Sestra	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Celkem
Činnost				
Představila se sestra pacientovi?	x		x	2
Vysvětlila sestra pacientovi, kde se nachází?	x			1

Z tabulky 12 je patrné, že dvě z pozorovaných sester se pacientovi při příjmu představily. Jedna sestra pacientovi vysvětlila, kde se nachází.

Tabulka 13 Oblast pozorování – ošetrovatelské činnosti

Sestra	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Celkem
Činnost				
Vysvětlila a popsala sestra pacientovi ošetrovatelské činnosti, které bude u něj provádět?	x	x	x	3
Provádí sestra ošetrovatelské činnosti u pacienta rutinně, automaticky?				0

Tabulka 13 se zabývá pozorováním sester při provádění ošetrovatelských činností u pacienta s náhlou příhodou břišní. Všechny pozorované sestry vysvětlily a popsaly pacientovi činnosti, které u něj prováděly.

Tabulka 14 Oblast pozorování – předoperační příprava

Sestra	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Celkem
Činnost				
Edukovala sestra pacienta v rámci svých kompetencí o výkonu?	x		x	2
Má sestra dostatek znalostí a informací o onemocnění pacienta?	x	x	x	3
Vysvětlila sestra pacientovi postup a důvod provedení specifických ošetrovatelských intervencí? (např. NGS,PMK)	x	x	x	3

Tabulka 14 zabývající se oblastí předoperační přípravy ukazuje, že všechny sestry mají dostatek znalostí a informací o onemocnění pacienta. Všechny pozorované sestry vysvětlily pacientovi postup a důvod provedení specifických ošetrovatelských intervencí. Dvě ze sester edukovaly pacienta o výkonu v rámci svých kompetencí.

6 DISKUSE

Tato bakalářská práce se zabývá odhalením specifik ošetrovatelské péče u pacientů s náhlou příhodou břišní. Svou pozornost věnuje především sestřám jako hlavním nositelkám ošetrovatelské péče. Cíle této práce bylo odhalit daná specifika v ošetrovatelské péči a rozdíly v komunikaci s pacienty s náhlou příhodou břišní. Tomu nám mělo napomoci kromě studia teoretických znalostí i výzkumné šetření, které jsme prováděli u sester, zabývajících se péčí o pacienty s chirurgickým onemocněním. Výzkumné šetření jsme prováděli u sester pracujících na standardním oddělení, kde bylo osloveno šest sester. Pět sester bylo osloveno k rozhovoru, jedna byla pozorována. Dále jsme šetření zaměřili také na sestry pracující na jednotce intenzivní péče. Zde bylo osloveno sedm sester, pět jsme jich oslovili k rozhovoru, dvě sestry jsme pozorovali při péči o pacienty s náhlou příhodou břišní. Výsledky šetření byly částečně ovlivněny velikostí zařízení, kde se výzkumné šetření provádělo, charakterem či vnímáním vlastní osoby a zkušenostmi sester. Předmětem této práce bylo pochopit, jak sestry vnímají samotného pacienta s náhlou příhodou břišní, jak postupují při provádění ošetrovatelských intervencí v rámci příjmu pacienta až po jeho předání na operační sál, jak vnímají rozdíl v komunikaci s těmito pacienty a co vidí jako překážku.

Náhlé příhody břišní jsou onemocnění, která vznikají u jedince náhle, většinou z pocitu plného zdraví nebo dobrého zdraví. Tak náhlé příhody břišní charakterizuje Ševčík (2003). K tomuto výroku bychom mohli připojit, že náhlé příhody břišní ohrožují pacienta na životě, mají rychlý průběh a v rámci léčby potřebují většinou chirurgické řešení. Okrajově bychom mohli popsat pacienta s náhlou příhodou břišní. Pacient má bolesti, je úzkostný, má strach. Bolest popsalo v charakteristice pacienta shodně všech deset respondentů, úzkost a strach popsali čtyři respondenti z celkového počtu deseti respondentů. S těmito tvrzeními se dá jen souhlasit. Pacient s náhlou příhodou břišní je ve stavu, kdy ho bolest naplno ovlivňuje. Přirozeně má strach z neznámého prostředí, ze změny svého zdravotního stavu. S pacienty s náhlou příhodou břišní se zdravotničtí pracovníci setkávají často, jak v rámci ambulancí, tak i na lůžkových oddělení, zvláště chirurgického typu. Všechny deset dotazovaných

respondentů se v rámci své praxe setkala s pacientem s náhlou příhodou břišní. Z provedených rozhovorů je patrné, že sestry s mnohaletou praxí odpovídaly na otázky přirozeněji, než respondenti, kteří pracují krátce. Také je patrný rozdíl mezi respondenty, kteří pracují na standardním oddělení a na jednotce intenzivní péče, kde se s péčí o pacienty s náhlou příhodou břišní setkávají častěji.

Operační výkony se rozdělují na plánované, urgentní a z vitální indikace, popisuje Slezáková (2010). Náhlé příhody břišní patří mezi urgentní operační výkony. Proto většina ošetrovatelských činností, které se provádějí u pacientů s náhlou příhodou břišní, se vztahuje k předoperační a pooperační péči. Předoperační příprava a činnosti, které zahrnuje, je pro zdravotnické pracovníky náročná. Již od příjmu pacienta s náhlou příhodou břišní se sestra zaměřuje systematicky na ošetrovatelské činnosti v rámci předoperační přípravy pacienta k urgentnímu operačnímu výkonu. Mezi tyto činnosti patří například uložení pacienta, provedení nejnnutnější hygienické péče, zajištění žilního vstupu, odběr biologického materiálu, příprava operačního pole či zavedení nasogastrické sondy, jak popisuje Slezáková (2010). Respondenti byli proto v rámci rozhovoru požádáni, aby popisovali činnosti, které provádějí již při příjmu pacienta na ošetrovací jednotku. Nejvíce respondenti popisovali zajištění žilního vstupu a to v počtu devět z deseti dotázaných. Za zmínku také stojí zjištění, že šest z deseti respondentů při provádění ošetrovatelských intervencí zavádí pacientovi nasogastrickou sondu. Nasogastrická sonda je indikována při předoperační přípravě u pacientů, u kterých nebylo zajištěno lačnění a u kterých je nutné odčerpat žaludeční obsah. Často tomu bývá právě v případě náhlých příhod břišních. Respondenti také popisovali specifické činnosti, které jsou charakteristické pro dané pracoviště. Mezi ně patří například kontinuální monitorace životních funkcí pacienta, kterou popsalo pět z pěti respondentů, kteří pracují na JIP.

První výzkumná otázka se zabývala odhalením specifík v ošetrovatelské péči u pacientů s náhlou příhodou břišní. Ošetrovatelská péče o pacienty s náhlou příhodou břišní je velmi komplikovaná zejména pro závažnost stavu, v němž se pacient nachází. Sestra je při své odborné činnosti vystavována mnoha negativním vlivům. Pacient se nachází ve stavu, který ve většině případů ohrožuje jeho život, což od sestry vyžaduje

nejen teoretické znalosti o onemocnění, kterým pacient trpí, ale také rychlé jednání v provádění ošetrovatelských intervencí. Rychlé provádění ošetrovatelských intervencí může vést k práci, která je prováděna automaticky, rutinně. I v rámci pozorování jsme se zaměřili na to, zda sestry mají teoretické znalosti o onemocnění pacienta. Všechny tři pozorované sestry měly znalosti o onemocnění i informace o stavu pacienta. Při provádění ošetrovatelských intervencí žádná z pozorovaných sester své činnosti neprováděla automaticky či rutinně.

Náhlé příhody břišní jsou skupina onemocnění, která mají společný jev a to, že pacient se nachází v akutním stavu ohrožující ho na životě. Každé z onemocnění, které se řadí do této skupiny, má své specifické požadavky jak na teoretické znalosti, tak i na praktické dovednosti. Proto lze říci, že specifikum péče o pacienty s náhlou příhodou břišní je v upevnění si všech teoretických znalostí o onemocnění, která se do této skupiny řadí. V péči o pacienta jsme schopni charakterizovat stav, v kterém se nachází a popsat příznaky daného onemocnění. V rámci předoperační přípravy jsme schopni teoreticky popsat a prakticky provést všechny činnosti vztahující se k přípravě pacienta na urgentní operační výkon. Pro mě osobně se specifika péče o pacienty s náhlou příhodou břišní vztahují právě k předoperační přípravě a k ošetrovatelským činnostem, které je nutné provést.

Předoperační přípravu dělíme na dlouhodobou, krátkodobou, bezprostřední a přípravu pacientů k urgentnímu výkonu, popisuje Valenta (2007). Pacient, který je přijat k plánovanému chirurgickému výkonu, prochází všemi popsány přípravami. Je tak připraven na operační výkon v dostatečném časovém předstihu, jsou mu dostatečně vysvětlena všechna rizika, která jsou s výkonem spojena. Pacient, který je přijat k urgentnímu operačnímu výkonu, jako jsou náhlé příhody břišní, je na operační výkon připravován ve velmi krátkém časovém intervalu. Zde musím souhlasit se Slezákovou (2010), která uvádí, že riziko možných pooperačních komplikací se v důsledku nedostatku času na přípravu zvyšuje. V našem výzkumném šetření jsme se zaměřovali i na vnímání předoperační přípravy samotnými respondenty. V čem vidí rozdíly v předoperační přípravě u pacientů s náhlou příhodou břišní a u pacientů s plánovaným operačním výkonem. Devět z deseti respondentů nám odpovědělo, že rozdíl vidí právě

v čase, který je na přípravu určen. A dále ve specifických intervencích, které zmínili čtyři z deseti respondentů. V rozhovoru jsme se také respondentů ptali, co považují v rámci předoperační přípravy za nejvíce opomíjené. Sedm z deseti respondentů nám odpovědělo, že podání informací pacientovi. Proto jsme se na oblast podávání informací zaměřili při pozorování. Všechny tři sestry pacientovi v průběhu péče popisovaly všechny činnosti, které u něj budou provádět. Dvě ze tří sester se pacientovi představily, jedna ze tří sester mu vysvětlila, kde se nachází. Dvě ze tří pozorovaných sester edukovaly pacienta v rámci svých kompetencí o operačním výkonu. Čtyři z deseti respondentů, s nimiž byl veden rozhovor, se zmínilo, že bývá často opomíjená psychická příprava na operační výkon. Slezáková (2010) uvádí, že cílem psychické přípravy je minimalizace strachu z operačního výkonu. Psychickou přípravu provádí lékař i sestra. Musím zde se Slezákovou souhlasit. I přes to, že většina pacientů s náhlou příhodou břišní je ve vážném stavu a komunikace s nimi je obtížná, je nutné je na operační výkon psychicky připravit. Pacienty s náhlou příhodou břišní ovlivňuje strach, který mají jak z nedostatku informací o stavu, v kterém se nachází, tak i z činností, které se s nimi a u nich provádějí.

Druhá výzkumná otázka si dala za úkol zjistit, jaké jsou rozdíly v předoperační přípravě u pacientů s náhlou příhodou břišní a u pacientů s plánovaným chirurgickým výkonem. Zatímco dlouhodobá předoperační příprava u pacientů s plánovaným chirurgickým výkonem trvá až 14 dnů, pacient s akutním onemocněním se musí připravit v co nejkratším čase. Proto souhlasíme s tvrzením respondentů, že rozdíl v přípravách vidí v čase, který je pro přípravu poskytnut. Rozdíl také vidíme i v intervencích, které se u pacientů provádějí. Bývají často specifické pro náhlé příhody břišní. Pacienti, kteří se připravují na plánovaný výkon, se zpravidla nezatěžují tolika invazivními vstupy (např. nasogastrická sonda, permanentní močový katétr, atd.) jako pacienti s náhlou příhodou břišní.

Komunikace je nezbytným nástrojem pro získávání informací o povaze obtíží pacienta. Přesto dochází ke špatnému přenosu informací, které může vést až ke špatnému postupu v léčbě. V našem výzkumném šetření jsme se zabývali zjištěním, jaké problémy v komunikaci s pacienty mají naši respondenti. Pět z deseti respondentů

popsalo, že největší problém v komunikaci pro ně představuje nespolupracující pacienti. Konflikty naruší vztah sestra-Pacient, uvádí Venglářová a Mahrová (2006). Čtyři z deseti respondentů uvedlo, že komunikační bariéru s pacienty pro ně představuje jazyk. Tři respondenti z deseti uvedli, že čas je pro ně problémem v komunikaci. Též Zacharová (2010) uvádí některé z již zmíněných překážek, jako například překážku jazykovou, fyziologickou překážku, kam řadí bolest či únavu pacienta.

Třetí výzkumná otázka se zabývala zjištěním, zda je rozdílná komunikace u pacientů s plánovaným chirurgickým výkonem a u pacientů s náhlou příhodou břišní. Pacienti s plánovaným chirurgickým výkonem většinou trpí chronickým onemocněním. Na svůj stav měli čas se adaptovat. Zatímco pacienti s náhlou příhodou břišní, jako zástupcem akutního onemocnění, nejsou schopni adaptace v tak krátkém časovém intervalu. Komunikace pro nás sestry je určitě rozdílná. Pacient s plánovaným chirurgickým výkonem je schopen s námi komunikovat, předat nám informace a jsme s ním schopni navázat vztah důvěry. Pacienti s náhlou příhodou břišní jsou ovlivněni stavem, v němž se nacházejí, schopnost komunikace se snižuje. Pro nás je péče o pacienta s náhlou příhodou břišní zatěžující, vzhledem k časové náročnosti. Snažíme se komunikaci na úkor pacienta snížit na minimum. Měli bychom se zamyslet nad tím, co všechno můžeme udělat pro to, abychom dostatečně komunikovali s pacientem a pro to, abychom odstranili bariéry, které si v komunikaci vytváříme. Musím souhlasit se Zacharovou (2010), která uvádí, že komunikace, která probíhá mezi sestrou a pacientem je nezbytná, nevratná a neopakovatelná.

Sestry jsou při své práci často vystavovány stresovým situacím. Od jedince, jenž je vystaven stresu to vyžaduje mobilizaci všech jeho sil, popisuje Simonová (2010) S tímto tvrzením lze jen souhlasit. Akutní stav pacienta, urgentní příprava k operaci, problémy s komunikací, to vše vyvolává u zdravotnických pracovníků stres. Vnímání kvality poskytované ošetrovatelské péče pacientům se poté mění, práce se stává rutinou. V našem výzkumném šetření jsme se zabývali i otázkou, jak respondenti vnímají kvalitu ošetrovatelské péče, kterou poskytují pacientům v akutním stavu. Sedm z deseti respondentů si myslí, že stres ovlivňuje jeho práci. Nejčastěji je to v oblasti

komunikace, kdy přestávají mít zájem o komunikaci nebo dávají při ní najevo svou netrpělivost.

Čtvrtá výzkumná otázka se zabývala zjištěním, zda je ovlivněna kvalita ošetrovatelské péče v souvislosti s akutním stavem pacienta. Kvalitu ošetrovatelské péče jsme hodnotili z pohledu respondentů, jak oni sami nahlíží na jimi poskytovanou ošetrovatelskou péči pacientům v akutním stavu. Samozřejmě jsme respektovali dané indikátory kvality ošetrovatelské péče dle American nurses asociacion a Rady ministerstva zdravotnictví České Republiky pro kvalitu ve zdravotnictví. Naším cílem nebylo hodnotit kvalitu jako takovou, ale poukázat na vnímání poskytované péče pacientům respondenty. Je tedy patrné, že situace, které vyžadují od zdravotnických pracovníků plné nasazení, jako je na příklad akutní příjem pacienta, jsou pro ně zatěžující. Poskytovaná ošetrovatelská péče se mění na rutinně prováděné úkony. Zamysleme se proto nad otázkou, zda by ujasnění specifických ošetrovatelských intervencí u akutních stavů, jehož zástupcem jsou i náhlé příhody břišní, nepomohlo k větší spokojenosti zdravotnických pracovníků se svojí vykonanou prací.

7 ZÁVĚR

Při vypracování této bakalářské práce jsem se snažila plně proniknout do problematiky skupiny onemocnění, která jsou souhrnně nazývána náhlé příhody břišní. Zvláště pak do problematiky ošetrovatelské péče, která je nedílnou součástí léčby pacientů s tímto onemocněním.

Cílem práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s náhlou příhodou břišní. Dále bylo zjišťováno, jaké jsou rozdíly v komunikaci s pacienty s náhlou příhodou břišní (akutní onemocnění) a s pacienty s plánovaným chirurgickým výkonem. Rozhovory s respondenty a jejich pozorování nám poskytlo odpovědi na námi zvolené cíle. Nápomocny nám byly čtyři výzkumné otázky.

Jaká specifika v ošetrovatelské péči se vyskytují u pacientů s náhlou příhodou břišní?

Ošetrovatelská péče o pacienty s náhlou příhodou břišní je sama o sobě specifická, neboť se jedná o pacienty, kteří se nacházejí ve vážném, život ohrožujícím stavu. V souvislosti s tímto stavem je nutné provést takové ošetrovatelské intervence, které napomohou pacienta stabilizovat a ve většině případů i připravit na chirurgický výkon. Z provedených rozhovorů se nám podařilo zjistit, co považují respondenti za specifické činnosti v péči o pacienty s náhlou příhodou břišní. Jedná se především o zajištění invazivních vstupů jako je periferní žilní katétr, nasogastrická sonda či permanentní močový katétr. Dále pak o šetrné uložení pacienta v lůžku, monitoraci fyziologických funkcí a odběr biologického materiálu na statimové vyšetření.

Jaké jsou rozdíly v předoperační přípravě u pacientů s náhlou příhodou břišní a u pacientů s plánovaným chirurgickým výkonem?

Předoperační příprava u plánovaných výkonů a u výkonů, které jsou označovány jako urgentní, je značně rozdílná. U plánovaných chirurgických výkonů pacient projde všemi částmi předoperační přípravy (dlouhodobá, krátkodobá a bezprostřední), během kterých je na výkon připraven. Pacient s akutním onemocněním, které je třeba rychle řešit, nemůže všemi těmito částmi předoperační přípravy procházet. Dle zjištěného můžeme jako rozdíl uvést čas, který je na přípravu stanoven. Dále je rozdíl ve

specifických ošetrovatelských intervencích, které se u pacientů s náhlou příhodou břišní provádějí a v rychlosti provedení nutných vyšetření i těchto intervencí.

Je rozdílná komunikace u pacientů s náhlou příhodou břišní a u pacientů s plánovaným chirurgickým výkonem?

Komunikace je pro profesi sestry velmi důležitá. Díky ní získáváme řadu důležitých informací, které nám napomáhají v péči o pacienty. Přesto nemoc pacienta a i naše schopnost komunikace nám staví řadu překážek, které nám správnou komunikaci znemožňují. Ze zjištěného překážkou může být nespolupráce pacienta, která je u pacientů, trpících bolestmi častá. Dále pak jazyková bariéra či čas, který je na komunikaci vymezen. Ze zjištěného vyplývá, že komunikace s pacienty s náhlou příhodou břišní bude složitá vzhledem k jejich stavu, ve kterém se nachází. Bolest, neznámé prostředí a ostatní negativní jevy působí na pacienta a ten poté nechce komunikovat. Zatímco pacient s plánovaným chirurgickým výkonem je na změnu režimu více připraven, je s námi schopen hovořit a předat nám potřebné informace.

Je ovlivněna kvalita poskytované ošetrovatelské péče v souvislosti s akutním stavem pacienta?

Kvalitu poskytované ošetrovatelské péče jsme posuzovali z pohledu respondentů, jak sami hodnotí péči, kterou poskytují pacientům v akutním stavu. Ze zjištěného lze hodnotit, že kvalita poskytované péče je ovlivněna v souvislosti s akutním stavem pacienta. Respondenty je negativně hodnocen prostor, který je na péči o pacienta v akutním stavu stanoven. Není v něm dostatek času na předání všech informací jak ze strany pacienta, tak ze strany sestry, vyslechnutí pacientových obav.

Na základě zjištěných informací by tato práce měla osvětlit sestřím problematiku ošetrovatelské péče o pacienty s náhlou příhodou břišní a její specifika. Dále by měla napomoci sestřím v pochopení rozdílů v komunikaci u pacientů s náhlou příhodou břišní a u pacientů s plánovaným chirurgickým výkonem.

Byla bych proto velice ráda, kdyby vypracovaná informační brožura, byla v praxi pro sestry pomůckou v péči o pacienty s náhlou příhodou břišní

8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ELIŠKOVÁ, M.; NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 1. Vyd. Praha: Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.
2. FERKO, A., et al. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada, 2002. 596 s. ISBN 80-247-0230-4.
3. FRÁNĚ, F. *Chirurgie pro studující ZSF JCU*. 2.Vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2004. 96 s. ISBN 80-7040-682-8.
4. HÁJEK, M., et al. *Náhlé příhody břišní: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. [online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005 [cit. 2010-11-21]. Dostupné z WWW: <http://www.svl.cz/Files/nastenska/page_4766/Version1/Nahle-prihody-brisni.pdf>. ISBN 80-86998-07-X.
5. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1.Vyd. Praha: Grada, 2007. 352s. + 16 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-1830-9.
6. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: Příručka pro sestry*. 1.Vyd. Praha: Grada, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
7. KŘIVOHLAVÝ, J.; PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1.Vyd. Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
8. LUKÁŠ, K., et al. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1.Vyd. Praha: Grada, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
9. MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1.Vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
10. MERKUNOVÁ, A.; OREL, M. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2008. 302 s. ISBN 978-80-247-1521-6.

11. MIKŠOVÁ, Z., et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I.* 1.Vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
12. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry.* 1.Vyd. Praha: Grada, 2006. 248+16 stran barevné přílohy. ISBN 80-247-1150-8.
13. PAFKO, P.; KABÁT, J.; JANÍK, V. *Náhlé příhody břišní.* 1. Vyd. Praha: Grada, 2006. 136 s. ISBN 80-247-0981-3.
14. RICHARDS, A.; EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry.* 1.Vyd. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
15. SIMONOVÁ, I.; OZOROVSKÝ, V. Role stresu v práci zdravotnických pracovníků. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky.* 2010, 07-08, s. 24-25.
16. SKALICKÁ, H., et al. *Předoperační vyšetření: Návod pro praxi.* 1.Vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1079-2.
17. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství v chirurgii I.* 1.Vyd. Praha: Grada, 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2
18. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství v chirurgii II.* 1. Vyd. Praha: Grada, 2010. 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
19. *Slovníky.cz* [online]. Maxdorf, c 2008-2010 [cit. 2010-12-30]. Velký lékařský slovník. Dostupné z WWW: <<http://lekarske.slovniky.cz/>>.a
20. ŠEVČÍK, P., et al. *Intenzivní medicína.* 1. Vyd. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262- 203-X.
21. ŠPIČÁK, J. *Akutní pankreatitida.* 1.Vyd. Praha: Grada, 2005. 216 s. ISBN 80-247-0942-2.
22. ŠVÁB, J. *Náhlé příhody břišní.* 1.Vyd. Praha: Galén-Karolinum, 2007. 205 s. ISBN Karolinum 978-80-246-1394-9.

23. ŠVÁB, J., et al. *Chirurgie vyššího věku*. 1.Vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2604-5.
24. VALENTA, J., et al. *Základy chirurgie*. 1. Vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2007. 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4 (Galén), ISBN 978-80-246-1344-4 (Karolinum).
25. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.Vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
26. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3.Vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
27. WORKMAN, B. A.; BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. 1.Vyd. Praha: Grada, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.
28. ZACHAROVÁ, E. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, 07-08, s.28-29 Dostupný také z WWW: <http://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/643.pdf>. ISSN 1210-0404.

9 KLÍČOVÁ SLOVA

Akutní stav

Pacient

Sestra

Ošetřovatelská péče

Břišní dutina

10 PŘÍLOHY

Přílohy vázané

Příloha 1 - Otázky k rozhovoru s respondenty

Příloha 2 - Arch k technice pozorování

Příloha 3 – Škály na hodnocení bolesti

Přílohy volné

Příloha 4 - Informační brožura

Příloha 1 – Otázky k rozhovoru s respondenty

1. Jak byste definoval/a pojem náhlá příhoda břišní (NPB)?
2. Setkal/a jste se již ve své praxi s pacientem s náhlou příhodou břišní?
3. Jak byste charakterizoval/a pacienta s náhlou příhodou břišní?
4. Popište ošetrovatelské činnosti při příjmu pacienta s náhlou příhodou břišní
5. Jak probíhá předoperační příprava u pacienta s plánovaným výkonem a u pacienta s náhlou příhodou břišní? V čem vidíte rozdíly?
6. Co bývá v předoperační přípravě nejčastěji opomíjeno (na co není dostatek času)?
7. Myslíte si, že plníte všechna specifika kladená na péči o pacienty s náhlou příhodou břišní?
8. Pokud ne, v čem vidíte překážky?
9. Co představuje pro Vás, ve vaší profesi, největší komunikační bariéru s pacienty?
10. Myslíte si, že máte dostatek času při akutním příjmu pacienta s náhlou příhodou břišní mu předat všechny potřebné informace?
11. Myslíte si, že ovlivňuje stres kvalitu Vámi poskytované ošetrovatelské péče? Pokud ano, v jakých oblastech?

Příloha 2 – Arch k technice pozorování

Oblast pozorování: Příjem pacienta							
Sestra	<i>Sestra 1</i>		<i>Sestra 2</i>		<i>Sestra 3</i>		Celkem
ČINN/ODP	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	
Představila se sestra pacientovi?							
Vysvětlila sestra pacientovi, kde se nachází?							
Oblast pozorování: Ošetrovatelské činnosti							
Vysvětlila a popsala sestra pacientovi ošetrovatelské činnosti, které bude u pacienta provádět?							
Provádí sestra ošetrovatelské činnosti u pacienta rutinně, automaticky?							
Oblast pozorování: Předoperační příprava							
Edukovala sestra pacienta v rámci svých kompetencí o výkonu?							
Má sestra dostatek znalostí a informací o onemocnění pacienta?							
Vysvětlila sestra pacientovi postup a důvod provedení specifických ošetrovatelských intervencí? (např. NGS, PMK)							

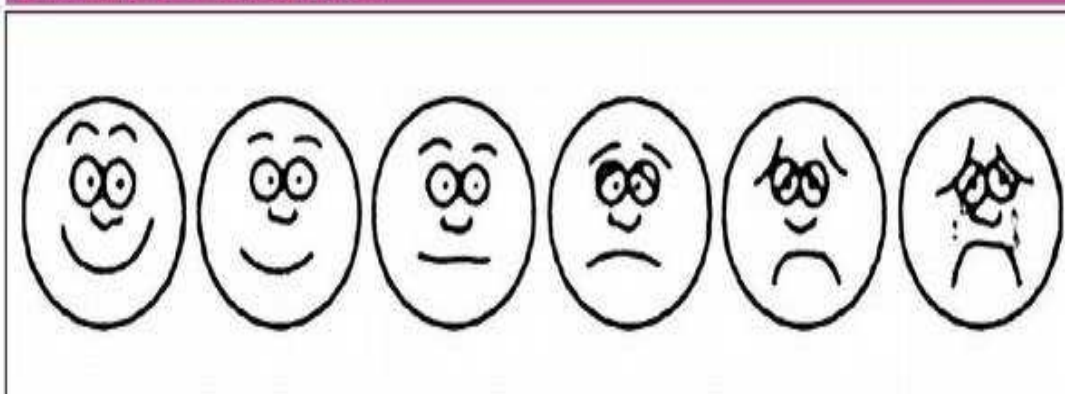
Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Příloha 3 – Škály na hodnocení bolesti

Schéma 2: Vizualní analogová škála – úsečka



Schéma 3: Obličejová škála



Zdroj: DVOŘÁČKOVÁ, D. *Rescue 112 první pomoc a zdravotnictví* [online]. 12.11.2010 [cit. 2011-04-19]. Hodnocení bolesti u seniorů. Dostupné z WWW: <http://www.rescue112.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=674:hodnoceni-bolesti-u-senior&catid=34:odborne&Itemid=96>.