

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

JANA ŠKOLNÍKOVÁ

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Jana Školníková

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE ZÁNĚTEM
ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Nováková Jaroslava

PLZEŇ 2022

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2022.

.....
vlastnoruční podpis

ABSTRAKT

Příjmení a jméno: Školníková Jana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta se zánětem žlučníku a žlučových cest

Vedoucí práce: Mgr. Nováková Jaroslava

Počet stran – číslované: 70

Počet stran – nečíslované: 28

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 52

Klíčová slova: pacient, zánět žlučníku a žlučových cest, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces

Souhrn:

Téma mé bakalářské práce je „*Ošetrovatelský proces u pacienta se zánětem žlučníku a žlučových cest.*“. Práce je rozdělena na dvě části – část teoretickou a praktickou. V teoretické části se věnuji anatomii žlučníku a žlučových cest, charakteristice a druhům onemocnění. Podrobně jsem popsala typy onemocnění žlučníku a žlučových cest a zaměřila jsem se na příčiny vzniku těchto onemocnění, jakými příznaky se projevují a v neposlední řadě na jejich průběh, léčbu a komplikace. Dále jsem se v teoretické práci zaměřila na specifika ošetrovatelské péče o pacienty se zánětem žlučníku a žlučových cest před plánovanou cholecystektomií a na specifika ošetrovatelské péče o pacienty po cholecystektomii. V neposlední řadě jsem zmínila charakteristiku ošetrovatelského procesu a popsala jeho fáze jdoucí za sebou.

V praktické části bylo cílem zmapovat a sepsat, jaká je zkušenost hospitalizovaných pacientů se zánětem žlučníku a žlučových cest se zapojením do ošetrovatelského procesu.

ABSTRACT

Surname and name: Školníková Jana

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Nursing process in a patient with inflammation of the gallbladder and biliary tract

Consultant: Mgr. Nováková Jaroslava

Number of pages – numbered: 70

Number of pages – unnumbered: 28

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 52

Keywords: patient, gallbladder and biliary tract inflammation, nursing care, nursing process

Summary:

The topic of my bachelor thesis is „*Nursing process in a patient with inflammation of the gallbladder and biliary tract*“. The work is divided into two parts – theoretical and practical. In the theoretical part I deal with the anatomy of the gallbladder and biliary tract, the characteristics and types of diseases. I described in detail the types of gallbladder and biliary tract diseases and I focused on the causes of these diseases, what symptoms they show and, last but not least, their course, treatment and complications. Furthermore, in my theoretical work I focused on the specifics of nursing care for patients with gallbladder and biliary tract inflammation before a planned cholecystectomy and on the specifics of nursing care for patients after cholecystectomy. And last but not least, I mentioned the characteristics of the nursing process and described its successive phases.

In the practical part, the aim was to map and put in writing what the experience of hospitalized patients with inflammation of the gallbladder and biliary tract is with an involvement in the nursing process.

Poděkování

Děkuji Mgr. Novákové Jaroslavě za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, materiálních podkladů, vstřícný přístup a konzultace s bakalářskou prací spojené. Dále děkuji celému týmu Traumatologického oddělení a Chirurgického oddělení ženy, muži KKN za poskytnutí rozhovorů, odborné rady a psychickou podporu.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	9
SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	15
1 ANATOMIE	17
1.1 Žlučník	17
1.1.1 Uložení žlučníku.....	17
1.1.2 Složení stěny žlučníku	17
1.1.3 Fyziologie a funkce žlučníku.....	18
1.1.4 Cévní zásobení žlučníku	18
1.2 Žlučové cesty	19
1.2.1 Uložení a dělení	19
1.2.2 Tvorba žluči	20
1.2.3 Cévní zásobení žlučových cest.....	20
2 ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ ŽLUČNÍKU	21
2.1 Charakteristika	21
2.2 Rozdělení	21
2.2.1 Akutní kalkulózní cholecystitida	21
2.2.2 Chronická kalkulózní cholecystitida	22
2.2.3 Akalkulózní cholecystitida	22
2.3 Etiologie.....	22
2.3.1 Akutní kalkulózní cholecystitida.....	23
2.3.2 Chronická kalkulózní cholecystitida	23
2.4 Klinický obraz.....	23
2.4.1 Akutní kalkulózní cholecystitida.....	23
2.4.2 Chronická kalkulózní cholecystitida	24
2.5 Diagnostika	25
2.6 Komplikace	25
2.7 Terapie	26
3 ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ ŽLUČOVÝCH CEST	28
3.1 Charakteristika onemocnění	28
3.2 Rozdělení	28
3.2.1 Akutní cholangitida	28
3.2.2 Chronická cholangitida.....	28
3.3 Etiologie.....	28

3.3.1	Akutní cholangitida	28
3.3.2	Chronická cholangitida.....	29
3.4	Klinický obraz.....	29
3.4.1	Akutní cholangitida	29
3.4.2	Chronická cholangitida.....	29
3.5	Diagnostika	30
3.6	Komplikace.....	30
3.7	Terapie	30
4	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	32
4.1	Specifika ošetrovatelské předoperační přípravy	32
4.2	Specifika ošetrovatelské pooperační péče	36
4.3	Plánování propuštění pacienta z nemocnice	39
4.4	Domácí péče	40
5	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	42
	PRAKTICKÁ ČÁST	45
6	FORMULACE PROBLÉMU	45
7	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	47
7.1	Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy	47
8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	48
9	METODIKA PRÁCE	50
10	ORGANIZACE VÝZKUMU	51
11	ZPRACOVÁNÍ DAT	53
12	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	55
12.1	Kategorie: Zkušenosti pacienta ve fázi plánování v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči	55
12.2	Kategorie: Zkušenosti pacienta ve fázi hodnocení v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči	64
13	DISKUZE	72
	ZÁVĚR.....	83
	SEZNAM LITERATURY.....	85
	SEZNAM PŘÍLOH	89
	PŘÍLOHY.....	90
	Příloha A – Informovaný souhlas pro rozhovor	90
	Příloha B – Žádost o udělení souhlasu s výzkumem.....	91
	Příloha C – Dieta s omezením tuků pro pacienty do domácího prostředí	94
	Příloha D – Potvrzení o vypracování rešerší	96
	Příloha E – Otázky k rozhovorům	97

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Spojitosti jednotlivých kategorií a subkategorií.....	54
Obrázek 2 Diagram.....	81

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Participanti – identifikační údaje.....	49
Tabulka 2 – Fyzická příprava v době předoperační pohledem pacienta	56
Tabulka 3 – Psychická příprava v době předoperační pohledem pacienta.....	57
Tabulka 4 – Společné stanovení cílů sestry s pacientem po operaci před propuštěním do domácího prostředí	58
Tabulka 5 – Pohyb a dýchání po operaci pohledem pacienta.....	59
Tabulka 6 – Edukace pacienta o hlášení bolesti sestře v době pooperační	60
Tabulka 7 – Edukace pacienta o dietním režimu v domácím prostředí	61
Tabulka 8 – Edukace pacienta o péči o operační ránu v domácím prostředí	63
Tabulka 9 – Sledování snížení strachu sestrou před operací pohledem pacienta.....	64
Tabulka 10 – Sledování zmírnění/odstranění bolesti sestrou po operaci pohledem pacienta	65
Tabulka 11 – Informace o předoperační přípravě a pooperační péči pohledem pacienta ...	66
Tabulka 12 – Spontánní vyprázdnění močového měchýře po operaci.....	67
Tabulka 13 – Správný pohyb po operaci	67
Tabulka 14 – Znalost péče o operační ránu v domácím prostředí.....	68
Tabulka 15 – Znalost dietního omezení v domácím prostředí	69
Tabulka 16 – Jak pacient vnímá a hodnotí přístup sester v předoperačním a pooperačním období.....	70

SEZNAM ZKRATEK

- a..... arterie
- v. véna
- d. ductus
- cm..... centimetr
- mm milimetr
- cm³ centimetr krychlový
- tzv..... takzvaný
- ml mililitr
- % procenta
- °C celsiův stupeň (jednotka teploty)
- např. například
- apod..... a podobně
- aj..... a jiný/jiní/jinak/jiné
- zejm..... zejména
- atd..... a tak dále
- min. minuta
- g gram
- kg kilogram
- x krát
- KKN..... Karlovarská krajská nemocnice
- a. s. akciová společnost

Mgr..... magistr (titul absolventa vysoké školy v magisterském studijním programu)

pH..... záporný dekadický logaritmus aktivity vodíkových iontů

NPB..... náhlá příhoda břišní

CT (computer tomography) počítačová tomografie

USG ultrasonografie

RTG rentgen

ERCP endoskopická retrogradní cholangio-pankreatografie

EKG elektrokardiograf

per os..... perorální cestou (úst)

L-CHCE..... laparoskopická cholecystektomie

CHCE..... klasická cholecystektomie

E.coli escherichia coli (bakterie)

CRP c-reaktivní protein

MRCP magnetic resonance cholangiopancreatography

PTC perkutánní transhepatální cholangiografie

T-drén..... zaveden do ductus choledochus

SH drén subhepatální (podjaterní)

PST..... papilosfinkterotomie

KO – diff..... krevní obraz + diferenciál (rozpočet bílých krvinek)

Rh faktor. vlastnost krevních buněk

APTT aktivovaný parciální tromboplastinový čas

QUICK..... protrombinový čas (test k vyšetření koagulace krve)

TK tlak krevní

P pulz

D..... dech

TT..... tělesná teplota

ICHS ischemická choroba srdeční

PŽK..... periferní žilní katétr

PMK..... permanentní močový katétr

GCS..... (Glasgow Coma Scale) standardizované posouzení stavu vědomí

STATIM..... okamžitě, ihned

TEN..... tromboembolická nemoc

NGS nazogastrická sonda

CO₂..... oxid uhličitý

NPO nic per os

č..... číslo

0/S čajová

0 tekutá

1 kašovitá

4S s vyloučením volného tuku

4 s omezením tuku

ANA..... americká asociace sester

ÚZIS..... ústav zdravotnických informací a statistiky

P1 participant 1

P2 participant 2

P3 participant 3

P4 participant 4

P5 participant 5

P6 participant 6

ÚVOD

„Hlavním cílem ošetrovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Při dosahování těchto cílů ošetrovatelský personál úzce spolupracuje s nemocným, lékařem, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými odborníky.“ (Plevová a kol., 2011, s. 62)

Téma této bakalářské práce s názvem *„Ošetrovatelský proces u pacientů se zánětem žlučníku a žlučových cest“* jsem zvolila v kontextu mého pracovního působení na chirurgickém oddělení, kde se provádějí plánované operace žlučníku. V České republice bylo za rok 2019 podle údajů ÚZIS v nemocnicích operováno 18 718 pacientů s žlučovými kameny, komplikace se objevily u 350 z nich. Na tuto diagnózu zemřelo 68 pacientů (ÚZIS, 2019, s. 48–67). Při hospitalizaci velmi záleží na empatii a přístupu zdravotnického personálu k nemocnému. Během hospitalizace je klíčová úloha sestry, musí být nemocnému oporou a být s ním v neustálém kontaktu. Využití ošetrovatelského procesu sestře poskytuje myšlenkový algoritmus při provedení ošetrovatelské péče prostor, pro autonomii a kreativitu, ulehčuje klinické rozhodování a řešení problematických situací, dále uznává rozhodnutí, požadavky jednotlivce (rodiny) jako aktivního účastníka ošetrovatelské péče a napomáhá poskytování komplexní, kontinuální, aktivní, individuální ošetrovatelské péče (akceptuje jedinečnost jednotlivce). Součástí její práce je dokumentovaná péče ve všech fázích, což zabezpečuje koordinaci a chronický přehled o poskytované péči. Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází: *posouzení* (stavu pacienta), *stanovení* (pacientských problémů, ošetrovatelské diagnózy), *plánování* (řešení problému, včetně ošetrovatelských cílů a intervencí), *realizace* (plánu) a *hodnocení* (úspěšnosti ošetrovatelského plánu). Tyto činnosti jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. A také tyto činnosti umožňují, aby se sestra samostatně rozhodovala pro nejlepší způsob péče, dosahovala stanovených cílů a mohla měřit zlepšení, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl (Plevová a kol., 2011, s. 108–109; Tóthová a kol., 2014, s. 16).

V teoretické části se zabývám anatomii a fyziologií žlučníku a žlučových cest. **Dále se zaměřuji** na diagnostické postupy, zobrazovací metody, druhy onemocnění, léčbu onemocnění, možné komplikace onemocnění, operační výkony, předoperační a pooperační péči, péči o jizvy, dietní omezení po operaci. **Dále se věnuji** charakteristice a fázím ošetrovatelského procesu.

Cílem práce bylo zmapovat a popsat, jaká je zkušenost hospitalizovaných pacientů se zánětem žlučníku a žlučových cest se zapojením do ošetrovatelského procesu. Zaměřila jsem se na zjišťování zkušeností se zapojením ve fázi plánování a hodnocení v ošetrovatelském procesu. Informace jsem získala pomocí kvalitativní výzkumné metody polostrukturovaných rozhovorů, přímým a nepřímým pozorováním a analýzou dokumentů u šesti participantů, které uvádím v praktické části.

Veškeré informace jsem čerpala z dostupné odborné literatury, odborných internetových článků a z konzultací s participanty. Převážná část byla použita dle řešerše, která byla vypracována přes národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů, kterou přikládám do příloh bakalářské práce (Příloha E).

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE

Žlučník je v trávicí soustavě pro skladování a k úpravě žluči. Žlučové cesty umožní transport žluči ze žlučníku do dvanáctníku. Hlavním cílem této kapitoly je popsat uložení, fyziologii, funkci a cévní zásobení žlučníku a žlučových cest.

1.1 Žlučník

1.1.1 Uložení žlučníku

Žlučník se latinsky nazývá *biliaris* nebo také *vesica fellea*. Je to svalový vakovitý orgán hruškovitého tvaru, obvykle dlouhý 8–12 cm, široký 4–5 cm, o obsahu 30–80 cm³. Žlučník je uložený na dolní straně pravého jaterního laloku, přesněji ve fossa vesicae felleae, je pokrytý pobřišnicí, která jej fixuje k játrům (Kachlík, 2019, s. 58).

Žlučník se nachází pod játry a má nejbližší k příčnému tračníku (*colon transversum*) a dvanáctníku (*duodenum*) (Čihák, 2013, s. 155).

Na žlučníku rozlišujeme čtyři základní části:

- a) Dno žlučníku (*fundus vesicae biliaris*), nejširší konec žlučníku.
- b) Tělo žlučníku (*corpus vesicae biliaris*), přechod těla do krčku žlučníku (*infundibulum*).
- c) Krček žlučníku (*collum vesicae biliaris*) – je dlouhý 5–7 mm a dále přechází ve žlučnickový vývod.
- d) Žlučnickový vývod (*ductus cysticus*) se spojuje s *ductus hepaticus communis* a dále tvoří společný žlučovod (*ductus choledochus*). Jeho délka je 2–5 cm, k jaternímu vývodu přistupuje zprava a v nadpoloviční většině v ostrém úhlu (Janíková, 2013, s. 182; Balko a kol., 2017, s. 286; Hůlek a kol., 2018, s. 678).

1.1.2 Složení stěny žlučníku

Vnitřní stavba žlučníku se skládá ze sliznice (*tunica mucosa*), která tvoří četné řasy. Ve sliznici se nachází vychlípeniny, tzv. Rokitanského-Aschoffovy sinusy (*cryptae mucosae*), které zasahují až do svaloviny a umožňují při náplni roztáhnout stěnu. Sliznice je kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem. Epitelová buňka (*cholecystocyt*) upravuje složení žluči, přenos iontů a tvorbu hlenu. Podslizniční vrstva obsahuje řídké kolagenní vazivo, které zahrnuje četné vlásečnicové pleteně, lymfocyty a plazmatické buňky.

Dále je svalovina, která je tvořena sítí hladkých svalových buněk a elastických vláken a je důležitá pro vylučování žluči. Poslední vrstvu tvoří seróza a adventicie. Seróza kryje volnou část žlučníku (cca $\frac{3}{4}$ povrchu) a část, která naléhá v lůžku žlučníku na povrch jater, kryje tenká vazivová vrstva – adventicie (Balko a kol., 2017, s. 286).

1.1.3 Fyziologie a funkce žlučníku

Žlučník je rezervoár pro skladování a úpravu žluči vytvořené v játrech. Kapacita žlučníku je přibližně 30–70 ml. Ve žlučníku se aktivně resorbuje až 90 % vody a iontů. Žluč je ze žlučníku vypuzována podle potřeby. Motorická funkce žlučníku probíhá díky dvěma po sobě jdoucím fázím (Fiala, Valenta, Eberlová, 2015 s. 114).

První fáze se nazývá interdigestivní, kdy dochází k hromadění žluči ve žlučníku. K naplnění žlučníku žlučí dochází v klidu mezi přijímáním potravy, kdy se uzavře Oddiho svěrač. Tlak žluči stoupá v jaterním žlučovodu (*ductus hepaticus*), který pokračuje ve společný žlučovod (*ductus choledochus*), a žluč prochází skrze žlučnickový vývod (*ductus cysticus*) zpět do žlučníku, ten funguje jako rezervoár, zahušťuje žluč a vstřebává vodu a anorganické ionty.

Druhá fáze se nazývá digestivní. Dochází k ní, jakmile se dostane potrava do úst a přemístí se do dvanáctníku (*duodena*). Při tom se uvolňuje cholecystokinin, který způsobí kontrakci žlučníku. Tím se uvolní Oddiho svěrač a po malých dávkách je žluč vystřikovávána do duodena, kde napomáhá trávení tuků (Čihák, 2013, s. 157).

1.1.4 Cévní zásobení žlučníku

Jaterní tepna a. hepatica communis vychází z truncus coeliacus. Po odstupu arterie gastroduodenalis pokračuje jako a. hepatica propria. Ta probíhá v ligamentum hepatoduodenale vlevo od žlučovodu a dělí se na pravou a levou větev – a. hepatica propria dextra a a. hepatica propria sinistra.

Z pravé arterie hepatica propria odstupuje vinutá a. cystica, která probíhá v tzv. Calotově trojúhelníku ke žlučníku. Calotův trojúhelník je z chirurgického hlediska významná anatomická oblast, kterou ohraničuje ductus cysticus, ductus hepaticus a spodina jater. V tomto místě dochází při operacích nejčastěji k poranění jaterních cév a žlučových cest.

Žilní systém se dá rozdělit na dva typy, na přívodné a odvodné. Mezi přívodné žíly řadíme vena portae, která sbírá krev z nepárových orgánů dutiny břišní. Vena portae se v hilu jaterním dělí na ramus dexter a ramus sinister. Do ramus dexter ústí v. cystica, která odvádí krev ze žlučníku.

Odvodné žíly z jater sbírají krev z jednotlivých jaterních segmentů a ústí do dolní duté žíly. Lymfatické cévy žlučníku míří k uzlině v blízkosti d. cysticus, odkud pak mizní cévy sestupují k duodenopankreatickým uzlinám (Zeman a kol., 2014, s. 193; Fiala, 2015, s. 114–115).

1.2 Žlučové cesty

1.2.1 Uložení a dělení

Žlučové cesty odvádějí žluč z jater od porta hepatis v ligamentum hepatoduodenale do dvanáctníku. Výstelku žlučových cest tvoří žlučové vlásečnice a epitelové buňky (cholangiocyty). Žlučové cesty dělíme podle průběhu na:

a) Intrahepatální žlučové cesty (probíhající v játrech)

Intrahepatální žlučové cesty se skládají ze žlučových vlásečnic (*canaluculi biliferi*), které se sbírají mezi buňkami trámců v jaterních lalůčkách přes Heringovy kanálky, které vznikají na okraji lalůček ze žlučových vlásečnic. Spojením několika žlučových kanálků vznikají mezilalůčkové (*interlobulární*) žlučovody. Postupně se žlučovody spojují, až vzniknou dva lalokové žlučovody, a to pravý a levý jaterní žlučovod (*ductus hepaticus dexter et sinister*). Z porta hepatis vystupuje pravý a levý jaterní žlučovod a ty se dále spojují ve společný jaterní žlučovod (*ductus hepaticus communis*), a tím se stávají součástí mimojaterních žlučových cest.

b) Extrahepatální žlučové cesty (mimojaterní)

Extrahepatální žlučové cesty tvoří systém vývodů přicházející od porta hepatis v ligamentu hepatoduodenale ke dvanáctníku. Ductus hepaticus dexter at sinister vystupují z porta hepatis a tvoří začátek extrahepatálních žlučových cest. Spojením pravého a levého jaterního žlučovodu vzniká společný jaterní žlučovod (*ductus hepaticus communis*), který je 3–5 cm dlouhý a 5 mm široký. Žlučníkový vývod (*ductus cysticus*) se zprava připojuje na společný jaterní žlučovod. Dále spojením jaterního žlučovodu a žlučníkového vývodu vzniká žlučovod (*ductus choledochus*). Žlučovod je dlouhý 6–9 cm a široký 8–11 mm a dělí se na několik částí. Nejdříve probíhá v ligamentum hepatoduodenale nad dvanáctníkem, pak postupuje za ním ke slinivce, zezadu do ní vniká, spojuje se s ductus pancreaticus a společně ústí v papila duodeni maior (*Vateri*) (Hudák a kol., 2013, s. 199; Klener, 2011, s. 717; Balko a kol., 2017, s. 287; Hoch, 2011, s. 157–158).

1.2.2 Tvorba žluči

Žluč (*bilis, fel*) je vytvářena jaterními buňkami (*hepatocyty*) v játrech. Játra denně produkují 600–1000 ml žluči, která je žlučovými cestami odváděna do duodena. Část žluči vtéká volným d. cystikem do žlučníku, kde dochází k resorpci vody a anorganických iontů. Jaterní žluč je tekutina izotonická s plazmou. Žluč je žlutohnědé barvy a má v organismu několik funkcí – resorpce tuků, resorpce vitamínů rozpustných v tucích, vylučování bilirubinu, cholesterolu, steroidních hormonů, těžkých kovů, léků, toxických látek. Dále je potřebná při procesu trávení, neboť obsahuje složky, které aktivují střevní a pankreatické enzymy, a dále žluč neutralizuje střevní obsah, než se dostane natrávený do střev.

Transport žluči zajišťuje v nitrojaterních žlučovodech sekreční tlak jaterních buněk. Játra mají sekreční a exkreční funkci. Sekreční funkce jater je schopnost vytvářet žluč a odvádět ji do střeva, kde je nezbytná pro efektivní trávení lipidů. Exkreční funkce je úzce provázaná se sekreční funkcí žluči, a to tím, že se do ní dostávají látky, které nemají pro trávení žádný význam, ale umožňují jejich vyloučení střevem z těla. Vlastní výdej žluči do dvanáctníku je složitý neurohumorální děj, na kterém se podílí vegetativní nervová pletěň žlučovodů, hlavně papily a žlučník. Cholecystokinín se tvoří ve stěně dvanáctníku, uvolňuje se po příchodu potravy s obsahem zejména tuků a podílí se na koordinovanému otevření Oddiho svěrače a vyprázdnění žlučníku. Výdej žluči ovlivňuje sympatikus, který snižuje stahy žlučníku a zvyšuje tonus Oddiho svěrače, a parasympatikus podporuje stahy žlučníku a uvolnění svěrače.

Žlučové cesty se aktivně podílejí na úpravě složení žluči. Složení žluči produkované jaterní buňkou se mění při přechodu do žlučových cest. Tím, že se resorbuje část vody a elektrolytů, se žluč obohatí o hydrogenuhličitaný a chloridy a mění se pH. V noci se tvoří méně žluči než ve dne (Rokyta a kol., 2016, s. 162–163; Zeman a kol., 2014, s. 193).

1.2.3 Cévní zásobení žlučových cest

Tepny žlučových cest vycházejí z a. hepatica propria, která vychází vlevo od choledochu a je pokračováním a. hepatica communis po odstupu a. gastroduodenalis. Jaterní tepna se před svým vstupem do porta hepatis dělí na dvě větve, a to ramus dexter a ramus sinister. Z ramus dexter odstupuje vyvinutá a. cystica, která je důležitá pro zásobení žlučníku krví.

Žilní systém se dá rozdělit na dva typy, na přírodní a odvodné. Mezi přírodní žíly řadíme v. portae, jejíž pravá větev ramus dexter odvádí krev pomocí v. cystica ze žlučníku. V játrech se dělí na pravou a levou větev (Zeman a kol., 2014, s. 193; Čihák, 2013, s. 159).

2 ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ ŽLUČNÍKU

V této kapitole je cílem definovat, co je to cholecystitida a její rozdělení. Dalším cílem této kapitoly je zaměřeni na možnou etiologii cholecystitidy, klinický obraz, možné komplikace a terapie cholecystitidy.

2.1 Charakteristika

Cholecystitida je jedním z nejčastějších onemocnění žlučníku a patří mezi náhlé příhody břišní (NPB). U více než 90 % nemocných jsou zároveň přítomné žlučové kameny ve žlučníku (*cholecystolithiáza*). Žlučový kámen se stává rezervoárem infekce, překážkou v odtoku žluči cystikem, čímž dochází k nahromadění žluči ve žlučníku. Toto onemocnění může postihnout člověka v každém věku a pohlaví, ale nejčastěji jsou postiženy obézní ženy ve věku 20–50 let.

Cholecystitidu rozlišujeme podle klinického průběhu a morfologického nálezu na zánět žlučníku akutní a chronický (Klener, 2011, s. 725).

2.2 Rozdělení

2.2.1 Akutní kalkulózní cholecystitida

Akutní zánět žlučníku je závažné zánětlivé onemocnění žlučníku, které spadá do skupiny zánětlivých náhlých příhod břišních. Akutní zánět žlučníku probíhá ve formě edému, flegmóny, gangrény jeho stěny. Často se jedná o akutní vzplanutí chronické cholecystitidy.

Během rozvoje zánětu stěny žlučníku dochází k zánětlivé exsudaci do podjaterní krajiny. V okolí žlučníku se vyskytuje postupně serózní až hnisavý výpotek. Během několika hodin se slepují okolní orgány se stěnou žlučníku, především omentum, duodenum a transversum. Tvoří se tzv. pericholecystitický infiltrát, který omezuje šíření procesu do volné břišní dutiny. Obsah žlučníku se postupně zahušťuje fibrinem a hnisavými elementy. V prvních dnech akutního zánětu můžeme indikovat akutní cholecystektomii. Pokračuje-li se v konzervativním léčení, může dojít k uvolňování překážky v oblasti žlučníku a obsah ze žlučníku odtéká do žlučovodu. Zánět tedy pomalu ustupuje. Prosáknutí stěny žlučníku a okolí mizí, ale zůstávají srůsty s duodenem, transversem a omentem. Pokud zůstává překážka v oblasti krčku nebo cystiku, zánět může nadále pokračovat. Hnisavý obsah ve žlučníku může vyvolat několik komplikací (Zeman a kol., 2014, s. 199–200).

2.2.2 Chronická kalkulózní cholecystitida

Chronický zánět žlučníku se vyskytuje u 90 % nemocných s cholecystitidou. Zpravidla se jedná o zesílení stěny žlučníku s dokazatelným mikroskopickým zánětlivým exsudátem. Makroskopicky je stěna žlučníku ztlustělá, tužší a zarudlá. Při déletrvajícím zánětu stěny žlučníku dochází ke smršťování ztlustělé fibrózní stěny, a tím vzniká tzv. malý svraštelý žlučník. Při obstrukci d. cystiku se vytváří hydrops žlučníku. Žluč ve žlučníku se po vstřebávání žlučových barviv a kyselin odbarvuje. Vypadlé kalciové soli dodávají žluči bílou barvu. Tzv. porcelánový žlučník vzniká při ukládání vápenaté soli do vazivově změněné stěny žlučníku při jeho chronickém zánětu (Zeman a kol., 2014, s. 200).

2.2.3 Akalkulózní cholecystitida

Je výjimečné onemocnění u 5–10 % všech cholecystitid. Je méně obvyklá než kalkulózní forma. Vede k mnohem rychlejšímu průběhu, komplikacím až smrti. Kolem 6–17 % akutních cholecystitid vzniká bez výskytu koncrementů.

Akalkulózní cholecystitida je kombinací ischemie žlučnickové stěny s infekcí a chemickým poškozením stěny žlučníku. Významným rizikem je obstrukce. Velmi často se s touto situací setkáváme u osob, které jsou na úplné parenterální výživě, dlouhodobě hladovějících, u osob na ventilační podpoře, při polytraumatech, šoku, sepsi, popáleninách, komplikovaném porodu, po celkové anestezii, po operacích v dutině břišní. Velmi často se to týká nemocných po transplantacích a po chemoterapii.

Klinický obraz je podobný jako u kalkulózní cholecystitidy. Diagnostikovat akalkulózní cholecystitidu je velmi obtížné, protože nemocné osoby neměly do té doby žádné příznaky onemocnění žlučníku a žlučových cest. Důležitým vyšetřením je CT. Komplikace u akalkulózní cholecystitidy jsou časté a jsou stejné jako u kalkulózní cholecystitidy.

Léčebný postup u akalkulózní cholecystitidy je urgentní cholecystektomie nebo drenáž žlučníku (*cholecystostomie*) a standardním postupem je antibiotická léčba (Čěška a kol., 2020, s. 473; Klener, 2011, s. 727).

2.3 Etiologie

Část cholecystitid může být způsobena toxickým poškozením sliznice žlučníku při městnání. Dalšími podpůrnými příčinami jsou alergie, autoimunizace a ischemie. Zánět stěny žlučníku nejčastěji vyvolává *Escherichia coli*, stafylokoky, streptokoky a řidčeji jiné střevní bakterie. Mikroorganismy mohou proniknout do žlučníku krevní cestou přes játra, lymfatickou cestou anebo ascendentně intraduktálně (Zeman a kol., 2014, s. 199).

2.3.1 Akutní kalkulózní cholecystitida

Akutní zánět žlučníku se objevuje spíše u osob ve vyšším věku. U starších osob se může vyvinout bez předchozích příznaků. Akutní zánět žlučníku ovlivňují především dva faktory. Prvním z nich je obstrukce žlučnickového vývodu (*ductus cysticus*) žlučovým blátem nebo žlučovým konkrementem, čímž dochází k městnání žluči ve žlučníku. Druhým faktorem je zánět stěny žlučníku, k němuž vede vznik toxických látek. U žlučníku, který není schopen vyprázdnění, dochází ke vzestupu intraluminálního tlaku, zhoršení perfúze, ischémie stěny žlučníku a vzniku zánětu. Další možnou příčinou cholecystitidy mohou být pankreatické enzymy při regurgitaci do žlučníku. Významným rizikovým faktorem vzniku akutní cholecystitidy je tvorba konkrementů ve žlučových cestách (*cholelitiáza*) a diabetes mellitus (Klener, 2011, s. 725–726; Zeman a kol., 2014, s. 199).

2.3.2 Chronická kalkulózní cholecystitida

Chronický zánět žlučníku vzniká často buď pozvolným vývojem, nebo následkem akutní cholecystitidy jednorázové nebo opakované. Při vzniku chronické cholecystitidy se uplatňují mikrobiální infekce, chemické dráždění a metabolické příčiny. Podpůrným mechanismem je obstrukce ve žlučových cestách. Dále se na vzniku chronické cholecystitidy podílí regurgitace pankreatických šťáv a cholelitiáza. Při tvorbě cholesterolových kamenů nacházíme změny ve žluči a podobné změny ve žluči také vznikají při cholesterolóze žlučníku (Zeman a kol., 2014, s. 200).

2.4 Klinický obraz

Rozlišujeme zánět žlučníku podle klinického a morfologického průběhu na akutní a chronický. Velmi často chronický zánět doprovází akutní exacerbace (Zeman a kol., 2014, s. 198).

2.4.1 Akutní kalkulózní cholecystitida

Klinický obraz akutního zánětu žlučníku je proměnlivý. U akutní cholecystitidy vzniká poškození žlučnickové stěny, kdy okolo 85 % případů příznaky i bez terapie ustoupí, ale onemocnění může přejít do klidové chronické cholecystitidy.

- Subjektivní symptomy

Příznaky mohou být podobné jako u biliární koliky. Biliární kolika je silná svíravá bolest lokalizovaná v pravém podžebří s vlnovitým zesílením a poklesy v trvání několik minut. V porovnání s bolestí biliární koliky je bolest intenzivnější a zvyšuje se při hlubokém dýchání. Bolest u akutní cholecystitidy je v pravém podžebří vystřelující do zad pod pravou lopatku. Vzniklá pozvolně, sídlí v hloubce a je trvalá. Bolest

trvalého rázu se výrazně zhoršuje při pohybu a otřesech. Dalším obrazem je těžká schvácenost. V 90 % si nemocný stěžuje na pocit tlaku v celém břiše, nadmutí z plynatosti, velmi často je přítomna nauzea. Nemocný je vyčerpaný, unavený a má pocit zimnice, nařiká na žízeň (Klener, 2011, s. 726; Zeman a kol., 2014, s. 199; Souček a kol., 2019, s. 81).

- **Objektivní symptomy**

Pro akutní cholecystitidu jsou charakteristické bolesti v pravém podžebří s pohmatovým nálezem a teploty. Nemocný je schvácený, má oschlý jazyk, může být dehydratovaný. Ikterus většinou mírný. Častá je tachykardie a tachypnoe. Teplota dosahuje 38 °C a je doprovázena třesavkou. V 50–80 % je přítomné zvracení. Dále je výrazná palpační bolestivost v pravém podžebří, plynatost a v případech pericholecystitidy je břicho obtížné vyšetřit kvůli svalovému stažení. Murphyho příznak je pozitivní, potvrzuje jej bolest při hlubokém nádechu pod pravým žeberním obloukem. Žlučník je většinou nehmatný, někdy však možno palповat tuhý, hruškovitě zvětšený a bolestivý žlučník, tzv. hydrops žlučníku (Pokrivčák, 2014, s. 160; Klener, 2011, s. 726; Zeman a kol., 2014, s. 199).

2.4.2 Chronická kalkulózní cholecystitida

Klinický obraz chronického zánětu žlučníku je nenápadný, specifické příznaky chybí. Symptomy se široce překrývají se symptomatologií ostatních onemocnění gastrointestinálního traktu (Klener, 2011, s. 726).

- **Subjektivní symptomy**

Nemocní mají pocity břišního diskomfortu, plnosti, napětí v nadbřišku, tupé bolesti v pravém podžebří či v epigastriu nebo také v zádech. Nemocní popisují, že mají častou nesnášenlivost některých jídel. Častá je nauzea. Ze začátku onemocnění se mohou objevit žlučnickové koliky, ale s postupem choroby a se ztrátou funkce žlučníku jsou vzácnější.

- **Objektivní symptomy**

Objektivní vyšetření břicha nepřináší velký nálezný, spíše je chudý, až na určitou palpační bolestivost v pravém podžebří. Může být pozitivní Murphyho příznak. Někdy můžeme nahmatat žlučník jako hruškovitý tvar v pravém podžebří při hydropsu. Zvracení je vzácné. Nemocní jsou často obézní (Klener, 2011, s. 726; Zeman a kol., 2014, s. 200).

2.5 Diagnostika

K určení diagnózy, kromě anamnézy a klinického vyšetření nemocného (včetně Murphyho příznaku), nám pomáhají pomocná vyšetření (Klener, 2011, s. 726).

U akutní cholecystitidy je zásadní a základní zobrazovací metoda ultrazvukové vyšetření (dále jen USG) ukazující zesílení nebo rozdvojení žlučnickové stěny. USG je velmi rychlé a levné. Dále na RTG snímku břicha mohou být patrné kontrastní konkrementy v oblasti žlučníku, volný plyn při perforaci dutého orgánu do volné břišní dutiny. Dalším významným přínosem je vyšetření CT zobrazením. V laboratorním nálezu se prokazují známky akutního zánětu, tj. vysoká sedimentace a CRP krve, leukocytóza s posunem doleva, jaterní testy jsou obvykle normální, ale mohou být i výrazně zvýšeny. V moči prokážeme přítomnost bilirubinu. Nemocní, kteří mají ICHS, mohou mít přítomny změny na EKG. V diferenciální diagnostice je nutné myslet na akutní břišní příhodu, např. akutní pankreatitidu, akutní apendicitidu, peptický vřed.

Anamnesticky pomýšlíme na chronický zánět po opakovaných atakách akutní cholecystitidy. U chronické cholecystitidy diagnózu usuzujeme podle patologického RTG nálezu na žlučníku (afunkce, snížená schopnost zahušťovat a koncentrovat žluč). Žlučník je svraštělý, se zesílenou stěnou, zjištěný při základním vyšetřením USG žlučníku a žlučových cest. V laboratorním nálezu se prokazuje zvýšená sedimentace a leukocytóza zejména při empyému žlučníku. Doplňující informace může přinést CT nebo ERCP (Pokrivčák, 2014, s. 160; Horák, Ehrmann, 2014, s. 173; Zeman a kol., 2014, s. 199).

2.6 Komplikace

Komplikace mohou znamenat vážné ohrožení celkového stavu i života nemocného (Zeman a kol., 2014, s. 200).

U akutní cholecystitidy se může objevit řada komplikací, jako je hydrops a empyém žlučníku, odchod kamenů cystikem a vznik ikteru, perforace žlučníku, emfyzematózní cholecystitida, akutní pankreatitida a biliodigestivní píštěl.

Hydrops žlučníku vzniká při uzávěru ductus cysticus konkrementem nebo častěji při blokadě odtoku žluči uzávěrem žlučových cest, např. konkrementem nebo nádorem, kdy žluč nemá možnost odtékat. Žlučová barviva se postupně ze žluči resorbují a ve žlučníku zůstane čirá tekutina. Pokud zaklíněný kamínek v ductus cysticus přetrvává, vede ke vzniku empyému žlučníku. Žluč tedy nemůže odtékat a hromadí se hnisavá tekutina. Je to vlastně uzavřený absces v dutině břišní. Obraz empyému probíhá jako sepse. Pokud dojde ve stěně žlučníku k nekrotickým ulceracím, mluvíme o gangrenózní cholecystitidě, kdy je stěna

žlučníku výrazně prosáklá a nekrotická. Může dojít k perforaci žlučníku do volné dutiny břišní se vznikem závažné biliární peritonitidy nebo biliodigestivní píštěle, kterou kámen může projít do střeva. Pokud je kámen větší než 3 cm, může být příčinou biliárního ileu. Další komplikací akutní cholecystitidy je emfyzematózní cholecystitida, vzácná forma akalkulózní akutní cholecystitidy, kdy je přítomnost plynu ve žlučníku v důsledku klostridiové infekce.

Z nejčastějších komplikací se u chronické cholecystitidy jedná o opakované exacerbace akutní cholecystitidy, opakované cholangitidy s postižením jaterního parenchymu, tvorbu biliodigestivních píštělí, vznik jaterního abscesu, které mohou podporovat vznik akutní a chronické pankreatitidy nebo karcinomu žlučníku (Horák, Ehrmann, 2014, s. 173–174; Zeman a kol., 2014, s. 199; Klener, 2011, s. 727; Mačák, Mačáková, Dvořáčková 2012, s. 253; Ferko, 2015, s. 210).

2.7 Terapie

Akutní cholecystitida patří mezi zánětlivé náhlé příhody břišní (NPB), při progresi nebo komplikacích je nutná indikace k operačnímu řešení. U nemocného s akutní cholecystitidou je vyžadována hospitalizace a konzultace s chirurgem. Ohraničené záněty a infiltráty se řeší konzervativní terapií k potlačení zánětu.

Konzervativní terapie:

- Nemocný musí mít klid na lůžku, musí dodržovat hladovku, má parenterální přívod tekutin, pokládá se mu led na pravé podžebří. Per os podáváme jen tekutiny, ale u těžších forem je vhodná parenterální výživa. Na žlučnickovou dietu přecházíme velmi pomalu. Dále se podávají analgetika, která tlumí bolest, a spazmolytika. Antibiotická léčba je indikována u lehkých případech nevyžadujících operační zákrok, u těžkých forem se septickými komplikacemi anebo jako příprava před operačním zákrokem. Po odeznění akutního zánětu se nemocnému provede odložená cholecystektomie, kdy je nutné, aby pacient v domácím prostředí dodržoval dietu s omezením tuků.

Chirurgická terapie:

- Nejpoužívanější chirurgickou léčebnou metodou je laparoskopická cholecystektomie (L-CHCE).

Operační léčení rozlišujeme na:

- urgentní cholecystektomii,
- akutní cholecystektomii,
- odloženou cholecystektomii,
- plánovanou cholecystektomii.

Urgentní cholecystektomie se provádí při perforaci žlučníku, difusní peritonitidě, jedná se tedy o život zachraňující výkon.

Akutní cholecystektomie se provádí během 24, maximálně 72 hodin od začátku symptomů. Operační řešení u akutní cholecystitidy má lepší výsledky než odložený výkon. Operace se dnes provádí rutinně laparoskopicky (L-CHCE).

K odložené cholecystektomii se přistupuje po zklidnění zánětu. Obvykle je za 4–6 týdnů prováděna další hospitalizace k operačnímu výkonu po kompletní přípravě.

Elektivní cholecystektomie je prováděna plánovaně, bez akutních projevů nemoci a nekomplikované cholecystitidě. Nemocnému se do měsíce naplánuje termín operace.

Léčebný postup u chronické cholecystitidy je odstranění patologicky změněného žlučníku laparoskopickou cholecystektomií. Konverze na klasickou cholecystektomii se provádí při anatomicky nepřehledné situaci. Konzervativní léčba nezlepší ani nezastaví šíření zánětu, naopak prodlužování přítomnosti chronického dráždění vede ke vzniku následných komplikací (Zeman a kol., 2014, s. 200; Klener, 2011, s. 726; Schneiderová, 2014, s. 135; Holubová a kol., 2013, s. 217; Adamová, 2020, s. 335).

U starších pacientů, kteří nesou větší výkon, se mohou provádět výkony z důvodu terapeutického nebo diagnostického, jako je punkce žlučníku k založení punkční cholecystostomie. Cholecystostomie je vyústění žlučníku navenek, provádí se zavedením drénu do žlučníku z laparotomie nebo výhodněji punkčně pod UZ nebo CT kontrolou (Schneiderová, 2014, s. 135).

3 ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ ŽLUČOVÝCH CEST

V této kapitole je cílem definovat, co je to cholangitida a její rozdělení. Dalším cílem této kapitoly je zaměření na možnou etiologii cholangitidy, její klinický obraz, možné komplikace a terapie cholangitidy.

3.1 Charakteristika onemocnění

Cholangitida (*cholangitida*) je zánět především intrahepatálních a extrahepatálních žlučových cest. Cholangitida je velmi často spojena s částečnou nebo úplnou obstrukcí žlučových cest (Klener, 2011, s. 730).

3.2 Rozdělení

3.2.1 Akutní cholangitida

Akutní cholangitida je zánět žlučových cest a je téměř vždy spojena s částečnou obstrukcí žlučových cest při choledocholitiáze nebo stenózách žlučových cest. U akutní hnisavé obstrukční cholangitidy může infekce do žlučovodů proniknout ze střeva, z jater nebo žlučníku hematogenně nebo lymfogenně, vlivem velkého intraduktálního tlaku kvůli překážce ve žlučovodu. Infekce může vyvolat několik komplikací (Rozsypal a kol., 2013, s. 205; Schneiderová, 2014, s. 134; Zlatohlávek a kol., 2017, s. 298).

3.2.2 Chronická cholangitida

Chronický zánět žlučových cest (*cholangitida*) je mírnější forma prosté obstrukční cholangitidy, která vzniká na podkladě recidivující akutní infekce při částečném uzávěru žlučovodu. Opakované ataky zánětu mohou vést ke vzniku stenóz a zánětlivých infiltrátů v okolí (Češka a kol., 2020, s. 474; Klener, 2011, s. 731).

3.3 Etiologie

3.3.1 Akutní cholangitida

Velmi důležitým podpůrným momentem je stáza žluči při neúplné obstrukci. Dalšími příčinami neúplné obstrukce jsou choledocholitiáza, biliární striktury a nádorové obstrukce žlučových cest. Infekce se přes vaterskou papilu nebo biliárními píštěli ze střeva do žlučových cest dostává ascendentně. Infekce může ascendentně pronikat do jater, kde vzniká intrahepatální cholangitida žlučovodů. Zánět žlučových cest nejčastěji vyvolává *Escherichia coli*, *S. faecalis* a bakterie kmene *Clostridium*, *Enterobacter*. Žlučovody jsou naplněny infikovanou žlučí. Infikovaná žluč se zahušťuje a snadno se v ní tvoří kameny. Stěny žlučovodů

jsou zánětlivé, ztluštělé a mají porušenou motilitu, následkem čehož vznikají prozánětlivé stenózy a dilatace různých úseků (Klener, 2011, s. 730; Schneiderová, 2014, s. 134; Zeman a kol., 2014, s. 203).

3.3.2 Chronická cholangitida

Chronický zánět žlučových cest je mírnější formou prosté obstrukční cholangitidy. Vzniká na podkladě recidivujících akutních infekcí. Častý je průběh chronicky recidivující, kdy chronický zánět čas od času exacerbuje v akutních atakách. Stagnace žluči je hlavním vytvořením *E. coli* (Češka a kol., 2020, s. 474; Vodička a kol., 2014, s. 214).

3.4 Klinický obraz

3.4.1 Akutní cholangitida

Klinický obraz u akutní cholangitidy má charakter sepse.

- Subjektivní symptomy

Nemocný pociťuje různou intenzitu bolesti, spíše je tupá, tlaková, dlouhodobá. Nemocný je unavený, stěžuje si na žízeň, nechutenství, dyspepsii a na nauzeu.

- Objektivní symptomy

Při fyzikálním vyšetření je přítomný ikterus, játra jsou zvětšena, palpačně bolestivá. Nemocný je schvácený, může zvracet, má tachykardii, septické teploty, typická je tzv. Charcotova trias (bolest v pravém podžebří, horečka s třesavkou, zimnice, obstrukční ikterus). Může být přítomna zmatenost, hypotenze. Nejčastějším příznakem jsou recidivující ataky s různě dlouhými intervaly mezi nimi. Stolice je spíše světlejší, ale při kompletním uzávěru žlučových cest se stává achalickou (bílou) (Češka a kol., 2020, s. 474; Schneiderová, 2014, s. 134).

3.4.2 Chronická cholangitida

Zánět žlučovodu může mít u chronického průběhu mírnější příznaky.

- Subjektivní symptomy

Diagnostika chronické cholangitidy je velmi obtížná. Nemocný mívá nevolnost, nechutenství a svědění.

- Objektivní symptomy

Nemocný má subfebrilie, subikterus a může kachektizovat (Klener, 2011, s. 730).

3.5 Diagnostika

U akutní cholangitidy je diagnóza především klinická. Sestra opakovaně odebírá krev na hemokulturu, nejlépe po třesavce při výstupu teploty. V laboratorním nálezu se nachází zvýšená sedimentace, CRP, leukocytóza, patologický nález v jaterních testech a příznaky parciální obstrukce žlučových cest. V moči je přítomen bilirubin.

Důležitou roli v diagnostice hrají zobrazovací diagnostické metody. Neobejdeme se bez abdominální ultrasonografie a CT vyšetření. Nejspecifičtější metodou je ERCP (*endoskopická retrogádní cholangiopankreatografie*), pro průkaz cholangitidy a choledocholitiázy. ERCP se používá více jako terapeutická metoda a pro diagnostickou metodu kamenů ve žlučových cestách je indikována MRCP (*Magnetic Resonance Cholangiopancreatography*).

Diagnostika chronické cholangitidy je velmi podobná jako u diagnostiky akutní cholangitidy. Diagnóza se opírá o klinický průběh, průkaz inkompletní obstrukce žlučových cest. Pro diagnózu je důležitá zobrazovací metoda sonografie (USG), ale především ERCP, event. MRCP, PTC (*Perkutánní transhepatální cholangiografie*). V laboratorním nálezu může být vysoká sedimentace erytrocytů (Horák, Ehrmann, 2014, s. 175; Klener, 2011, s. 731).

3.6 Komplikace

Nejzávažnější komplikací zejména u akutní cholangitidy je obstrukční ikterus, biliární, sekundární pankreatitida, abscesy v játrech a sepse. Závažná komplikace u akutní cholangitidy je šíření infekce intrahepatálně se vznikem celkové sepse a vznikem jaterních abscesů. Další komplikací je akutní renální selhání z poklesu perfuse ledvinami spolu s jejich poškozením žlučovým pigmentem a bakteriemi.

U chronické cholangitidy může dojít až k nitrojaterní zánětlivé změně kolem žlučodů, která následně vyústí v sekundární biliární cirhózu. K rozvoji jaterních abscesů dochází při akutní exacerbaci. Ke vzniku karcinomu žlučových cest predisponuje sklerózující zánět (Vodička a kol., 2014, s. 213–214).

3.7 Terapie

Cílem terapie je odstranění potíží spojených s onemocněním žlučových cest a postupné vyloučení symptomů, jako je bolest, dyspeptické potíže, nechutenství.

Prvním opatřením a základem léčby je antibiotická léčba, která se musí nasadit ihned.

I několikahodinové zpoždění zhoršuje další klinický průběh septického stavu. Nemocnému se podává infuzní terapie a parenterální výživa. Dalším cílem léčby je podávání analgetik v kombinaci se spasmolytiky pro odstranění/zmírnění bolesti.

Druhým opatřením je odstranění kamene nebo kamenů ze žlučových cest. To provádíme metodou první volby ERCP (*endoskopická retrogádní cholangiopakreatografie*), která je schopná odstranit překážku papilosfinkterotomií, odstranění kamenu stažením/rozdrčením, a zavede se stent k drenáži žlučových cest. Po odeznění akutního zánětu je možné indikovat nemocného k laparoskopické cholecystektomii. Při neúspěšném ERCP je nutné chirurgické řešení, a to choledochotomie s extrakcí kamenů ze žlučovodu a sondáží přes papilu do duodena. Odpor ve žlučovodu je možné zašít nebo do něj vložit T-drén k drenáži žluči a k pozdější cholangiografii. Při zúžení vstupu žlučovodu do duodena se provádí papilosfinkterotomie (PST). Při rozšířených žlučových cestách je možné založit biliogestivní spojku.

Zásadním postupem u chronické cholangitidy je podání antibiotické léčby, podle citlivosti se aplikuje jak celkově, tak i lokálně přímo do žlučových cest. Dalším léčebným důležitým postupem je drenáž žlučových cest papilotomií při ERCP a odstranění překážky. Je nutné, aby pacient v domácím prostředí dodržoval dietu s omezením tuků (Češka a kol., 2020, s. 474; Vodička a kol., 2014, s. 214; Schneiderová, 2014, s. 134).

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Cílem této kapitoly bude popsat specifickou ošetrovatelskou péči o pacienty se zánětem žlučníku a žlučových cest v předoperačním a pooperačním období a domácím prostředí.

Zásadní úlohou sestry v rámci chirurgického ošetrovatelství je pozorování a posuzování stavu pacienta, znalosti chorobného procesu, operačních výkonů, rizik a komplikací spojených s chirurgickým výkonem. Všeobecná sestra v chirurgických oborech rozeznává odchylky od běžného průběhu a varovné signály komplikací s cílem zahájit včasné intervence ve spolupráci s ostatními členy multidisciplinárního týmu.

Specifika ošetrovatelské péče všeobecné sestry o pacienty se zánětem žlučníku a žlučových cest na standardním chirurgickém oddělení:

- Sestra dodržuje prevence nozokomiálních nákaz, což zahrnuje hygienu rukou a používání ochranných pomůcek.
- Sestra sleduje a hodnotí stav pacienta před operací a v pooperačním období.
- Vyhledává aktuální potřeby pacienta, který podstupuje chirurgický zákrok.
- Sestra určuje ošetrovatelské diagnózy.
- Sestra provádí veškeré ošetrovatelské intervence u pacienta před operací a v pooperačním období.
- Realizuje bezpečnou a kvalitní ošetrovatelskou péči.
- Postupuje dle ordinace lékaře.
- Vše zaznamenává do dokumentace.
- Sestra edukuje pacienta a jeho rodinu o dietním režimu a prevenci komplikací a ošetřování v domácím prostředí (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 21).

4.1 Specifika ošetrovatelské předoperační přípravy

Cílem důsledné předoperační přípravy u pacienta je zabránění vzniku pooperačních komplikací. Operační výkony z časového hlediska rozlišujeme na plánované (např. odstranění žlučových kamenů), urgentní (např. náhlé příhody břišní) a neodkladné výkony z vitální indikace (např. rozsáhlé krvácení ohrožující život pacienta) (Slezáková a kol., 2019, s. 34).

DLOUHODOBÁ PŘÍPRAVA PACIENTA NA OPERACI

Plánovaný operační výkon se provádí u nemocných se zánětem žlučníku a žlučových cest bez akutních projevů nemoci. Pacientovi se naplánuje termín víc než měsíc před výkonem. Pacientovi jsou důsledně provedena předoperační vyšetření, která mohou zabránit vzniku pooperačních komplikací.

Dlouhodobá příprava pacienta se zánětem žlučníku a žlučových cest na operaci zahrnuje kompletní interní předoperační vyšetření. Internista posoudí celkový zdravotní stav a určí rizika pro operační výkon, případně upraví medikaci pro perioperační období (vysazení perorálních antikoagulancií s převedením na nízkomolekulární hepariny apod.). Výsledky interního vyšetření nesmí být starší než 14 dnů před plánovaným operačním výkonem. Interní vyšetření dále zahrnuje EKG, rentgenové vyšetření srdce a plic (nepatří mezi rutinní vyšetření), klinické vyšetření a screeningové vyšetření krve (krevní obraz – s rozpočtem leukocytů, KO + diff, základní biochemie – ionty, urea, kreatinin, jaterní testy, bílkovina apod., krevní skupina + Rh faktor, hemokoagulace – APTT, QUICK) a moči (moč + močový sediment, cukr a aceton). Dále mohou být doplněna další speciální vyšetření na základě rozhodnutí lékaře podle celkového stavu pacienta.

Pacient je před cholecystektomií přijímán den před operací na chirurgické oddělení. Zdravotní sestra vyhodnotí subjektivní a objektivní údaje pacienta týkající se zejména dyspeptických potíží jako nauzea, zvracení, nadýmání, bolesti v pravém podžebří a důležitá je anamnéza biliárních kolik apod. Dále kontroluje vitální funkce (TK, P, D, TT), které zaznamenává do dokumentace. Pokud jsou v laboratorních výsledcích známky cholestázy, ikteru nebo pankreatitidy, je nutné informovat lékaře.

Sestra ze zjištěného stavu pacienta stanoví ošetrovatelské diagnózy a plán ošetrovatelské péče. Důležitá je edukace pacienta o předoperační přípravě, pooperačním režimu a prevenci komplikací (např. vstávání z lůžka). Lékař – operatér provede rozhovor s pacientem, po rozhovoru pacient podepíše informovaný souhlas s operací. Další specifika péče se řídí stavem pacienta a standardy oddělení (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 188).

Anesteziologická příprava – Začíná po příchodu anesteziologa na oddělení za pacientem, kdy lékař hodnotí zdravotní stav pacienta a seznamuje ho s anestezií a možnými riziky, která mohou nastat v průběhu operace. Anesteziolog rozhoduje o premedikaci u pacienta. Den před operací může ordinovat sedativa a hypnotika pro nerušený spánek, které sestra podá dle ordinace lékaře.

Psychická příprava – Sestra a lékaři se podílejí na minimalizaci strachu a stresu z operace. Nebagatelizujeme otázky pacienta, které se bezprostředně týkají např. operačního výkonu, pooperační bolesti aj.

Fyzická příprava – Sestra musí zajistit přípravu operačního pole. Musí být zajištěna důsledná hygienická péče s použitím antibakteriálního mýdla, odstranění ochlupení strojkem (Schniderová, 2014, s. 23–24; Slezáková a kol., 2019, s. 34; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 26–33; Blažek, 2012, s. 427).

KRÁTKODOBÁ PŘÍPRAVA PACIENTA NA OPERACI

Krátkodobá příprava pacienta se zánětem žlučníku a žlučových cest se odehrává do 24 hodin před samotným operačním výkonem. Povinnost lékaře a všeobecné sestry je zhodnotit dostupné informace a zkontrolovat výsledky předoperačních vyšetření dle svých kompetencí.

V rámci krátkodobé předoperační přípravy sestra zajistí kontrolu dokumentace (zejm. informovaných souhlasů s anestezií, operačním výkonem) a upozorní na možné patologické hodnoty výsledků vyšetření. Sestra zajistí invazivní vstup dle potřeby ordinace lékaře (PŽK, PMK aj.), aplikaci léků dle ordinace lékaře (infuzní terapie, antibiotická profylaxe, premedikace, analgetika).

Anesteziologická příprava – Sestra asistuje při anesteziologickém vyšetření. Anesteziolog seznamuje pacienta s anestezií. Pacient podepíše informované souhlasy s podáním anestezie. Sestra podává premedikaci dle ordinace anesteziologa, který ji určil na základě výsledků dostupných vyšetření.

Fyzická příprava – Sestra připraví operační pole (důsledná hygienická péče použitím antibakteriálního mýdla, odstranění ochlupení, dezinfekce pupku). Sestra zhodnotí soběstačnost pacienta a podle toho se provádí celková hygiena, která zahrnuje péči o nehty, vlasy. Sestra edukuje pacienta o lačnění 6–8 hodin před výkonem. Cílem omezení příjmu potravy a tekutin je snížit riziko aspirace. Důležitou přípravou je prevence tromboembolické nemoci, dle ordinace lékaře sestra přiloží bandáže na dolní končetiny. Pro nerušený spánek a zvládnutí stresu sestra podává den před operací sedativa, hypnotika, dle ordinace anesteziologa.

Psychická příprava – Důležitá je komunikace mezi sestrou a pacientem (představení se, edukace, seznámení s režimem oddělení). Sestra a lékaři se podílejí na minimalizaci strachu a stresu z operace. Nebagatelizují otázky pacienta, které se bezprostředně týkají např. operačního výkonu, pooperační bolesti aj. (Schniderová, 2014, s. 26–27; Slezáková a kol., 2019, s. 35–36; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 34–36; Blažek, 2012, s. 427).

BEZPROSTŘEDNÍ PŘÍPRAVA PACIENTA NA OPERACI

Bezprostřední předoperační příprava se omezuje na časový úsek 1–2 hodiny před výkonem.

Sestra v bezprostřední předoperační přípravě zaměřuje kontrolu na dokumentaci pacienta, dostupných výsledků (informované souhlasy s operačním výkonem, podání anestezie, výsledky vyšetření, bezpečnostní protokol). Dále sestra kontroluje operační pole (hygienická péče, oholení ochlupení), lačnění, chrup (odstranění snímatelné zubní náhrady

z dutiny ústní), vyprázdnění, odložení šperků a psychický stav pacienta (komunikace s pacientem). Další navazující ošetrovatelskou intervencí je přiložení bandáží, zajištění invazivních vstupů, aplikace medikace dle ordinace lékaře a sbalení věcí, sepsání cenností dle zvyklosti oddělení. Sestra aplikuje premedikaci na základě ordinace anesteziologa (analgetika, benzodiazepiny). Při podávání každého léku je potřeba, aby sestra měla na paměti výskyt eventuální alergické reakce. Sestra edukuje pacienta, po podání premedikace musí pacient dodržovat klidový režim na lůžku. Sestra vše zaznamenává do dokumentace pacienta (Schneiderová, 2014, s. 26–27; Slezáková a kol., 2019, s. 36; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 36; Blažek, 2012, s. 428).

PŘÍPRAVA PACIENTA K URGENTNÍ OPERACI

Urgentní cholecystektomie se provádí při perforaci žlučníku, difusní peritonitidě, jedná se tedy o život zachraňující výkon.

Urgentní výkon je zatížen vyšším rizikem komplikací kvůli nedostatku času na přípravu. Prvořadým úkolem je zajištění vitálních funkcí a posouzení GCS. Důležité je provést orientační kompletní fyzikální vyšetření pacienta. Sestra dle ordinace lékaře uskuteční odběry krve a moči na laboratorní vyšetření krevní skupiny, moč chemický + sediment, vyšetření iontů v séru, urey a kreatininu v séru, glykémie a jaterní testy. Odběry biologického odběru jsou prováděny STATIM. Hygienická péče je zaměřena na odstranění hrubých nečistot, sejmutí civilního oděvu a šperků, vyjmutí snímacích náhrad z dutiny ústní. Pokud je pacient přivezen rychlou záchranou službou, je často napojen na monitor a má zajištěné invazivní vstupy a dostává infuze k náhradě tekutin. Sestra podává veškeré léky intravenózně, včetně premedikace. Sestra zajistí podání léků k prevenci TEN, dle ordinace lékaře. Vzhledem k nedodržení lačnění jsou prováděny intervence k prevenci aspirace (NGS, intubace), dle ordinace anesteziologa. Podle časových možností sestra provádí další doplňující vyšetření (EKG atd.) dle ordinace lékaře. Dále je potřeba uschovat cennosti.

I pod časovým tlakem bychom měli chápat pacienta jako bio-psycho-sociální a spirituální jednotku. Všeobecná sestra by si měla najít dostatek času pro komunikaci s pacientem, aby snížila strach ze strany pacienta a zabránila vzniku nedorozumění (Schneiderová 2014, s. 28–29; Slezáková a kol., 2019, s. 37; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 37–38; Blažek, 2012, s. 428).

4.2 Specifika ošetrovatelské pooperační péče

O překladi pacienta na standardní oddělení z operačního sálu rozhoduje anesteziolog ve spolupráci s operátorem. Při nekomplikovaném průběhu je pacient po operaci přeložen na první dvě hodiny na dospávací pokoj, kde je v blízkosti operačního sálu v péči anesteziologa a anesteziologické sestry. Po plném probrání k vědomí (patrné obranné reflexy – schopnost odkašlat a polykat) a při dobrém stavu dýchání po celkové anestezii je pacient přeložen na standardní chirurgické lůžkové oddělení (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 190).

Sestra v pooperační péči na standardním chirurgickém lůžkovém oddělení u pacienta po operaci žlučníku a žlučových cest zajišťuje:

- **Monitorování pacienta po operaci**

Sestra v bezprostředním pooperačním období sleduje hlavní životní funkce: stav vědomí (propojitelnost, reakce na slovní výzvu a slovní kontakt), dýchání (saturace krve kyslíkem, frekvence dýchání), srdeční činnost a krevní oběh (měření krevního tlaku a frekvence srdeční činnosti). V prvních hodinách po operaci může být pacientovi podána oxygenoterapie. Monitorování vitálních funkcí (TK, P, D, TT) a stavu vědomí sestra provádí v pravidelných intervalech (v prvních hodinách 15-30-60 min., pokud je pacient stabilní, interval se prodlužuje na 2–4 hodiny), dle ordinace operátora a anesteziologa. Dále sleduje příznaky krvácení nebo šoku. Sestra provede odběry krve na vyšetření krevního obrazu a biochemické vyšetření dle ordinace lékaře (Slezáková a kol., 2019, s. 37; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 190).

- **Sledování bolesti (dolor) a aplikace analgetik**

Pacient mívá po operaci většinou bolesti operační rány, které se dostavují po odeznění anestetika. Nikdy bolest u pacienta nepodceňujeme. Pacient po laparoskopické operaci může pociťovat bolest pravého ramene z důvodu zbytku nevstřebatelného CO₂. Po cholecystektomii jsou bolesti obecně nejsilnější v den operace, bolesti ramenou jsou první den po operaci zřídka, ale na intenzitě nabírají další den a trvají přibližně tři dny po operaci. Po laparoskopické cholecystektomii se může pacient vyhýbat pohybu a otáčení, povrchně dýchá, aby necítil bolest. Pro prevenci pooperačních komplikací je důležité hluboké dýchání a postupná aktivita, proto je zásadní dostatečná analgezie pacienta. Při aplikaci analgetik se sestra řídí podle ordinace lékaře. Používáme hodnotící metody, které sledují intenzitu bolesti. Nejčastější metodou hodnocení intenzity bolesti je verbální škála, neverbální škála, vizuální škála (Slezáková a kol., 2019, s. 38; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 190–191).

- **Péče o operační ránu**

Operační rána vyžaduje klid, aby se mohla hojit, proto ji zbytečně nepřevazujeme. Krytí vyměňujeme až po 24–48 hodinách. Při prosakování krytí krví se nejdříve přiloží další vrstva a krytí se dále sleduje. Operační rána je přikryta sterilním krytím. Obvaz má přesahovat 30 % okraje operační rány a má být vzdušný. Sestra sleduje krytí operační rány a možné známky komplikací. Dále sleduje možné zarudnutí v okolí rány, známky krvácení, sekreci z operační rány, přítomnost rezistence v okolí rány. Sestra edukuje pacienta, aby při činnostech, kdy dochází ke zvýšení nitrobřišního tlaku (kašel, smích aj.), fixoval ránu přiložením ruky a jemným tlakem na břišní stěnu (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 191; Schneiderová, 2014, s. 72–73).

- **Péče o drény po operaci**

Nezbytnou součástí pooperační péče je péče o drén, kdy všeobecná sestra kontroluje funkčnost drénu, sleduje charakter drénovaného obsahu, jeho množství, barvu a vzhled, sleduje okolí drénu a možné známky infekce a další komplikace. Vše je zaznamenáno do dokumentace pacienta.

Možné typy drénu po operaci žlučníku a žlučových cest. Prvním nejčastějším je Redonův drén, který se zavádí nejčastěji po laparoskopické operaci. Úkolem sestry je sledovat podtlak a funkčnost drénu. Možné odstranění drénu je první až druhý den po operaci, je-li odpad menší než 30–50 ml. Druhý drén se nazývá SH drén (subhepatální), který je samospádový. Drén je napojen na sběrný systém uložený pod úroveň zavedení drénu. Sestra sleduje funkčnost drénu, množství apod. Sběrný systém sestra vyměňuje denně, vše zaznamenává do dokumentace. Možné odstranění drénu je první až druhý den po operaci. Posledním drénem je T-drén, který se zavádí do ductus choledochus. T-drén umožňuje odlehčení ve žlučových cestách odvodem žluči navenek, umožňuje kontrolu žlučových cest v pooperačním období a při netěsnosti primární sutury choledochotomie nehrozí únik žluči do volné dutiny břišní. Sestra T-drén napojí na sběrný sáček na samospád, dále sleduje barvu, množství, charakter apod. Je nutná bilance odtoku žluči. Dle ordinace lékaře sestra provádí postupné zaškrcování drénu, v průběhu sleduje nevolnost pacienta a odtékání drénu. Vše zaznamenává do dokumentace a předává lékaři. Odstranění drénu je možné desátý den po operaci, případně pacient s T-drénem odchází do domácí péče. Nutná je edukace v oblasti péče o T-drén (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 191–192).

- **Péče o vyprazdňování a výživu po operaci**

Sestra u pacienta sleduje bilanci příjmu a výdeje tekutin, vše zaznamenává do dokumentace pacienta. Sestra sleduje u pacienta stav hydratace, diurézu za 24 hodin. Po operaci sledujeme spontánní vyprázdnění močového měchýře, které by mělo proběhnout do 6–8 hodin od operace. Po laparoskopické operaci v prvních pooperačních dnech přetrvává pocit nafouklého břicha se zvýšeným odchodem plynů. Za 2–3 dny se obnovuje činnost střev. Tekutiny pacient v den operace dostává intravenózně. Po 2–4 hodinách po operaci může pacient přijímat tekutiny per os. Sestra sleduje nauzeu a zvracení u pacienta, které se často vyskytnou jako následek anestezie, většinou odezní do 6–12 hodin po výkonu. Sestra podává léky proti nauzeu nebo zvracení dle ordinace lékaře. Perorální příjem tekutin se zahájí v průběhu prvních 24 hodin dle ordinace lékaře následovně: NPO – čaj po lžičkách – 0/S. Dále přecházíme na dietní omezení: dieta č. 0 (tekutá), č. 1 (kašovitá), č. 4S (s přísným omezením tuků), č. 4 (šetrící s omezením tuků), dle stavu pacienta, individuálních tolerancí, možných přidružených onemocnění a obnovení střevní peristaltiky (Slezáková a kol., 2019, s. 38–39; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 193).

- **Prevence komplikací v pooperačním období**

Sestra s pacienty provádí dechovou rehabilitaci a zároveň jim každou hodinu připomíná potřebu hlubokého dýchání, protože po operacích biliárního traktu jsou pacienti náchylnější k plicním komplikacím.

Dále je důležité podporovat mobilizaci, která slouží k prevenci tromboembolie, stimulace obnovy střevní peristaltiky aj. Sestra dbá na hydrataci, časnou mobilizaci a vertikalizaci mimo lůžko, protože to je nejúčinnější preventivní opatření vzniku nitrožilních trombů. Pokud u nemocného není možná vertikalizace, má nemocný po operaci provádět cvičení dolními končetinami a dechová cvičení.

U pacientů po operaci žlučníku je možnou komplikací riziko krvácení. Proto sestra pečlivě sleduje vitální funkce pacienta, operační ránu a drén. Po laparoskopické cholecystektomii se hodnotí výskyt nauzey, nechutenství, zvracení, bolesti, zvýšení tělesné teploty. Tyto uvedené příznaky mohou signalizovat infekci nebo krvácení do dutiny břišní. Sestra vše hlásí lékaři a zaznamenává do dokumentace (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 193–194).

- **Zvláštní sledování**

Sledování invazivních vstupů. Sestra sleduje u pacienta místo invazivního vstupu, jeho zarudnutí, bolest, otok. Sestra vše zapisuje do dokumentace pacienta (Slezáková a kol., 2019, s. 38).

4.3 Plánování propuštění pacienta z nemocnice

Pacient je po laparoskopické cholecystektomii hospitalizovaný většinou 3–5 dnů a rekonvalescence trvá asi 2–3 týdny. Po laparotomické cholecystektomii je hospitalizovaný většinou delší dobu, a to 7–10 dnů a rekonvalescence trvá asi 4–6 týdnů.

U pacienta musí být před propuštěním do domácího prostředí splněna následující kritéria:

- Pacient kontroluje svou bolest operační rány.
- Pacient toleruje předepsanou dietu.
- Pacient močí spontánně, má spontánní odchod plynů a stolice.
- Pacient má známky normálního hojení operační rány.
- Pacient nemá známky a symptomy infekce nebo pooperační komplikace.
- Pacient zná způsob prevence pooperační infekce.
- Pacient projevuje schopnost péče o operační ránu.
- Pacient vyjmenuje známky a příznaky, které musí hlásit lékaři.

Po laparoskopické cholecystektomii je pacient hospitalizován krátkou dobu, klade se důraz na důkladnou edukaci pacienta před propuštěním domů. Oblasti edukace pacienta před propuštěním do domácího prostředí jsou:

- návrat k běžným aktivitám – chůze možná ihned, vyhýbat se zvedání předmětů nad 2,5 kg během prvního týdne, obnova sexuálního života podle potřeby,
- péče o operační ránu – denní kontrola možných známek infekce operační rány, mytí operační rány vodou – sprcha po jednom až dvou dnech,
- dietní omezení – pokračovat v normální stravě, postupně přidávat tuky v malých dávkách. Nevhodné potraviny jsou káva, alkohol, nadýmavé potraviny, čerstvé pečivo a máslo, tučná a smažená jídla,
- kontrola bolesti po operaci – vzpřímený sed na lůžku nebo křesle, nepříjemnosti může event. snížit chůze,
- kontrola v chirurgické ambulanci nebo u praktického lékaře v případě jakýchkoliv problémů (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 194–195).

4.4 Domácí péče

Při onemocnění žlučníku a žlučových cest je pacient důkladně edukován o dietním omezení v domácím prostředí.

Dietu rozlišujeme:

1. po biliární kolice na dietu s přísným omezením tuků – 4S;
2. při chronickém průběhu cholelitiázy, cholecystolitiázy apod. je dieta šetřící s omezením tuků – 4.

Po akutní biliární kolice je dietní omezení s přísným omezením tuku. Tato dieta se nepodává pacientům dlouhodobě, protože není energeticky a biologicky plnohodnotná. Jsou zcela vyloučeny mastné bílkoviny, mléčné výrobky a volné tuky na mazání a přípravu pokrmů. Maximální příjem bílkovin je 30 g/den, který je tvořen především bílkovinami rostlinného původu. Příjem tuků nepřesahuje 20 g/den. Pokrmy se vaří a zpočátku se podávají v kašovitě formě. Dieta vyžaduje dostatek tekutin. Vhodný je čaj se suchary a vařené ovoce, rýže a těstoviny.

Při chronickém průběhu nemoci je dieta pestřejší. Tato dieta je velmi individuální a záleží na toleranci jednotlivých pacientů. Svérázný výběr potravin může zabránit zhoršení subjektivních obtíží. Pacient má striktně zakázanou přípravu smažením. Množství tuku na den je 60 g. Při přípravě jídla se maso dusí nebo vaří (Holubová a kol., 2013, s. 217).

Po akutní biliární kolice nebo při chronickém průběhu cholelitiázy, cholecystolitiázy je pacient před propuštěním do domácího prostředí edukován o možné případné bolesti břicha a její kontrole. Pacient umí popsat bolest a její intenzitu. Léky proti bolesti má pacient předepsané dle ordinace lékaře nebo dle vlastní zvyklosti za pomoci příbalového letáku (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 193–194).

Pacient po cholecystektomii musí být před propuštěním do domácího prostředí důkladně edukován. V případě jakýchkoliv známek infekce v místě operační rány (zarudnutí, otok, sekrece) nebo okolí, zvýšené tělesné teploty nad 37,7 °C dva následující dny, dále v případě nauzey, zvracení nebo bolesti břicha je pacient poučen o potřebné okamžité kontrole v chirurgické ambulanci. Pacient je dále poučen o dietním omezení, péči o operační ránu, kontrole bolesti. Léky proti bolesti má pacient předepsané dle ordinace lékaře nebo dle vlastní zvyklosti za pomoci příbalového letáku (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 194).

Důležitá je edukace, jak pečovat o jizvu u pacienta po cholecystektomii. Pacient je poučen o vyndání stehů po sedmém až desátém dnu od operace na chirurgické ambulanci. Při jakýchkoliv potížích, komplikacích navštíví chirurgickou ambulanci. Pacient si denně

kontroluje případné známky infekce operační rány. Pacient si operační ránu udržuje v čistotě – omývání čistou vodou a vhodné ošetření (např. dezinfekčními prostředky), sníží riziko infekce. Vhodné je použití mýdla bez parfemace, alkoholu, mentolu nebo citrusových výtažků. Dále je vhodné na zhojenou operační ránu tlačit prstem přibližně půl minuty. Důležitou zásadou je začít s lehkým cvičením (chůze možná ihned), tkáně potřebují kvalitní zhojení (přibližně šest týdnů). Nezvedat předměty nad 2,5 kg obvykle jeden až dva týdny. Dále je třeba nevystavovat jizvu slunci, zabrání se tak ukládání pigmentu způsobujícího tmavé zbarvení (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 194).

Edukace o dietním omezení po cholecystektomii je taková, že nemocný nemusí po cholecystektomii dodržovat nutná zvláštní dietetická opatření. Pacient pokračuje v normální stravě, postupně v malých dávkách přidává tuky. Nevhodné potraviny jsou káva, alkohol, nadýmavé potraviny, čerstvé pečivo a máslo, tučná a smažená jídla (Kasper, 2015, s. 242; Zlatohlávek, 2019, s. 283).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Cílem této kapitoly je popsání vzájemně se prolínajících fází ošetřovatelského procesu.

Úlohu sestry formulovala v roce 1966 Virginia Hendersonová takto:

„Pomáhat člověku zdravému či nemocnému ve výkonu činností přispívajících ke zdraví, uzdravení nebo pokojné smrti, které by vykonal sám, kdyby měl nezbytnou sílu, vůli nebo znalosti.“

Metodou moderního ošetřovatelství je ošetřovatelský proces, což znamená způsob, jak sestra vykonává péči o člověka. Tato péče je založená na uvážení a organizovaném uspokojování potřeb a řešení problému. Ošetřovatelský proces zahrnuje principy rozpoznání potřeb lidí vyžadujících ošetřovatelskou péči. Hlavním cílem moderní ošetřovatelské péče je poskytování kvalitní ošetřovatelské péče – uspokojování individuálních potřeb člověka (podpora a udržení zdraví), respektování holistického přístupu v péči o nemocné, respektování přání pacienta a nedirektivní jednání, chápání pacientů jako aktivních účastníků péče.

Samostatný proces představuje sérii plánovaných, vzájemně propojených činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Série při individualizované ošetřovatelské péči provádíme ve prospěch nemocného. Tyto ošetřovatelské činnosti umožní, aby se sestra samostatně rozhodla pro nejlepší způsob péče, dosáhla stanovených cílů a mohla měřit pokrok pacienta (Tóthová a kol., 2014, s. 14; Mastiliaková, 2014, s. 32; Hearther Herdeman a kol., 2020, s. 71).

Americká asociace sester (ANA) v roce 1973 uveřejnila využití ošetřovatelského procesu jako standard ošetřovatelské praxe pětifázový proces, jehož jednotlivé fáze mají následující označení:

- posouzení/zhodnocení;
- diagnostika;
- plánování;
- realizace;
- vyhodnocení (Tóthová a kol., 2014, s. 7–8; Mastiliaková, 2014, s. 38).

POSUZOVÁNÍ – 1. fáze ošetřovatelského procesu.

Při zahájení ošetřovatelského procesu je prvním krokem posuzování zdravotního stavu pacienta. Posuzování zahrnuje včasné a správné zhodnocení zdravotního stavu pacienta realizací základních pěti činností, které jsou provedené v jednotlivých fázích. První fází je sběr dat (sestra sesbírá všechny údaje, které souvisí se zdravotním stavem pacienta).

Druhou fází je kontrola platnosti údajů (sestra kontroluje údaje – musí být přesné a platné). Třetí fází je uspořádání údajů (sestra uspořádá nejrychleji a nejjednodušší získané údaje pro rozlišování problému). Čtvrtou fází je kontrola správnosti prvního dojmu (během sběru dat se sestra soustředí na získání dalších informací ke stanovení problému). Pátou fází je hlášení a zaznamenávání údajů (hlášení zdravotního stavu pacienta lékaři a zaznamenávání údajů do dokumentace). Hlavní metody pro získání informací přímo od nemocného je pozorování, rozhovor a fyzické vyšetření (Tóthová a kol., 2014, s. 37–61; Mastiliaková, 2014, s. 32; Hearther Herdeman a kol., 2020, s. 59).

DIAGNOSTIKA – 2. fáze ošetrovatelského procesu.

Po ukončení zhodnocení zdravotního stavu pacienta následuje druhá fáze – diagnostika. Diagnostika je fáze, ve které probíhá analýza a syntéza získaných údajů, při němž se uplatňují procesy myšlení, kritické myšlení, rozhodování, zkušenosti a dovednosti. Cílem ošetrovatelské diagnózy je rozpoznání a hodnocení lidské odpovědi na nemoc. Definice ošetrovatelské diagnózy je klinickým posouzením lidské reakce na zdravotní stav nebo náchylnosti jedince, rodiny, skupiny. Každá ošetrovatelská diagnóza má vlastní název a svou definici. Sestra musí znát informace, které se používají ke stanovení diagnózy a možnému rozlišení diagnóz mezi sebou. Mezi tyto informace patří určující znaky (známka nebo symptom), související faktory (příčina nebo přispívající faktory) a rizikové faktory (zvyšuje riziko, z hlediska prostředí, z hlediska psychologického nebo genetického) (Tóthová a kol., 2014, s. 63–88; Mastiliaková, 2014, s. 33; Hearther Herdeman a kol., 2020, s. 60).

PLÁNOVÁNÍ – 3. fáze ošetrovatelského procesu.

Zhodnocení zdravotního stavu a stanovení ošetrovatelské diagnózy navazuje plynule na plánování ošetrovatelské péče. Fáze plánování je proces stanovení ošetrovatelských strategií či intervencí s cílem možné prevence, redukce či eliminace pacientových zdravotních problémů, které se během diagnostické fáze zjistily. Při tomto procesu sestra spolupracuje s pacientem a jeho rodinou a členy multidisciplinárního týmu. Proces plánování je systematický, uvážený pro dosažení kvalitní ošetrovatelské péče (Tóthová a kol., 2014, s. 89–105; Mastiliaková, 2014, s. 33–34; Hearther Herdeman a kol., 2020, s. 63).

REALIZACE – 4. fáze ošetrovatelského procesu.

Dochází k realizaci ošetrovatelských strategií, které byly stanoveny v plánu ošetrovatelské péče. Úkolem čtvrté fáze je dosažení naplánovaných cílů individuálním přístupem. Pokud nedojde k naplnění cílů, musíme projít všechny kroky fáze a následně je upravit. Pro realizaci je důležité, aby měla sestra dostatečné vědomosti a dovednosti pro určování různých typů ošetrovatelských činností, dále pro realizaci vybraných činností. Pokud chceme

dojít k vyšetření pacientových problémů, musí se poskytnout ošetrovatelská péče odpovídající zdravotnímu stavu pacienta a plánované ošetrovatelské činnosti (Tóthová a kol., 2014, s. 107–120; Mastiliaková, 2014, s. 34–35; Hearther Herdeman a kol., 2020, s. 64).

VYHODNOCENÍ – 5. fáze ošetrovatelského procesu.

Hodnocení slouží pro zpětnou vazbu, kterou můžeme využít při identifikaci dalších potřeb jedince. V této poslední fázi ošetrovatelského procesu se sestra zajímá o vyhodnocení, které znamená zjistit, zda byly pacientovy cíle splněny a do jaké míry. Pokud se cílů nedosáhlo, sestra reviduje a modifikuje plán péče. Vyhodnocování dosažených výsledků je systematické a průběžné.

Vyhodnocení je významný aspekt celého ošetrovatelského procesu, protože během této fáze se sestry stávají zodpovědnými za své činnosti, v kterých mohou pokračovat, upravovat je nebo ukončit (Tóthová a kol., 2014, s. 123–134; Mastiliaková, 2014, s. 34–35; Hearther Herdeman a kol., 2020, s. 64).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Cholecystitida je zánětlivé onemocnění žlučníku, ke kterému může dojít v každém věku a u každého pohlaví. V České republice je to nejčastější diagnóza příjmu na chirurgické oddělení. Nejčastěji se diagnostikuje mezi 40. a 60. rokem věku, až 4x častěji u žen. Dle Klenera (2011) je cholecystitida častá akutní břišní příhoda. U 95 % případů cholecystitid se současně nachází cholecystolitiáza. 8–15 % cholecystolitiáz je často komplikováno choledocholitiázou. U cholangitidy je velmi častá obstrukce žlučových cest způsobená nejčastěji choledocholitiázou. Cholecystolitiáza je tedy častým onemocněním žlučových cest, které vyžaduje chirurgický výkon. Jen v České republice bylo v roce 2019, podle údajů ÚZIS, v nemocnicích kvůli cholelitiáze hospitalizováno 35 742 pacientů, z toho na chirurgickém oddělení 28 149. Z celkového počtu hospitalizovaných bylo 13 765 mužů a 21 975 žen. Pro akutní cholecystitidu bylo hospitalizováno 2 250 pacientů. Operováno bylo 18 718 pacientů, komplikace se objevily u 350 z nich. Na tuto diagnózu zemřelo 68 pacientů. Například v Americe podstoupí více než 750 000 pacientů ročně cholecystektomii (Klener, 2011, s. 719; Zeman a kol., 2014, s. 197–198; ÚZIS, 2019, s. 48–67; Lindseth, Denny, 2014, s. 1).

Sestra tráví nejvíce času u pacienta a má tak nejlepší možnost jej průběžně sledovat a zjistit všechny problémy v souvislosti s jeho zdravotním stavem. Uspokojování potřeb člověka se uskutečňuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je systémem jednotlivých kroků a postupů při ošetřování nemocného. Cílem ošetrovatelského procesu je zdraví prospěšná změna zdravotního stavu pacienta. Typickou stránkou moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb nemocného člověka. Pomocí fáze plánování v ošetrovatelském procesu si sestry určují cíle, které jsou zaměřené na pacienta, a plánují ošetrovatelskou strategii, jež vede k dosažení plánovaných cílů. V průběhu celého procesu sestra spolupracuje nejen s pacientem a jeho rodinou, ale i s členy multidisciplinárního týmu. Každá sestra poskytující ošetrovatelskou péči se podílí na zdokonalování její kvality. Ve fázi hodnocení v ošetrovatelském procesu provádí sestra hodnocení péče, jež byla poskytnuta podle individuálního plánu pacienta.

Díky této fázi sestra eliminuje neúčinné činnosti a přijímá místo nich účinné, proto jsem se rozhodla pro podrobné zmapování a popsání zkušeností hospitalizovaných pacientů se zánětem žlučníku a žlučových cest a se zapojením do ošetrovatelského procesu. „Jak pacienti vnímají a popisují zkušenost v zapojování do ošetrovatelského procesu?“ (Trachtová, 2018, s. 9; Tóthová a kol., 2014, s. 97–126).

7 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

Cílem je zmapovat a popsat, jaká je zkušenost hospitalizovaných pacientů se zánětem žlučníku a žlučových cest se zapojením do ošetrovatelského procesu.

7.1 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy

Hlavní výzkumná otázka: Jak pacienti vnímají a popisují zkušenost se zapojením do ošetrovatelského procesu?

Dílčí výzkumný cíl č. 1.: Popsat, jaká je zkušenost pacienta se zapojením do fáze plánování v ošetrovatelském procesu.

Dílčí výzkumná otázka č. 1.: Jak je pacient zapojen do fáze plánování v ošetrovatelském procesu?

Dílčí výzkumný cíl č. 2.: Popsat, jaká je zkušenost pacienta se zapojením do fáze hodnocení v ošetrovatelském procesu.

Dílčí výzkumná otázka č. 2.: Jak je pacient zapojen do fáze hodnocení ošetrovatelského procesu?

OPERACIONALIZACE POJMŮ

Zkušenost (*empirie*) je poznání, které přichází z prostředí „vně“ člověka prostřednictvím činnosti, pozorování a pokusů (Hartl, Hartlová, 2010, s. 692).

Zapojení je se stát účastníkem nějaké činnosti. Zapojení pacienta je proces, ve kterém jsou pacienti skutečně aktivně zapojeni do určování bodů péče. Důležité je pro tento proces motivace, pocity a připravenost pacientů zapojit se do zdravotní péče (Phpadmin, 2021).

Znalost (*knowledge*) je systém osvojených poznatků, které jsou důležité zejména pro výkon činnosti člověka (Hartl, Hartlová, 2010, s. 694).

Vnímání (*percepce*) je proces, čímž jedinec prostřednictvím smyslů a s nimi souvisejících nervových center získává informace o okolních objektech, kvalitách a vztazích, rovněž o vlastním vnitřním světě. Na procesu se podílí faktory fyziologické, psychické i sociální (Hartl, Hartlová, 2010, s. 663).

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr participantů pro mou bakalářskou práci byl záměrný. Prvním kritériem pro zahrnutí participantů do výzkumného průzkumu byla jejich ochota zúčastnit se realizace výzkumu na téma *Ošetřovatelský proces u nemocného se zánětem žlučníku a žlučových cest*. Druhým kritériem pro účast participantů rozdílného věku a pohlaví byla jejich hospitalizace se zánětem žlučníku a žlučových cest. Třetím kritériem pro zúčastnění participantů ve výzkumu byla plánovaná cholecystektomie. Přidružená onemocnění nehrála při výběru participantů roli. Participantů byli záměrně z pracovních a osobních důvodů vybráni ze standardního chirurgického oddělení v Karlovarské krajské nemocnici, a. s.

Vzorek participantů byl vytvořen ze 6 pacientů (4 ženy a 2 muži), ve věku 20 až 73 let, kteří byli hospitalizováni kvůli plánované cholecystektomii. Tři pacienti byli hospitalizováni na standardním traumatologickém oddělení. Dvě pacientky byly hospitalizovány na chirurgickém standardním oddělení – ženy a jeden pacient byl hospitalizován na chirurgickém standardním oddělení – muži.

Participantů byli před začátkem výzkumu seznámeni s průběhem šetření a informováni o možnosti neodpovídat na nepříjemné otázky a spolupráci kdykoliv během šetření ukončit. Každému participantovi byl předložen k podpisu informovaný souhlas s rozhovorem, který podepsali dobrovolně. Informovaný souhlas bez podpisu participantů (zachování anonymity) je přílohou práce (Příloha A).

Tabulka 1 – Participanti – identifikační údaje

Skupina odpo- vědčí	Věk	Pohlaví	Operační den	Druh operace
R1	41 let	Muž	5. pooperační den	Nedokončená LCHCE, kon- verze, dokon- čení CHCE.
R2	36 let	Žena	6. pooperační den	Dokončená LCHCE. Po operaci komplikace (objemná a tuhá V. pa- pila), prove- deno ERCP.
R3	20 let	Žena	3. pooperační den	Dokončená LCHCE
R4	46 let	Muž	3. pooperační den	Dokončená LCHCE
R5	47 let	Žena	3. pooperační den	Dokončená LCHCE
R6	73 let	Žena	3. pooperační den	Dokončená LCHCE

Zdroj: vlastní

9 METODIKA PRÁCE

Pro naplnění vytyčených cílů jsem zvolila použití kvalitativního výzkumu vzhledem ke specifickému charakteru zkoumaného úkazu.

Cílem kvalitativního výzkumu je nové poznání problémů či jejich porozumění, identifikace a popsání. Tato forma se zaměřuje např. na uznání lidského prožitku, pátrá po významech a podstatách, je zaměřena na určitou celistvost lidského prožitku, který může popisovat. Z kvalitativního výzkumu jsou vyloučeny číselné a statické výpočty. Díky zaměření a komplexnosti má kvalitativní výzkum vystihnout sledovaný jev či osobu holisticky. Dále hodnotí vzájemné vztahy či analyzuje zkoumané a pozorované jevy. Kvalitativní výzkum je velmi náročný na čas, vědomosti a dovednosti badatele, dále také na cit pro analýzu textových dat, schopnost analyzovat aj. Během kvalitativního výzkumu je možné zvyšovat či snižovat počet participantů podle základního konceptu (Hendl, 2016, s. 47–54).

Cílem práce bylo zmapovat a popsat ošetrovatelský proces u hospitalizovaných pacientů se zánětem žlučníku a žlučových cest. Pro získávání dat bylo použito několik metod: polostrukturovaný rozhovor a analýza dokumentů.

Analýzu dokumentů je výzkumnou technikou, která slouží k objektivnímu a systematickému kvantitativnímu popisu manifestního obsahu komunikace. Analýzu dokumentů jsem zvolila z důvodu, že zahrnuje listiny a části textu a veškerá předmětná svědectví, jež mohou sloužit jako pramen k vysvětlení lidského jednání.

V případě metody obsahové analýzy je možné otevřít přístup k informacím, které by jinak nešly získat, dále nejsou data vystavena působení chyb a zkreslení, pomáhá identifikovat časově vzdálené události a subjektivita výzkumníka nehraje roli ve vztahu k informacím, které jsou v dokumentu obsaženy (Skutil a kol., 2011, s. 96).

Polostrukturovaný rozhovor zahrnuje připravené otázky, pečlivě a systematicky směřující k určení výzkumných témat pomocí příštích podrobných odpovědí. Jádro rozhovoru se skládá z témat a otázek, které výzkumník musí projít. Doplnující otázky slouží k získání cenných informací a přináší lepší uchopení problému, který nás zajímá. Polostrukturovaný rozhovor je populární tím, že je flexibilní, dostupný a pochopitelný. Je to častý nejefektivnější prostředek k získání informací. Dále účastníkovi umožňuje přemýšlet způsobem jemu vlastním a odpovídat hovorovým jazykem (Mišovič, 2019, s. 80).

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od prosince 2021 do března 2022. Vybraní participanti byli zkoumáni v předoperačním a pooperačním období u plánované cholecystektomie na standardním chirurgickém a traumatologickém oddělení v Karlovarské krajské nemocnici, a. s. Rozhovory probíhaly individuálně po domluvě a podle potřeby participantů.

Rozhovor jsem vedla v období stabilizace zdravotního stavu, bez akutní bolesti respondenta. Pro hladký průběh polostrukturovaného rozhovoru s participanty jsem zajistila příjemné podmínky (dostatek tekutin, klidné a soukromé prostředí atd.). Participanti byli předem seznámeni s plánovaným průběhem a cíli rozhovoru. Rozhovor byl nahráván na diktafon s dobrovolným souhlasem participantů. Participant R1 byl požádán o dobrovolný polostrukturovaný rozhovor v prosinci v odpoledních hodinách na chirurgickém oddělení muži. Participant souhlasil s rozhovorem, který se uskutečnil v prázdné denní místnosti na oddělení, trval necelých 40 minut. Participantka R2 se do výzkumu dobrovolně zapojila po mém oslovení. Rozhovor proběhl na chirurgickém oddělení ženy v prosinci, v pozdním odpoledni v prázdném pokoji participantky, trval zhruba 42 minut. Participantku R3 jsem požádala o dobrovolný rozhovor v lednu vpozdvečer. Participantka R3 souhlasila a rozhovor se uskutečnil na traumatologickém oddělení v prázdné denní místnosti, trval celkem 39 minut. Participant R4 se do výzkumu zapojil dobrovolně po mém vysvětlení, co je cílem mé bakalářské práce. Participant R4 souhlasil s rozhovorem, který se uskutečnil na traumatologickém oddělení v lednu v odpoledních hodinách v prázdném pokoji, kde jsme měli soukromí. Rozhovor trval přibližně 40 minut. Participantka R5 se do výzkumu zapojila dobrovolně po oslovení všeobecnou sestrou na chirurgickém oddělení ženy. Rozhovor proběhl jedno pozdní odpoledne v prázdné denní místnosti na oddělení, trval zhruba 35 minut. Participantka R6 byla požádána o dobrovolný polostrukturovaný rozhovor v únoru v odpoledních hodinách na traumatologickém oddělení. Participantka R6 souhlasila s rozhovorem, který se uskutečnil v prázdné denní místnosti na oddělení, trval necelých 38 minut.

Na závěr každého jednotlivého rozhovoru jsem participantům poděkovala za rozhovor a byl jim poskytnut prostor pro otázky a zpětnou vazbu.

Provedení výzkumu proběhlo se souhlasem náměstkyně pro nelékařská povolání a kvalitu. Žádost o vykonávání výzkumu bez podpisu náměstkyně pro nelékařská povolání a kvalitu (zachování anonymity) je přílohou práce (Příloha B). Po získání souhlasu s vykonáváním výzkumného šetření od náměstkyně, bylo nutné požádat o svolení k vykonáváním výzkumného šetření ještě vrchní sestru chirurgického oddělení a staniční sestry na

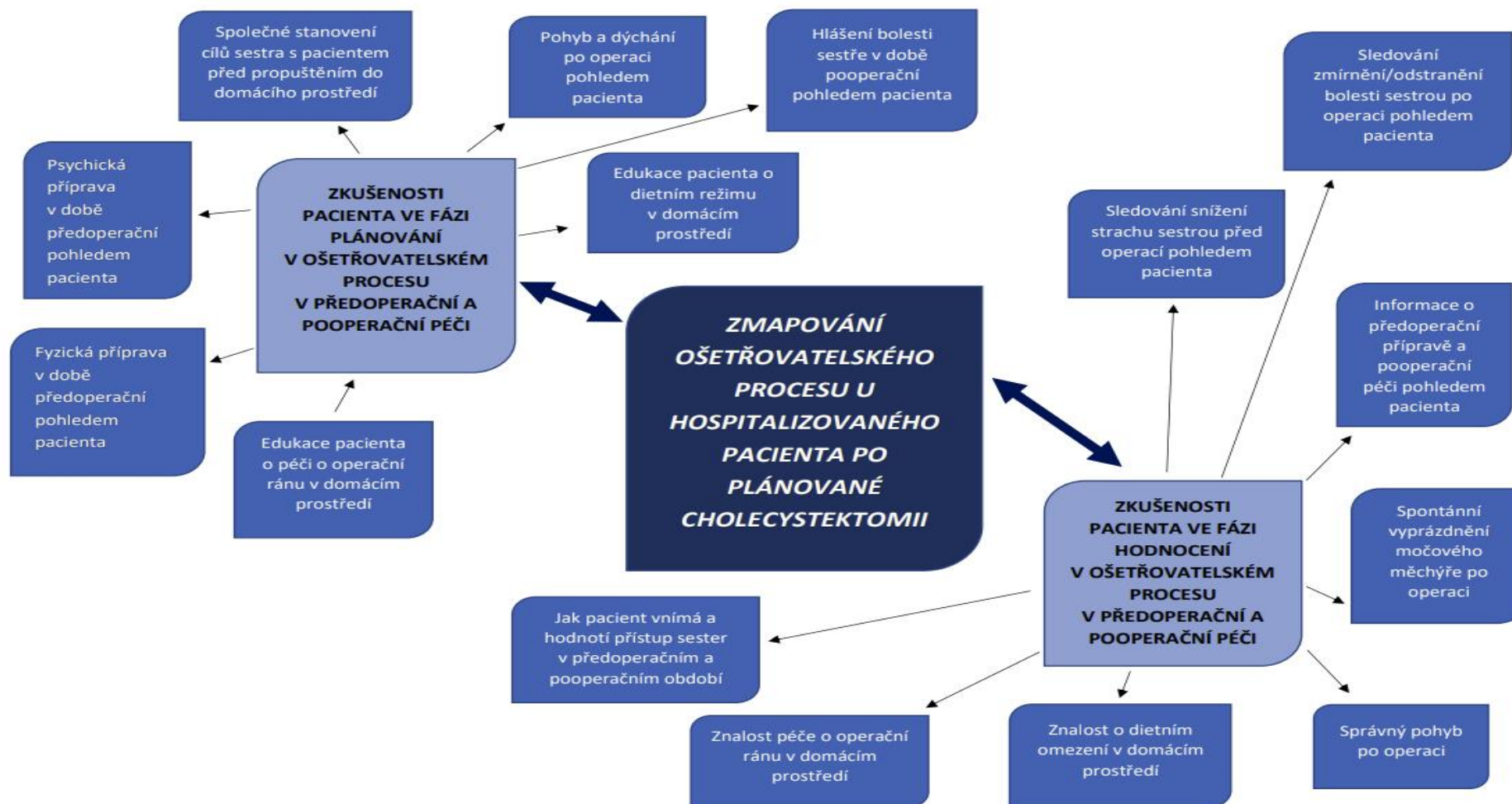
konkrétních chirurgických stanicích. Všechny staniční sestry z konkrétních chirurgických oddělení výzkumné šetření odsouhlasily.

11 ZPRACOVÁNÍ DAT

V této kapitole je popsáno, jakým způsobem byla získaná data zpracována. Pro výzkumné šetření jsem použila metodu kvalitativního výzkumu. Využila jsem hloubkový polostrukturovaný rozhovor. Jednotlivé polostrukturované rozhovory byly se souhlasem participantů nahrány na diktafon a autenticky převedeny do textové podoby za pomoci procesoru Microsoft Office Word. Jednotlivé rozhovory byly přepsány a stylisticky upraveny, slangové výrazy byly záměrně ponechány. Text jednotlivých rozhovorů byl několikrát přečten a analyzován metodou obsahové tematické analýzy. U pozorování jsem využila přepis do záznamového archu. Pro zpracování veškerých získaných dat jsem zvolila přepis dat a otevřené kódování.

Otevřené kódování probíhalo intuitivně na základě textu přepsaných rozhovorů. Pomocí otevřeného kódování jsem lokalizovala témata v textu a přiřazovala jim označení nebo kódy. Následně byly identifikovány kategorie a subkategorie ve spolupráci s vedoucím bakalářské práce, které byly často kontrolovány a upravovány. Důležité při otevřeném kódování bylo neztrácet zřetel z cíle. Spojitosti jednotlivých kategorií a subkategorií jsou uvedeny pomocí myšlenkové mapy (Obrázek 1) (Mišovič, 2019, s. 163).

Obrázek 1 Spojitosti jednotlivých kategorií a subkategorií



Zdroj: vlastní

12 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole je cílem prezentace a interpretace výsledků zkoumaných respondentů.

Ve výzkumu bylo cílem zmapovat a popsat, jaká je zkušenost hospitalizovaných pacientů se zánětem žlučníku a žlučových cest se zapojením do ošetrovatelského procesu. Gurková Elena ve své knize uvádí, že fenomenologická studie se snaží zachytit zkoumaný fenomén v jeho naprosté podobě, bez předcházejících vědomostí a předsudků. Záměrem fenomenologické studie je popis, porozumění a interpretace životní zkušenosti člověka v jeho každodenním životě (Gurková, 2017, s. 49).

12.1 Kategorie: Zkušenosti pacienta ve fázi plánování v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči

Podle dílčí výzkumné otázky číslo 1 byla na základě analýzy dat určena kategorie s názvem „*Zkušenosti pacienta ve fázi plánování v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči.*“ Podle analýzy dat bylo tedy následovně realizováno 7 subkategorií:

- Fyzická příprava v době předoperační pohledem pacienta.
- Psychická příprava v době předoperační pohledem pacienta.
- Společné stanovení cílů sestry s pacientem před propuštěním do domácího prostředí.
- Pohyb a dýchání po operaci pohledem pacienta.
- Hlášení bolesti sestře v době pooperační pohledem pacienta.
- Edukace pacienta o dietním režimu v domácím prostředí.
- Edukace pacienta o péči o operační ránu v domácím prostředí.

Subkategorie: Fyzická příprava v době předoperační pohledem pacienta

Z analýzy dat vyplývá, že všichni participanti měli zkušenost se zapojením do realizace ošetrovatelského procesu při plánování dietního omezení před operací se sestrou, které je nezbytné pro provedení plánované operace. Participanti P1, P2, P3, P5, P6 měli se sestrou zkušenost při seznámení s hygienickou péčí před výkonem. Participanti P1, P4, P5, P6 měli zkušenost s přípravou kůže a operovaného místa. P2 měl zkušenost s potřebou přípravy u odstranění šperků, nalíčení atd. Zkušenosti s informovaností o podávání ranních léků před operací měli participanti R1, R2, R4, R6.

Tabulka 2 – Fyzická příprava v době předoperační pohledem pacienta

KATEGORIE: Zkušenosti pacienta ve fázi plánování v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči

Subkategorie: Fyzická příprava v době předoperační pohledem pacienta

P1: „Večer jsem se osprchoval. Pak mi sestry říkaly, že den před operací bych neměl jíst ani kouřit po půlnoci a v den operace do 06:00 můžu pít akorát vodu. Také mi řekly, že léky, které беру pravidelně ráno, tak mám počkat na sestry, které mi řeknou, jaké léky si mohu vzít. Dále mi ráno sestry v den operace oholily břicho.“

P2: „Tak sestřička mi řekla že do půlnoci můžu jíst a do 06:00 můžu pít. A pokud беру nějaké léky ráno, tak mám počkat na sestřičku, která mi řekne, jaké léky si mohu nebo nemohu vzít. Já byla velmi nervózní, tak mi večer sestřička dala prášek na uklidnění. V den operace jsem se vysprchovala a sestry mi řekly že se nemám ničím mazat a používat žádnou kosmetiku a sundat všechny šperky a hodinky a pak už se jen čekalo.“

P3: „Dostala jsem takový papírek od sester, kde bylo napsáno od půlnoci nejíst a od 06:00 nepít. Večer jsem nemohla usnout, protože furt někdo chodil na chodbě a někdo si tam hlasitě povídal. Ráno mě sestry vzbudily už v 05:00 v den operace a rozsvítily, nebylo to nijak milé. Říkaly, že mám jít do koupelny. Nikdo mi neřekl, v kolik hodin půjdu na operaci. Na operaci jsem šla až v 11:00. Kdybych věděla že jdu až tak pozdě, tak bych šla do koupelny později a ještě chvilku spala, protože jsem se moc nevyšla.“

P4: „Sestry mi řekly že nesmím nic jíst od půlnoci a že do 06:00 můžu pít. Dále že si nesmím ráno v den operace brát své léky. A ráno v den operace mi jen oholily břicho.“

P5: „Já jsem přišla na oddělení až v den operace. Věděla jsem, že mám být nalačno. Večer jsem se vysprchovala a po příchodu na oddělení se mě sestry zeptaly, jestli jsem se sprchovala a jestli mám dostatečně oholené břicho, které mi pak následovně zkontrolovaly a udělaly dezinfekci pupíku.“

P6: „Řekla mi sestra, že od půlnoci nemám nic jíst, ono taky co že jo, když večere je v 18:00. A že můžu pít do 06:00, ale to jsem dostala cedulku od sester, kde je vše napsáno. A ještě že nemám užívat ráno žádné své chronické léky, že mi sestra řekne, co si můžu vzít. Ráno jsem se vysprchovala, vzala si své pyžamo, ale sestry mi řekly, že si mám vzít jejich pyžamo, toho ‚anděla‘. No po sprchování mi oholily břicho, pak mě odvezly na operaci.“

Zdroj: vlastní

Subkategorie: Psychická příprava v době předoperační pohledem pacienta

Důležitou roli v ošetrovatelském procesu před operací hraje psychická příprava pacienta. Pacientovi by se měla vysvětlit podstata perioperační péče, potřebné informace o výkonu (termín a druh operace, zmírnění obav z výkonu, jak bude probíhat pooperační péče). Z analýzy dat vyplývá, že participanti většinou neměli zkušenost se seznámením s specifiky pooperační péče ze strany sester. Minimální zkušenost měli se seznámením o průběhem předoperační péče. Dále z výpovědí participantů vyplývá, že participanti měli individuální zkušenost se sestrou ve zmírňování obav z výkonu.

Tabulka 3 – Psychická příprava v době předoperační pohledem pacienta

KATEGORIE: Zkušenosti pacienta ve fázi plánování v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči
--

Subkategorie: Psychická příprava v době předoperační pohledem pacienta

<p>P1: „U obvodního lékaře proběhla základní příprava na operaci a v nemocnici už toho bylo minimálně. Dozvěděl jsem se od sester, že operace bude laparoskopicky a že anesteziolog přijde a bude se mnou řešit mé uspávání před operací. To, jak bude probíhat pooperační péče, mi akorát řekly sestry, že budu mít tři vpichy v břicho. Takže já jsem neměl strach, každý říkal, že je to běžná operace.“</p>
--

<p>P2: „Sestry mi řekly, že za mnou přijde anesteziolog, který mi řekne, jak bude probíhat uspávání. Dále mi řekly, že budu muset být lačná a že mi budou měřit tlak. Strach z operace jsem měla, ale také jsem to řekla sestřím. Ty mě pořád pak uklidňovaly, hladily po hlavě a říkaly, že se nemusím bát. Já jsem se snažila myslet na něco jiného, třeba na to, že v létě pojedeme na dovolenou. Sestry mi určitě něco řekly, jak bude probíhat pooperační péče, jen teď si to nevybavuji.“</p>
--

<p>P3: „Nevěděla jsem, jak bude probíhat předoperační péče. Jen že přijde anesteziolog, mi řekl doktor při příjmu. Sestry ke mně přistupovaly, jako bych všechno už věděla. Řekly mi jen, že mě čeká operace, ale neřekly mi ani, v kolik půjdu na řadu. Já jsem se ale nějak jako nebála, takže jsem byla v pohodě, ale nikdo se mě neptal, jestli mám možný strach z operace. To, jak bude vypadat pooperační režim, jsem se nedozvěděla.“</p>

<p>P4: „Dozvěděl jsem se od sester, že za mnou přijde anesteziolog před operací. A pak se mě často ptaly, jestli je vše v pohodě a jestli něco nepotřebuji. Sestry mi po operaci říkaly, co můžu a nemůžu, ale před operací jsme se o tom nebavily.“</p>

P5: „Já pracuji v nemocnici, takže vím hodně informací ohledně té přípravy na operaci. Ale sestřičky mi říkaly, jaká bude příprava, že přijde anesteziolog a v kolik půjdu hodin na operaci. Doktoři se mě ptali, jestli se bojím a jestli chci něco před operací na zklidnění, ale sestřičky se mě neptaly. O tom, jak bude probíhat péče po operaci, mi neřekly. Po operaci mi říkaly, že můžu zazvonit, kdyby se něco dělo.“

P6: „Problém je v tom, že já právě nejsem schopná rozpoznat doktorku od sestry. Rozumíte, takže já musím koukat na ty cedulky a kolikrát to ani nejsem schopná přečíst. Ale anesteziolog za mnou přišel a řekl mi, kdy půjdu na řadu a jak mě uspí. Ale já věděla, co mě čeká, takže jsem měla dostatek informací. A nedá se říct, že bych měla strach, tím pádem to nikdo nezjišťoval. O tom, jak bude probíhat péče o mě po operaci, jsem se nedozvěděla, ale nějak mi to došlo samotné. Vždy když přijde sestra něco udělat, tak mi řekne, že jde třeba mi píchnout něco proti bolesti. Takže člověk to vnímá, jak to přichází“.

Zdroj: vlastní

Subkategorie: Společné stanovení cílů sestry s pacientem před propuštěním do domácího prostředí

Tato subkategorie „*Společné stanovení cílů sestry s pacientem před propuštěním do domácího prostředí*“ zahrnuje problematiku společné stanovení cílů sestry s pacientem před propuštěním do domácího prostředí. Na základě dat z analýzy je zjevné, že participanti P1, P2, P3, P6 si se sestrou nenaplánovali žádné cíle, kterých by chtěli společně dosáhnout do doby propuštění do domácího prostředí. Jeden ze stanovených cílů může být po operaci např. to, že pacient dokáže vysvětlit následnou léčbu po operačním výkonu, spontánně močí do osmi hodin po výkonu, oznamuje dostatečný noční spánek, správné dýchání.

Tabulka 4 – Společné stanovení cílů sestry s pacientem po operaci před propuštěním do domácího prostředí

KATEGORIE: Zkušenosti pacienta ve fázi plánování v ošetřovatelském procesu v předoperační a pooperační péči

Subkategorie: Společné stanovení cílů sestry s pacientem po operaci před propuštěním do domácího prostředí

P1: „Asi jsme ani nemluvili o nějakých cílech.“

P2: „To asi ani nevím, že bychom společně něco takového řešili.“

P3: „*Ne, vůbec ne. Sestra mě třeba ten druhý den poslala do koupelny a řekla jen, že se mám jít umýt, ale už jsem nevěděla, jak mám pečovat o tu operační ránu.*“

P4: „*Ano, to mi řekla sestra, že budu muset umět vstávat přes bok s nohama dolů, abych neměl kýlu.*“

P5: „*Zvedání přes bok, že tím ulehčím bříšku a takové té samoobsluze.*“

P6: „*Ne, já se snažím dostat co nejdříve domů. Myslím, že sestry mají své práce dost.*“

Zdroj: vlastní

Subkategorie: Pohyb a dýchání po operaci pohledem pacienta

Na základě analýzy dat je nedílnou součástí plánování v pooperačním období, kvůli zaujetí správné polohy, správnému zvedání a posazování z lůžka po operačním výkonu a také správnému hlubokému dýchání po operačním výkonu. Participanti P1, P2, P4, P5, P6 měli zkušenost ohledně nácviku správné polohy se sestrami a pohybu po operaci a znají důvody, proč tímto způsobem vstávat a posazovat se z lůžka. Participanti neměli informace od sester ani zkušenost s nácvikem správného hlubokého dýchání.

Tabulka 5 – Pohyb a dýchání po operaci pohledem pacienta

KATEGORIE: Zkušenosti pacienta ve fázi plánování v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči

Subkategorie: Pohyb a dýchání po operaci pohledem pacienta

P1: „*Až když jsem měl vstávat, tak mi sestry vysvětlily, abych nenamáhal sval při posazování z lůžka, kvůli tomu, aby nepopraskaly stehy. Sestra mi pak řekla, ať jí ukážu, jak se posazuji z lůžka přes bok a jak si lehám přes bok. A také jsem dostal od sestry ten břišní pás, který když mi dávala, tak mi řekla, ať ho nasazuji v leže. O tom, jak dýchat po operaci, jsme se vůbec nebavili.*“

P2: „*Ano, to mi řekly, kdybych se zvedala přes břicho, tak abych si udělala kýlu. Takže si mám lehnout na bok a zvednout se s nohama dolů a chvíli sedět, aby se mi nezatočila hlava. O dýchání po operaci mi asi nic neřekly.*“

P3: „*To mi sestry vysvětlovaly, jak vstávat z lůžka po operaci. Sestra mi poradila, že je lepší vstávat přes bok, kvůli dobrému hojení rány. S dýcháním jsem měla trochu problém po operaci, protože jsem byla nějaká ubrečená, tak sestry mi daly kyslík.*“

P4: „*Jak vstávat z lůžka, mi sestry řekly. A také jsem se dozvěděl od nich, proč se takhle posazovat, abych ty rány nepotrhal a nezačalo to krváčet. Mně se po operaci dýchalo dobře, ale ptaly se mě, jestli mám nějaký problém s dýcháním.*“

P5: „*Ano, sestry mi řekly, že se mám posazovat přes bok a prostě dát nohy dolů, nemám si sedat určitě do postele narovno. A řekly mi, že když to budu dodržovat, nestane se mi vyhrzlá kýla, nebudu mít bolesti a nevytrhne se mi drén. Ale pak už jsem si pomáhala s hrazdičkou. Jinak já jsem dýchala po operaci normálně, ale při kašlání nebo smíchu mi řekly, že mám být opatrná a držet si břicho.*“

P6: „*Já jsem se zkoušela posadit a sestřička mi říkala, že takhle ne, že se mám posazovat přes bok a hlavně pomalu, kvůli tomu aby se mi neudělala kýla. Já jsem taková hrozně všechno rychle. Pak mi ještě dala dolů tu hrazdičku, tak tím jsem se pomáhala zvedat na lůžku. A s dýcháním jsem neměla problém, takže nebylo asi potřeba, aby to sestřičky se mnou řešily.*“

Zdroj: vlastní

Subkategorie: Edukace pacienta o hlášení bolesti sestře v době pooperační

Na základě analýzy dat je zřejmé, že participanti měli možnost hlásit bolesti po operaci sestře, která je informovala, jak mají používat signalizační zařízení. Bolest po operaci by se měla minimalizovat nebo nulovat. Participanti dle analýzy dat udávají, že měli zkušenost se sestrami při snížení bolestí pomocí analgetik.

Tabulka 6 – Edukace pacienta o hlášení bolesti sestře v době pooperační

KATEGORIE: Zkušenosti pacienta ve fázi plánování v ošetřovatelském procesu v předoperační a pooperační péči

Subkategorie: Edukace pacienta o hlášení bolesti sestře v době pooperační

P1: „*Kdybych měl jakékoliv potíže, tak mi ukazovaly, že mám zmáčknout na zvonek. Většinou proti bolesti jsem dostával nějakou injekci a pak taky říkaly, že mám mít klid na lůžku.*“

P2: „Tak hned při příjmu mi řekly, že kdyby cokoliv budu potřebovat, tak že mám cinknout. Já jsem proti bolesti dostávala nějaké infuze a injekce.“

P3: „Tak já měla hned nad sebou zvoneček na té tyči, a kdyby se něco dělo, měla jsem zazvonit. Proti bolesti jsem dostávala infuze a injekce. Furt se to střídalo.“

P4: „Sestra mi řekla, když cokoliv budu potřebovat, jakýkoliv problém, tak tady je spínač a ať zazvoním. Dostával jsem proti bolesti nějaké injekce a pak už následující dny pořád dokola prášky, i když jsem neměl bolesti.“

P5: „Ukázaly mi takový ten ovladač a říkaly mi, co, kde a jak a kdy zmáčknout. Měla jsem ho dostatečně blízko. Dostávala jsem nějakou infúzi proti bolesti, ale nevím, co to bylo. A pak jsem dostávala od sester tabletky proti bolesti. Pomáhala mi poloha na boku.“

P6: „Mně došlo, že je to ovladač na přivolání sestry, ale sestry mi to neříkaly, ale kdybych se zeptala, tak mi to určitě vysvětlí. Pořád sem dostávala nějaký utišující léky, jednak injekce. Pak už jsem dostávala tablety, a už jsem říkala sestřím, že nechci tabletky proti bolesti, ale musím je poslouchat.“

Zdroj: vlastní

Subkategorie: Edukace pacienta o dietním režimu v domácím prostředí

Z této analýzy dat vyplývá že participanti měli zkušenost se sestrou, které je poučila o dietním režimu po cholecystektomii v domácím prostředí. Důležitým aspektem u edukace pacienta od sestry do domácího prostředí je pacientova znalost o dietním režimu před propuštěním. Dále participanti P2, P5 vypovídají že je sestry informovali o tom, že je navštíví nutriční terapeut. Zbytek participantů nebylo obeznámeno, že za nimi přijde nutriční terapeut. Z analýzy dat tedy vyplývá že si společně participanti P1, P3, P4, P5 společně se sestrou nestanovili plán ošetrovatelské péče.

Tabulka 7 – Edukace pacienta o dietním režimu v domácím prostředí

KATEGORIE: Zkušenosti pacienta ve fázi plánování v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči

Subkategorie: Edukace pacienta o dietním režimu v domácím prostředí

P1: „Sestry mi neříkaly, že za mnou někdo přijde ohledně diety. Sestra mi teda dala seznam jídel, kde se psalo, co mohou jíst a co nemohu. Pak mi vysvětlovala detailně, co je

vhodné a co je nevhodné za jídla a tekutiny po operaci. Například smažené jídlo, tučné a nadýmavé je nevhodné po operaci. Měl bych prý tuhle dietu držet až tři týdny doma.“

P2: *„To, že za mnou přijde sestra, která mi něco řekne o dietě, mi sestry řekly. Sestra mi říkala, že budu držet šetrící dietu po operaci, takže nic tučného, mastného a nenadýmavého. Dostala jsem takový jídelníček od sestřičky, co je vhodné a nevhodné jíst a pít. Tak se budu snažit vyvarovat smaženému jídlu a tučnému. Ale spíš jsem zvědavá, jak to bude probíhat doma s dětmi.“*

P3: *„To mi řekla nutriční sestra, která mi vysvětlovala, že mám jíst spíše ze začátku tekutou stravu, pak kašovitou a vše nízkotučné. Nemám jíst žádné zrníčka a nekořenit. Ale nikdo mi neřikal ze sester, že za mnou přijde sestra, která mi řekne něco o dietě.“*

P4: *„Neříkaly mi sestry o tom, že za mnou přijde nutriční terapeutka. Byla za mnou ta nutriční terapeutka a bavili jsme se o tom, co mohu jíst a co nemohu jíst, aby nedošlo k ničemu špatnému.“*

„Měl bych dietu dodržovat čtyři až pět týdnů po operaci a potom pomalu začnu jíst jídla, které jsem přestal jíst. Ale zatím po operaci nebudu jíst smažené, grilované a tučné maso, v podstatě to, co člověk má rád (smích). A dále si mám dávat pozor na zeleninu, která nadýmavá.“

P5: *„Věděla jsem od sester, že za mnou přijde dietní sestra. Přišla tedy za mnou dietní sestřička a řekla mi, co můžu jíst a co ne. Dostala jsem prospekty na pročtení. Informovala mě o tom, že bych neměla jíst zrníčka, tedy pečivo bez zrní. Měla bych spíše jíst den starou věku, toustový chléb, nízkotučné sýry, šunku.“*

P6: *„Já už jsem byla informovaná několikrát o dietě, kvůli té prodělané žlučnickové kolice. Takže sestra mi dala zase ten seznam s vhodným a nevhodným jídlom, který mám dodržovat. Ale že by mi sestry řekly, že za mnou přijde sestra s dietou, kterou mám dodržovat, mi nikdo neřekl.“*

Zdroj: vlastní

Subkategorie: Edukace pacienta o péči o operační ránu v domácím prostředí

Z analýzy dat vyplývá, že participanti měli zkušenost o edukaci o péči o operační ránu v domácím prostředí. Informovanost o domácím ošetření operační rány je nezbytná, aby participanti věděli, jak reagovat na zhoršení stavu pooperační jizvy, a aby tomu uměli předcházet.

Tabulka 8 – Edukace pacienta o péči o operační ránu v domácím prostředí

KATEGORIE: Zkušenosti pacienta ve fázi plánování v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči
--

Subkategorie: Edukace pacienta o péči o operační ránu v domácím prostředí
--

P1: „Tak sestry mi řekly, že bych měl ve sprše normálně vodou opláchnout operační ránu, ale nemám ji mydlit žádným sprchovým gelem nebo ji nemám drhnout silou. Pak ji usuším jemně ručníkem a nechám volně. Pak mi říkaly, že bych měl sledovat začervenání rány nebo něco jiného.“

P2: „Tak sestry mi řekly, že mám pomalu odlepit ty náplasti a ve sprše to mám opláchnout vodou. Nesmím to mydlit žádným sprchovým gelem a nemám se snažit to drhnout silou. Po sprše to mám osušit, a ještě dva dny zalepit operační vpichy náplastí.“

P3: „Já jsem se ptala sester sama, jak se sprchovat s operační ránou. Tak mi řekly, že operační ránu mohu osprchovat, ale nesmím se s tím koupat ve vaně a nesmím to omývat mýdlem. A také že to nemám drhnout, abych ji nepoškodila.“

P4: „Říkaly mi, co se hygieny týká, že to můžu opláchnout vodou ve sprše a že to nesmím ničím drhnout, ty vpichy po operaci.“

P5: „Ukázaly mi péči o ránu při posledním převazu. Pak mi sestry řekly, že nejdříve musím sundat náplasti a pak se vysprchovat a nedrhnout ji žádnou houbičkou. Po sprše si mám ještě na pár dní zalepit ty vpichy po operaci a při kontrole další už nemusím nic zakrývat.“

P6: „Hodně jsem koukala na sestry, jak to převazují při převazech. Já mám doma dezinfekci, tak to budu dělat podobně. A sestra mi říkala o hygieně ve sprše, která je důležitá pro to hojení operační rány. Ve sprše to nemám ničím mydlit a drhnout.“

Zdroj: vlastní

12.2 Kategorie: Zkušenosti pacienta ve fázi hodnocení v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči

V souladu s dílčí výzkumnou otázkou číslo 2 byla podle analýzy dat určena kategorie s názvem *Zkušenosti pacienta ve fázi hodnocení v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči*. Podle analýzy dat bylo tedy následovně realizováno 8 subkategorií:

- Sledování snížení strachu sestrou před operací pohledem pacienta.
- Sledování zmírnění/odstranění bolesti sestrou po operaci pohledem pacienta.
- Informace o předoperační přípravě a pooperační péči pohledem pacienta.
- Spontánní vyprázdnění močového měchýře po operaci.
- Správný pohyb po operaci.
- Znalost péče o operační ránu v domácím prostředí.
- Znalost dietního omezení v domácím prostředí.
- Jak pacienta vnímá a hodnotí přístup sester v předoperačním a pooperačním období.

Subkategorie: Sledování snížení strachu sestrou před operací pohledem pacienta

Podle analýzy dat participanti P1, P3, P6 neměli zkušenost se společným zhodnocením se sestrou, které se zabývá snížením strachu pacienta. Participanti P2, P4, P5 měli zkušenost na společném zhodnocení se sestrou za účelem snížení strachu.

Tabulka 9 – *Sledování snížení strachu sestrou před operací pohledem pacienta*

KATEGORIE: Zkušenosti pacienta ve fázi hodnocení v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči
--

Subkategorie: Sledování snížení strachu sestrou před operací pohledem pacienta

P1: „ <i>Mně se nikdo neptal, jestli mám strach.</i> “

P2: „ <i>Tak sestry se mě ptaly, jak se cítím.</i> “

P3: „ <i>Já jsem se těšila, že už to budu mít za sebou, takže se mě nemusely ptát.</i> “

P4: „ <i>Ptaly se mě, jestli je vše v pohodě, a to mi stačilo, já víc nepotřeboval.</i> “
--

P5: „ <i>Tak na večer mi daly tabletku, ať se vyspím, a pak už se mě nikdo neptal, jestli se cítím lépe.</i> “

P6: „*Tak já jsem žádný strach neměla, tak to bylo zbytečný se mě ptát.*“

Zdroj: vlastní

Subkategorie: Sledování zmírnění/odstranění bolesti sestrou po operaci pohledem pacienta

Analyzovaná data naznačují, že participanti měli zkušenost ze společného zhodnocení se sestrou o tom, jestli má pacient sníženou nebo nulovou bolest.

Tabulka 10 – Sledování zmírnění/odstranění bolesti sestrou po operaci pohledem pacienta

KATEGORIE: Zkušenosti pacienta ve fázi hodnocení v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči

Subkategorie: Sledování zmírnění/odstranění bolesti sestrou po operaci pohledem pacienta

P1: „*Ptaly se ráno a večer, jestli mě něco bolí a jestli chci něco proti bolesti.*“

P2: „*To se mě ptaly několikrát denně, jak se cítím, jestli mám bolesti.*“

P3: „*To se mě ptaly po operaci. Poslední dny se už neptaly, jestli mám bolesti, ale pořád mi dávaly tabletu na bolesti, i když jsem je neměla.*“

P4: „*Tak se mě furt ptaly, jak se cítím, jestli je to lepší nebo horší ta bolest.*“

P5: „*Když mi dokapala infuze nebo mi daly prášek, tak se pořád ptaly každou chvíli, jestli to zabralo a ať si kdykoliv zazvoním, kdybych měla bolesti.*“

P6: „*Vždycky se mě ptaly, jestli se cítím lépe.*“

Zdroj: vlastní

Subkategorie: Informace o předoperační přípravě a pooperační péči pohledem pacienta

Dle analýzy dat je zřejmé že zkušenost participantů při společném hodnocení se sestrou o tom, jestli pacient dostatečně rozumí informacím o předoperační přípravě a pooperační péči vesměs neproběhla. Participantka P5 měla zkušenost se sestrou při hodnocení o tom, jestli pacient dostatečně rozumí informacím o předoperační přípravě a pooperační péči.

Tabulka 11 – Informace o předoperační přípravě a pooperační péči pohledem pacienta

KATEGORIE: Zkušenosti pacienta ve fázi hodnocení v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči
Subkategorie: Informace o předoperační přípravě a pooperační péči pohledem pacienta
P1: „ <i>Tak to nikdo nezjišťoval. Když jsem něco nevěděl, tak jsem se sester zeptal.</i> “
P2: „ <i>To se asi neptaly.</i> “
P3: „ <i>Nijak tohle se mnou neprobíraly.</i> “
P4: „ <i>Nikdo se mě neptal na to, jestli mám dostatek informací.</i> “
P5: „ <i>Ptaly se mě, jestli mám nějaké dotazy, čemu bych nerozuměl.</i> “
P6: „ <i>Myslím, že mají dost práce samy, takže se mě neptaly.</i> “

Zdroj: vlastní

Subkategorie: Spontánní vyprázdnění močového měchýře po operaci

Dle analýzy dat je zřejmé, že participanti měli zkušenost se společným hodnocení se sestrou z hlediska vyprázdnění močového měchýře po operaci.

Tabulka 12 – Spontánní vyprázdnění močového měchýře po operaci

KATEGORIE: Zkušenosti pacienta ve fázi hodnocení v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči
Subkategorie: Spontánní vyprázdnění močového měchýře po operaci
P1: „Sestry se mě ptaly, jestli jsem se vymočil po operaci. A pak, když si střídaly sestry směnu, tak se mě ještě ptaly, jestli jsem se po operaci vymočil.“
P2: „To se mě ptaly, jestli jsem potřebu vykonala.“
P3: „To se mě ptaly, jestli jsem byla na záchodě močit po operaci.“
P4: „Ano, to se mě ptaly, jestli jsem se dostatečně vymočil.“
P5: „Ano, ptaly se mě, jestli to šlo se vymočit.“
P6: „Jojo, to se ptaly, jestli jsem se dostatečně vymočila.“

Zdroj: vlastní

Subkategorie: Správný pohyb po operaci

Dle analýzy dat je zřejmé, že všichni participanti měli zkušenost při společném hodnocení správného pohybu po operaci.

Tabulka 13 – Správný pohyb po operaci

KAT KATEGORIE: Zkušenosti pacienta ve fázi hodnocení v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči
Subkategorie: Správný pohyb po operaci
P1: „Tak sestry mě kontrolovaly. Řekly mi, ať to zkusím sám před nimi. A zkoušel jsem to i pomocí hrazdičky se posazovat, ale to mi řekly, ať to nepoužívám, kvůli možné kýle.“
P2: „To mě sestry kontrolovaly několikrát. Kontrolovaly mě, když jsem potřebovala na WC, tak jsem zazvonila a koukaly na mě, jak se posazuji z lůžka.“

P3: „*To sestry zjišťovaly, když jsem šla na převazovnu na převazové lehátko. Koukaly na mě, jestli to dělám správně.*“

P4: „*Tak když mi sestra ukázala, jak mám vstávat, tak pak mi řekla, abych jí to předvedl, jestli to dělám správně.*“

P5: „*Samozřejmě, že mě kontrolovaly sestry, jestli se správně posazuji nebo si lehám. Třeba na převazovně, když jsem tam byla kvůli převazu rány.*“

P6: „*Tak to sestry zjistily, když mě viděly, jak se špatně zvedám z lůžka. Pak mi to tedy vysvětlily.*“

Zdroj: vlastní

Subkategorie: Znalost péče o operační ránu v domácím prostředí

Analyzovaná data v subkategorii: „*Znalost péče o operační ránu v domácím prostředí*“ naznačují že participanti P1, P2, P4, P5, P6 měli zkušenost se společným zhodnocením se sestrou toho, jestli mají znalosti o péči o operační ránu v domácím prostředí. P3 tuto zkušenost neměli.

Tabulka 14 – Znalost péče o operační ránu v domácím prostředí

KATEGORIE: Zkušenosti pacienta ve fázi hodnocení v ošetřovatelském procesu v předoperační a pooperační péči

Subkategorie: Znalost péče o operační ránu v domácím prostředí

P1: „*Tak sestry se mě ptaly, jestli šlo vše v pořádku ve sprše ohledně té péče o operační ránu.*“

P2: „*Ano, sestřičky mě oslovily, ať jim řeknu, jak bych hygienu o operační ránu prováděla doma.*“

P3: „*Tak to se mě sestry vůbec neptaly.*“

P4: „*Tak sestry se mě ptaly těsně před propuštěním, jak bych provedl hygienu o operační ránu.*“

P5: „*To mě sestry nekontrolovaly a ani nezjišťovaly, jak to budu dělat doma.*“

P6: „Tak to hned zjišťovala ode mě, když mi říkala, jak bych se měla starat o operační ránu doma.“

Zdroj: vlastní

Subkategorie: Znalost dietního omezení v domácím prostředí

Analyzovaná data v subkategorii: „Znalost dietního omezení v domácím prostředí“ naznačují, že všichni participanti společně se sestrou hodnotili, zda mají znalosti o dietním omezení v domácím prostředí.

Tabulka 15 – Znalost dietního omezení v domácím prostředí

KATEGORIE: Zkušenosti pacienta ve fázi hodnocení v ošetřovatelském procesu v předoperační a pooperační péči

Subkategorie: Znalost dietního omezení v domácím prostředí

P1: „Tak to se mě ptala sestra, která mi vysvětlovala tu dietu, jestli všemu rozumím, a že se mohu zeptat na cokoliv.“

P2: „Tak sestra se mě ptala, ale když jsem něco nevěděla o dietě, hned jsme to probraly.“

P3: „Tak to ta nutriční sestřička se mě ptala, jestli ty informace o dietě jsou srozumitelné.“

P4: „Tak s nutriční terapeutkou jsme si hodně povídali. Pak zjišťovala, čemu rozumím a čemu ne.“

P5: „Nutriční terapeutka mi dala na konci společného rozhovoru takové malé otázky o té dietě, tím jsme zjišťovaly, jestli to zvládnou doma. Bylo to skvělé.“

P6: „Sestra mi nabídla prostor pro nějaké otázky, jestli se chci na něco zeptat ohledně té diety.“

Zdroj: vlastní

Subkategorie: Jak pacient vnímá a hodnotí přístup sester v předoperačním a pooperačním období

Analyzovaná data v subkategorii: „*Jak pacient vnímá a hodnotí přístup sester v předoperačním a pooperačním období*“ naznačují, že až na jednoho participanta vnímali a hodnotili přístup sester v předoperačním a pooperačním období uspokojivě. Participantce R3 dle výpovědi chyběla komunikace se sestrami v oblasti předávání informací o průběhu před operací a po operaci, podporování pacienta, trávení času s pacientem.

Tabulka 16 – Jak pacient vnímá a hodnotí přístup sester v předoperačním a pooperačním období

KATEGORIE: Zkušenosti pacienta ve fázi hodnocení v ošetřovatelském procesu v předoperační a pooperační péči
--

Subkategorie: Jak pacienta vnímá a hodnotí přístup sester v předoperačním a pooperačním období

P1: „*Tak den před operací to bylo klidné a sestry se mnou mluvily, jen když mi říkaly, co se bude dít před operací nebo že musím být lačný. Po operaci to bylo jiné. To semnou sestry více komunikovaly a staraly se o mě více. Ptaly se mě, jestli mám bolesti, jestli je vše v pořádku, vysvětlovaly mi, jak se posazovat, takže já jsem byl spokojený. Očekával jsem tohle vše od sester, když budu po operaci.*“

P2: „*Sestry mě velmi pěkně uklidňovaly před operací. Trávily se mnou dost času uklidňováním před operací, a to měly své práce dost. Sestry mě po operaci chodily velmi často kontrolovat, já myslím, že jednou za půl hodiny určitě a pořád se mě ptaly, jestli mám bolesti. Přístup sester vnímám tedy dobře. Myslím si, že toho mají hodně, protože jsem ležela na pěti lůžkovém pokoji a byli tam spolupacienti, kteří potřebovali té péče více než já.*“

P3: „*Očekávala jsem, že se vyspím před operací, ale bouchalo se dveřmi a mluvilo se nahlas na chodbě, prostě strašný hluk. A také jsem očekávala, že se mnou budou více komunikovat sestry, ale braly mě, jako bych to vše už zažila nebo to znala. Ráda bych třeba věděla, kolikátá půjdu na řadu na operaci. Také jsem se nedozvěděla, jak bude probíhat pooperační péče, přece jsem poprvé na operaci, tak bych to očekávala, ale nikoho to nezajímalo. Ale před operací jsem byla soběstačná, tak jsem si to tolik nebrala, ale po operaci jsem cítila, jak bych byla ráda za intenzivnější komunikaci od sester. Třeba po*

operaci bych uvítala pomoc od sester ve sprše, ale jen mi řekly, ať se jdu vysprchovat, ale aby mi řekly, jak se mám starat o operační ránu ve sprše, to mi neřekly, musela jsme se ptát sama. Nebo se mnou neprobíraly ani, jak se cítím a jestli si s něčím nevím rady.“

P4: *„Tak já byl spokojený se sestrami, přece jsem toho moc nepotřeboval před operací. A když už jsme se spolu bavili, tak jen o organizačních věcech před operací. Po operaci mi přišlo, že mě sestry často kontrolují a chodí za mnou na pokoj, jako kdyby se mělo něco špatného stát. Ale říkaly mi, že mi musí kontrolovat tlak. Pak se mě také ptaly po operaci často, jestli je vše v pořádku. Myslím si, že svou práci odvedly dobře.“*

P5: *„Tak tím, že jsem přišla v den operace do nemocnice na zákrok, tak jsem se sestrami přišla do kontaktu minimálně. Šla jsme hned jako první na řadu brzo ráno. Ale na základní věci, jako je lačnění, se mě ptaly. Po operaci jsem očekávala, že se sestry o mě budou starat více. A musím říct, že se staraly o mě pěkně. Vždy, když jsem potřebovala něco proti bolesti, tak mi hned něco daly.“*

P6: *„Byla bych asi radši, kdybych přišla v den operace, protože jsem přišla ráno na ambulanci, pak přišla na oddělení a tam jsem se se sestrami skoro nepotkala. Jen když chtěly podepsat souhlasy, a pak až večer. Nic jsem nepotřebovala. Operace to byla moje už třetí, takže jsem věděla, jak to bude nejspíš probíhat. Po operaci za mnou chodily a dávaly mi něco proti bolesti, takže já jsem to vnímala dobře, mně bylo dobře.“*

Zdroj: vlastní

13 DISKUZE

V této kapitole jsou hodnoceny výsledky kvalitativního výzkumného šetření bakalářské práce. Hlavním cílem našeho výzkumu bylo zmapovat a popsat, jaká je zkušenost hospitalizovaných pacientů se zánětem žlučníku a žlučových cest se zapojením do ošetrovatelského procesu. Prvním kritériem pro zahrnutí participantů do výzkumného průzkumu byla jejich ochota se zúčastnit realizace výzkumu na téma *Ošetrovatelský proces u nemocného se zánětem žlučníku a žlučových cest*. Druhým kritériem pro účast participantů rozdílného věku a pohlaví byla jejich hospitalizace se zánětem žlučníku a žlučových cest. Třetím kritériem participantů pro zapojení do výzkumu byla plánovaná cholecystektomie. Přidružená onemocnění pacientů nehrála při výběru participantů roli.

U prvního dílčího výzkumného cíle jsem chtěla popsat, jaká je zkušenost pacienta se zapojováním do fáze plánování v ošetrovatelském procesu. V první řadě jsem se zajímala o pacienty, kteří měli zkušenost při plánování předoperační fyzické přípravy. Dle Schneidrové (2014) je nutné, aby sestra pacientovi vysvětlila, že před chirurgickým výkonem je nutné provést důkladnou hygienickou péči, týkající se vyčištění pupku, očištění vlasů, odložení všech šperků, zubních protéz a přípravy operačního pole. Dále sestra poučí pacienta o tom, že minimálně šest hodin před operačním výkonem nesmí jíst, pít a kouřit. Všech šest dotazovaných participantů mělo zkušenost se sestrami při plánování nutného lačnění před plánovaným chirurgickým výkonem. Participant R1, R2, R4, R6 měli zkušenost se sestrami při plánování o podávání ranních léků před operací. Dále participant R1, R2, R3, R5, R6 uvedli, že jejich fyzická předoperační příprava obsahovala hygienickou péči (sprchu) před plánovaným chirurgickým výkonem. Participant R1, R4, R5, R6 se shodli, že jejich předoperační fyzická příprava obsahovala přípravu operačního pole. Jen participantka R2 uvedla, že její předoperační fyzická příprava obsahovala důležitost odložení šperků a odstranění líčidel. Dle analýzy dat měli participanté společně se sestrou stanoven plán péče před operací, který se týkal lačnění před operací. Jiný společný plán péče před operací stanoven nebyl, což vede k tomu, že pacienti nemají uspořádané informace o předoperační přípravě.

Jirkovský a kol. (2012) v knize uvádí, že v předoperační přípravě je důležitá psychická stránka pacienta, která se zaměřuje na zabránění nebo zmírnění obav z operace, na vysvětlení operačního výkonu a na uvedení, proč musí podstoupit operaci. Participant R1, R2, R4, R5, R6 vypověděli, že dostali informace od sester o tom, že za nimi přijde anesteziolog. Participant R1, R2 se od sester dozvěděli, co s nimi bude řešit anesteziolog, např. jejich uspávání před operací. Participantce R3 podával informaci o možném příchodu

anesteziologa lékař. Z mého výzkumného šetření vyplynulo, že většina participantů měla informace o možné návštěvě anesteziologa. Dle Kovářové a Zeleníkové (2020) by se měl strach před operací posuzovat rutinně. Zlepšení celkové pohody pacienta umožní identifikace pacientů s vyšší mírou předoperačního strachu, což nám umožní poskytnout celkovou farmakologickou a nefarmakologickou intervenci na snížení strachu a přispěje k rychlejšímu zotavení po operaci. Z mého výzkumného šetření vyplynulo, že sestry u participantů R2, R4 zjišťovaly, zda mají strach z operace. Participantce R2 sestry zajistily snížení strachu před operací farmakologicky i nefarmakologicky. Z mého výzkumného šetření dále vyplynulo, že participant R1, R3, R5, R6 neměli zkušenost se snižováním strachu před operací, i když někteří participant v rozhovoru uváděli, že strach z operace neměli. Já sama si myslím, že každý plánovaný chirurgický zákrok v člověku vyvolá strach a obavy.

Podle Tóthové a kol. (2014) sestra po sběru dat, určení diagnóz a priorit stanoví ve spolupráci s pacientem vzhledem k ošetrovatelským diagnózám cíle a výsledná kritéria. Z mého výzkumného šetření půlka participantů neměla zkušenost se společným stanovením cílů se sestrou před propuštěním do domácího prostředí. Kudlová (2016) uvádí, že cíle mohou odrážet navrácení zdraví, jeho udržení nebo upevnění. Podle Janíkové, Zeleníkové (2013) má sestra stanovit ošetrovatelské diagnózy a plán ošetrovatelské péče pacienta.

Dle bakalářské práce Blažkové (2016) „*Edukace pacienta po cholecystektomii*“ má participantů znalostí o pohybovém režimu po cholecystektomii více než 77,5 % (Blažková, 2016). Svěráková (2012) ve své knize uvádí, že pokud je pacient informován o svém zdravotním stavu a je obeznámen s léčebným režimem, je mnohem větší pravděpodobnost, že léčba bude úspěšnější. Z mého výzkumného šetření vyplynulo, že všech šest participantů mělo zkušenost se sestrami při předávání informací o správném pohybovém režimu po cholecystektomii. Dle Janíkové a Zeleníkové (2013) mají sestry s pacientem po cholecystektomii provádět dechovou rehabilitaci a připomínat jim potřebu hlubokého dýchání každou hodinu. Z odpovědí participantů je zřejmé, že neměli zkušenost s plánováním správného hlubokého dýchání po operaci neměli. Někteří participant v odpovědi uváděli, že se jim dýchalo dobře.

Červenková, Z., Hlaváčková, E., Hodačová, L. ve svém výzkumu „*Spokojenost pacientů s managementem akutní pooperační bolesti ve zdravotnictví*“ zmiňují, že studie švédského týmu upozorňuje na to, že spokojenost pacientů souvisí s managementem oddělení, kde se pacient nachází. Negativní dopad má nejednotný přístup pracovníků na konkrétním oddělení k problematice a velké pracovní zatíženosti pracovníků. Pacienti se obávali, že po jejich stížnosti na bolest bude následovat konflikt s personálem, jak z důvodu nepochopení,

tak z nedostatku času personálu (Červenková, Hlaváčková, Hodačová, 2020). Při výzkumném šetření bylo zjištěno, že participanti měli zkušenost se sestrami při získávání informací o tom, jak využívat signalizační zařízení pro přivolání sestry v případě jakékoliv bolesti. Z odpovědí participantů je zřejmé, po operaci dostávali od sester léky proti bolesti. Dá se tedy říci, že participanti měli zkušenost s tím, jak hlásit možné bolesti.

Důležitá je edukace pacienta po cholecystektomii o dodržování diety s omezením tuků v domácím prostředí. České národní fórum proti osteoporóze ve svém článku zmiňuje, že se dieta po cholecystektomii dodržuje kvůli tomu, že po operacích všeobecně dochází k poruchám funkce dutých orgánů v důsledku prosáknutí a srůstů, je tedy potřeba dietní omezení. V knize Janíkové a Zeleníkové (2013) jsou uvedena kritéria, která musí být splněna při propuštění pacienta do domácího prostředí. Důležitým kritériem sestry je předání informací o dietetických opatřeních pacientovi. Dále participanti R2, R5 vypovídali, že je sestry informovaly o tom, že je navštíví nutriční sestra, která je bude edukovat o dietním omezení v domácím prostředí. Zbytek participantů nebyl seznámen s návštěvou nutriční sestry a edukací. Z odpovědí participantů je patrné, že všichni měli zkušenost se sestrou při předání informací o nutnosti dodržování dietního opatření v domácím prostředí. Participanti ve svých odpovědích zmínili, že od sestry dostali „seznam jídel, kde se píše, co mohu jíst a co nemohu“. V příloze bakalářské práce přikládám dietu s omezením tuků, kterou participanti dostali od sestry do domácího prostředí (Příloha C).

Další důležitou edukací pacienta po cholecystektomii je péče o operační ránu v domácím prostředí. V bakalářské práci Blažkové (2016) „Edukace pacienta po cholecystektomii“ se uvádí, že 55,3 % respondentů má znalosti v péči o jizvy po cholecystektomii (Blažková, 2016). Z mého výzkumného šetření je zjevné, že participanti měli zkušenost s edukací péče o operační ránu. Všech šest participantů dokázalo popsat péči o pooperační ránu. Participanti P1–P6 ve svých odpovědích zmínili, že ránu nemají drhnout. Pacientům také můžeme doporučit manuál od autorek Smékalové, Bartošové a Strakové (2020). „*Jak pečovat o ránu po operaci*“, kde je popsáno, jak se starat o operační ránu a možné komplikace při hojení operační rány.

Z výše uvedených informací vyplývá, že ve výzkumu byla popsána zkušenost pacienta se zapojením do fáze plánování ošetrovatelského procesu a dílčí cíl výzkumu byl splněn. Kategorie „*Zkušenost pacienta ve fázi plánování v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči*“ nám odpovídá na dílčí výzkumnou otázku č. 1: „*Jak je pacient zapojen do fáze plánování v ošetrovatelském procesu?*“.

V rámci druhého dílčího výzkumného cíle jsem chtěla popsat, jaká je zkušenost pacienta v zapojování ve fázi hodnocení v ošetrovatelském procesu. Zajímala jsem se v první řadě o pacienty, kteří měli společnou zkušenost se sestrami při hodnocení snížení strachu před operací. Tomanová, Křivková (2016) ve své knize uvádí, že komunikace v ošetrovatelství je velmi důležitá, protože komunikace mezi sestrou a pacientem není oddělený proces. Ovlivňuje efekt diagnostických, léčebných a ošetrovatelských výkonů. Sestra komunikuje s pacientem ve snaze navázat s ním kontakt a dále v něm pokračovat. Sestra pomáhá pacientovi překonat dobu nemoci, odloučení od rodiny (Tomanová, Křivková, 2016, s. 26–27). Janáčková (2008) uvádí, že pacienti prožívají strach, úzkost a bolest před operačním zákrokem. Dle výzkumného šetření je zřejmé, že polovina participantů měla zkušenost se sestrami při společném hodnocení možného sníženého strachu před operací. Druhá polovina tuto zkušenost neměla.

Schneiderová (2014) ve své knížce „*Perioperační péče*“ uvádí že v předoperační přípravě se pacienta opakovaně dotazujeme, zda porozuměl všemu vysvětlenému a jestli má doplňující dotazy. Podle Slezákové a kol. (2019) sestra v pooperačním režimu zodpoví všechny dotazy pacienta nebo zprostředkuje informace od lékaře. Dle výzkumného šetření sestry vesměs nehodnotily, jestli mají participant z jejich pohledu ucelené informací o předoperační přípravě a pooperační péči. Participantka P5 měla zkušenost se sestrou při hodnocení o tom, jestli pacient dostatečně rozumí informacím o předoperační přípravě a pooperační péči. Gulášová (2012) tvrdí že nedostatečná informovanost může vést k poškození pacienta zdravotnickým personálem a často nutí pacienty k získávání informací od spolupacientů nebo jiného zdravotního personálu.

Michaela Neužilová Růžičková, autorka bakalářské práce „*Léčba bolesti z pohledu všeobecných sester*“, uvádí, že sestry nejsou vždy aktivní ve vyhledávání příznaků akutní pooperační bolesti, většinou čekají na samotné oznámení pacientem. Dle mého výzkumného šetření se sestry aktivně ptaly participantů na možné bolesti po operaci. Z odpovědí participantů je zřejmé, že všichni měli zkušenost s tím, že se sestrou hodnotili zmírnění/odstranění bolesti po operaci.

Janíková, Zeleníková ve své knize uvádějí, že sestra sleduje spontánní vyprázdnění močového měchýře, které má proběhnout do 6–8 hodin od operace. Šetření prokázalo, že sestry kontrolovaly a společně s participanty hodnotily, zda došlo k spontánnímu vyprázdnění močového měchýře po operaci. Všichni participanty uvádějí, že k vyprázdnění močového měchýře po operaci došlo.

Slezáková a kol. (2019) ve své knize „*Ošetrovatelství v chirurgii I*“ udává, že pro lepší komfort sestra informuje pacienta o technice pohybu po operaci bez zapojení břišních svalů a za pomoci přidržívání operační rány. Při vyhodnocení dosažených cílů a účinné ošetrovatelské péče se soustředíme na vyhodnocení výsledných kritérií, jako je např. to, zda pacient zvládá vstávání a posazování z lůžka bez dopomoci. Všichni participanti měli zkušenost se sestrami při hodnocení prováděného pohybu po operaci.

Janíková, Zeleníková (2013) uvádějí ve své knize „*Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*“ kritéria, která musí být splněna při propuštění pacienta. Důležitým kritériem před propuštěním pacienta je, že pacient umí verbalizovat nutnost dodržení dietických opatření. Z výpovědí všech participantů je zřejmé, že sestry hodnotily společně s participanty, zda mají dostatek informací o dietním omezení v domácím prostředí.

Autorky Mikšová, Froňková, Zajičková ve své knize „*Kapitoly z ošetrovatelské péče II*“ (2006) uvádějí, že cíle ošetrovatelské péče při převazu operační rány jsou takové, že pacient má dostatek informací o ošetření rány i prognóze, verbalizuje snížení bolesti na jemu únosnou míru a operační rána nejeví žádné známky celkové ani místní infekce. Dále autorka Mastiliaková ve své knize „*Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika*“ uvádí, že průběžné vyhodnocování dosažených výsledků se využívá k úpravě plánu péče podle potřeby. Z výpovědí participantů je zřejmé, že většina z nich se účastnila hodnocení se sestrami ohledně toho, jaké mají znalosti o péči o operační ránu v domácím prostředí. Participantky R3, R5 tuto zkušenost neměly. Dle výzkumného šetření je zřejmé, že všichni participanti se zúčastnili hodnocení se sestrami o tom, zda mají dostatek znalostí o dietním omezení v domácím prostředí.

V neposlední řadě mě zajímalo, jak participanti vnímají přístup sester v předoperačním a pooperačním období. Autorky Drahošová, Jarošová (2015) došly ve své studii „*Vnímání pečovatelského chování chirurgickými sestrami a pacienty ve vybraném regionu České republiky*“ k závěru, že sestry hodnotily své pečovatelské chování obecně ve všech aspektech vyšším skóre než jejich pacienti. Rozdíly v hodnocení pečovatelského chování, které potřebují posílení hlavně ze strany sester, byly v aktivitách oblastí *respektování* (např. pečlivé naslouchání pacientovi, projevování empatie a identifikace se s pacientem, umožnění pacientovi vyslovit své pocity o onemocnění a léčbě) a *propojenosti* (např. spojování trpělivosti a vytrvalosti v péči o pacienta, zapojení pacienta do plánování jeho péče). Autorka Zacharová (2016) ve své knize „*Komunikace v ošetrovatelské praxi*“ uvádí, že při realizaci péče můžeme narazit na překážky v komunikačním procesu, např. neochotu vyslechnout

pacienta, bezobsažnou komunikaci, nadměrné přitakávání. Také ze strany nemocného mohou vzniknout překážky ve vzájemné komunikaci se sestrou, např. nechce komunikovat, záporné emoce – strach, úzkost, nedůvěra k sestře. Z výpovědí participantky R3 je zřejmé, že v přístupu sester byla slabá komunikace v předoperačním a pooperačním období. Z její výpovědi plyne, že by od sester očekávala více komunikace v oblasti předávání informací o průběhu před operací a po operaci, podporování pacienta, trávení času s pacientem. Zbylí participanté byli dle výpovědí do určité míry spokojeni s přístupem sester v předoperačním a pooperačním období.

Z výše uvedeného je zřejmé, že bylo zjištěno, jak pacienti popisují a vnímají zkušenost se zapojením do fáze hodnocení v ošetrovatelském procesu, a dílčí cíl výzkumu byl tedy splněn. Kategorie „*Zkušenost pacienta ve fázi hodnocení v ošetrovatelském procesu v předoperační a pooperační péči*“ odpovídá na dílčí výzkumnou otázku č. 2: „*Jak je pacient zapojen do fáze hodnocení v ošetrovatelském procesu?*“.

Na základě uvedeného rozboru lze konstatovat, že bylo zjištěno, jak pacient vnímá a popisuje zkušenost se zapojením do ošetrovatelského procesu, takže hlavní výzkumná otázka byla splněna.

LIMITY VÝZKUMU

Výsledky tohoto výzkumu přináší pohled na stav a vývoj toho, jaké mají pacienti zkušenosti se zapojováním do ošetrovatelského procesu, očima šesti participantů. S výhodou by bylo doplnit v této oblasti výzkum s kvantitativní výzkumnou metodou, aby bylo možno výsledky zevšeobecnit.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Dle výzkumného šetření navrhuji pro praxi několik okruhů, které by zdravotnickému personálu mohly pomoci efektivně stanovit možné cíle ve spolupráci s pacientem v ošetrovatelského procesu, přesněji v předoperačním a pooperačním období u plánované cholecystektomie. Pro přehledné okruhy pro praxi jsem použila diagram (Obrázek 2).

První okruh se týká zapojení pacienta do fáze plánování v ošetrovatelském procesu, přesněji v předoperačním období u plánované cholecystektomie. Doporučovala bych, aby sestra po sběru dat, stanovení diagnóz a určení priorit stanovila ve spolupráci s pacientem vzhledem k ošetrovatelským diagnózám tyto cíle.

Stanovení možných cílů sestrou ve spolupráci s pacientem v předoperačním období u plánované cholecystektomie:

- Pacient zná očekávanou délku pobytu.
- Pacient je dostatečně informován o chirurgickém výkonu.
- Pacient je edukován o předoperační přípravě (návštěva anesteziologa, příprava operačního pole, vyprázdnění, důsledná hygienická péče, odstranění šperků, protetických pomůcek, zubních náhrad, brýlí, naslouchadel, doba výkonu podle operačního rozpisu, důsledná příprava lačnění).
- Pacient je edukován o pooperační péči (kde bude ležet po operaci, způsoby zmírnění bolesti, dietní omezení po operaci, včasné vstávání z lůžka po operaci, upozornění na obvyklé omezení aktivity).
- Pacient dokáže vysvětlit následnou léčbu po operačním výkonu.
- Pacient ovládá ochranné manévry zlepšující pooperační období (změna polohy, chování při kašli).
- Pacient zná preventivní cviky pro prevenci komplikací po výkonu (hluboké dýchání, cviky dolních končetin).
- Pacient má uspokojeny základní potřeby (spánek, jídlo, hydratace a odpočinek).
- Pacient má vyrovnaný psychický stav.

Druhý okruh se týká zapojení pacienta do fáze plánování v ošetrovatelském procesu, přesněji v pooperačním období u plánované cholecystektomie. Doporučovala bych, aby sestra po sběru dat, stanovení diagnóz a určení priorit stanovila ve spolupráci s pacientem vzhledem k ošetrovatelským diagnózám tyto cíle.

Stanovení možných cílů sestrou ve spolupráci s pacientem v pooperačním období u plánované cholecystektomie:

- Pacient má základní vitální funkce.
- Pacient procvičuje hluboké dýchání a kašláni podle poučení.
- Pacient vykonává speciální cviky dolních končetin.
- Pacient dosahuje rovnováhy a příjmu a výdeje tekutin.
- Pacient spontánně močí do osmi hodin po výkonu a má čistou moč, nepocítuje pálení a řezání při močení.
- Pacient nemá hnisavý výtok z operační rány, operační rána se hojí bez komplikací, bez příznaku infekce.
- Pacient zná správné zvedání a vstávání z lůžka po operaci.

- Pacient chodí a vykonává aktivity sebeděče po operaci.
- Zamezit riziku pádu a poranění pacienta.
- Pacient oznamuje dostatečný noční spánek.
- Pacient má minimální možnost úrovně strachu a úzkosti.
- Pacient odpočívá s minimální nebo nulovou bolestí a signalizuje zlepšení zdravotního stavu.
- Pacient nezvrací, snížit pocit nevolnosti na minimum a zabránit aspiraci žaludečního obsahu.
- Pacient nemá známky infekce. Okolí i. v. vstupů je klidné.

Třetí okruh se týká zapojení pacienta do fáze hodnocení ošetrovatelského procesu, přesněji v předoperačním období u plánované cholecystektomie. Doporučovala bych, aby sestra použila nástroje hodnocení některých informací získaných od pacienta dotazováním, měřením nebo pozorováním. Dalšími zdroji může být také rodina nebo členové ošetrovatelského týmu.

Možné hodnocení ošetrovatelského procesu, přesněji v předoperačním období u plánované cholecystektomie ve spolupráci s pacientem pomocí nástroje dotazování a pozorování:

- Pacient popsal průběh celkové anestezie a sdělil: *„Ted' už vím, co mě čeká, nemám žádné obavy.“*
- Pacient zdůvodnil smysl hlubokého dýchání a předvedl, jak se správně posazovat přes pravý bok po operaci.
- Pacient sděluje: *„Spal jsem velmi dobře, jsem připravený na operaci.“*
- Pacient popsal, co ho čeká v pooperační péči.
- Pacient zdůvodnil důslednou přípravu lačnění před operací.

Čtvrtý okruh se týká zapojení pacienta do fáze hodnocení v ošetrovatelského procesu, přesněji v pooperačním období u plánované cholecystektomie. Doporučovala bych, aby sestra použila nástroje hodnocení některých informací získaných od pacienta dotazováním, měřením nebo pozorováním. Dalšími zdroji může být také rodina nebo členové ošetrovatelského týmu.

Možné hodnocení ošetrovatelského procesu, přesněji v předoperačním období u plánované cholecystektomie ve spolupráci s pacientem pomocí nástroje dotazování a pozorování:

- Pacient dýchá klidně a pravidelně. Pacient sděluje: „Když dýchám a jsem v klidu, už mě to nebolí.“
- Pacient je afebrilní a nejeví známky infekce, rána klidná, bez zarudnutí a bez exsudace.
- Pacient popsal dietní omezení v domácím prostředí (vhodné potraviny).
- Pacient verbalizuje důvody monitorování TK.
- Pacient se vyprázdnil a uvádí smysl vyprázdnění po operaci.
- Pacient popisuje svůj stav slovy: „V klidu mě to nebolí, při pohybu bolest nesitelná.“

Obrázek 2 *Diagram*

Stanovení možných cílů sestrou ve spolupráci s pacientem v předoperačním období u plánované cholecystektomie

- Pacient zná očekávanou délku pobytu.
- Pacient je dostatečně informován o chirurgickém výkonu.
- Pacient je edukován o předoperační přípravě (návštěva anesteziologa, příprava operačního pole, vyprázdnění, důsledná hygienická péče, odstranění šperků, protetických pomůcek, zubních náhrad, brýlí, naslouchadel, doba výkonu podle operačního rozpisu, důsledná příprava lačnění).
- Pacient je edukován o pooperační péči (kde bude ležet po operaci, způsoby zmírnění bolesti, dietní omezení po operaci, včasné stávání z lůžka po operaci, upozornění na obvyklé omezení aktivity)
- Pacient dokáže vysvětlit následnou léčbu po operačním výkonu.
- Pacient ovládá ochranné manévry zlepšující pooperační období (změna polohy, chování při kašli).
- Klient zná preventivní cviky pro prevenci komplikací po výkonu (hluboké dýchání, cviky dolních končetin).
- Pacient má uspokojeny základní potřeby (spánek, jídlo, hydratace a odpočinek).
- Pacient má vyrovnaný psychický stav.

Možné hodnocení ošetrovatelského procesu přesněji v předoperačním období u plánované cholecystektomie ve spolupráci s pacientem pomocí nástrojem dotazováním a pozorováním

- Pacient popsal průběh celkové anestezie a sdělil: „*Ted' už vím, co mě čeká, nemám žádné obavy.*“
- Pacient zdůvodnil smysl hlubokého dýchání a předvedl, jak se správně posazovat přes pravý bok po operaci.
- Pacient sděluje: „*Spal jsem velmi dobře, jsem připravený na operaci.*“
- Pacient popsal, co ho čeká v pooperační péči.
- Pacient je psychicky vyrovnaný.

Stanovení možných cílů sestrou ve spolupráci s pacientem v pooperačním období u plánované cholecystektomie

- Pacient má základní vitální funkce.
- Pacient procvičuje hluboké dýchání a kašláni podle poučení.
- Pacient vykonává speciální cviky dolních končetin.
- Pacient dosahuje rovnováhy a příjmu a výdeje tekutin.
- Pacient spontánně močí do 8 hodin po výkonu a má čistou moč, nepocituje pálení a řezání při močení.
- Pacient nemá hnisavý výtok z operační rány, operační rána se hojí bez komplikací, bez příznaku infekcí.
- Pacient zná správné zvedání a vstávání z lůžka po operaci.
- Pacient chodí a vykonává aktivity sebepečce po operaci.
- Zamezit riziku pádu a poranění pacienta.
- Pacient oznamuje dostateční noční spánek.
- Pacient má minimální možnost úrovně strachu a úzkosti.
- Pacient odpočívá s minimální nebo nulovou bolestí a signalizuje zlepšení zdravotního stavu.
- Pacient nezvrací, snížit pocit nevolnosti na minimum a zabránit aspiraci žaludečního obsahu.
- Pacient nemá známky infekce. Okolí i.v. vstupů je klidné.

Možné hodnocení ošetrovatelského procesu přesněji v pooperačním období u plánované cholecystektomie ve spolupráci s pacientem pomocí nástrojem dotazování a pozorování

- Pacient verbalizuje důvody monitorování fyziologických funkcí.
- Pacient dýchá klidně a pravidelně. Pacient sděluje: „Když dýchám a jsem v klidu, už mě to nebolí.“
- Pacient je afebrilní a nejeví známky infekce, rána klidná, bez zarudnutí a bez exsudace.
- Pacient se vyprázdnil a uvádí smysl vyprázdnění po operaci.
- Pacient popisuje svůj stav slovy: „V klidu mě to nebolí, při pohybu bolest snesitelná.“
- Pacient popsal dietní omezení v domácím prostředí (vhodné potraviny).

Zdroj: vlastní

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem vypracovala a rozebrala téma „*Ošetrovatelský proces u pacientů se zánětem žlučníku a žlučových cest*“. Při naší práci na chirurgickém oddělení se s onemocněním žlučníku a žlučových cest setkáváme velmi často. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat a popsat, jaká je zkušenost hospitalizovaných pacientů se zánětem žlučníku a žlučových cest se zapojením do ošetrovatelského procesu. Prvním dílčím výzkumným cílem bylo popsat, jaká je zkušenost pacienta se zapojováním ve fázi plánování v ošetrovatelském procesu. Druhým dílčím výzkumným cílem bylo popsat, jaká je zkušenost pacienta se zapojováním ve fázi hodnocení v ošetrovatelském procesu.

V teoretické části jsem se zaměřila na anatomii žlučníku a žlučových cest a popsala jsem charakteristiku a druhy onemocnění. Podrobně jsem popsala typy onemocnění žlučníku a žlučových cest a zaměřila jsem se na příčiny vzniku těchto onemocnění, jakými příznaky se projevují a v neposlední řadě na jejich průběh, léčbu a komplikace. Dále jsem se v teoretické části zaměřila na specifika ošetrovatelské péče o pacienty se zánětem žlučníku a žlučových cest před plánovanou cholecystektomií a specifika ošetrovatelské péče o pacienty po cholecystektomii. V neposlední řadě jsem zmínila charakteristiku ošetrovatelského procesu a popsala jeho fáze jdoucí za sebou.

Praktická část této bakalářské práce je založena na zpracování kvalitativního výzkumu. S pomocí kvalitativní výzkumné metody polostrukturovaných rozhovorů bylo zjištěno, že participanti mají zkušenost se zapojením do fáze plánování v ošetrovatelském procesu při plánování nutného lačnění před plánovaným chirurgickým výkonem, při plánování podávání ranních léků před operací, při plánování možné návštěvy anesteziologa, při plánování o hlášení možné bolesti a při plánování návštěvy dietní sestry. Z vyhodnocení výzkumu vyplývá, že participanti nemají zkušenost se zapojením do fáze plánování v ošetrovatelském procesu, při plánování přípravy operačního pole, hygieny, při snížení strachu před operací, při společném stanovení cílů se sestrou před propuštěním do domácího prostředí, při plánování správného hlubokého dýchání po operaci, při plánování návštěvy dietní sestry, při plánování péče o operační ránu.

Z vyhodnocení výzkumu vyplývá, že participanti mají zkušenost se zapojením do fáze hodnocení v ošetrovatelském procesu při hodnocení bolesti po operaci, při hodnocení možného snížení strachu před operací, při hodnocení spontánního vyprázdnění močového měchýře po operaci, při hodnocení prováděného pohybu po operaci, při hodnocení znalostí dietních omezení v domácím prostředí a znalostí péče o operační ránu v domácím prostředí.

Z vyhodnocení výzkumu vyplývá, že pacienti nemají zkušenost se zapojením do fáze hodnocení v ošetrovatelském procesu při hodnocení znalosti o péči o operační ránu v domácím prostředí, informovanosti o předoperační přípravě a pooperační péči, hodnocení možného snížení strachu před operací.

V neposlední řadě bylo pomocí kvalitativní výzkumné metody polostrukturovaných rozhovorů zjištěno, jak participanti vnímají přístup sester v ošetrovatelském procesu, přesněji v předoperačním a pooperačním období. Většina participantů byla do určité míry spokojena s přístupem sester v ošetrovatelském procesu, přesněji v předoperačním a pooperačním období. Jedna participantka uvádí, že by vyžadovala více komunikace ze strany sester v oblasti předávání informací o průběhu před operací a po operaci, podporování pacienta, trávení času s pacientem.

SEZNAM LITERATURY

1. ADAMOVIČ, Z. Cholecystolitíáza, indikace k cholecystektomii. *Medicína pro praxi*. 2020, roč. 17, č. 5, s. 333-335. ISSN 1803-5310.
2. BALKO, J. a kol. *Memorix: histologie*. 2. vyd. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2017. ISBN 978-80-77553-249-7.
3. BLAŽEK, M. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. *Interní medicína pro praxi*. 2012, roč. 14, č. 11, s. 422-428. ISSN 1803-5256.
4. BLAŽKOVÁ, P. *Edukace pacienta po cholecystektomii*. Liberec, 2016. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci. Ústav zdravotnických studií.
5. ČERVENKOVÁ, Z., E. HLAVÁČKOVÁ a L. HODAČOVÁ. Spokojenost pacientů s managementem akutní pooperační bolesti ve zdravotnickém zařízení. *Praktický lékař*. 2020, roč. 100, č. 1, s. 12-16. ISSN 1803-6597.
6. ČEŠKA, R. a kol. *Interna*. 3. vyd. Praha: Triton, 2020. ISBN 978-80-755-3782-9.
7. ČIHÁK, J. *Anatomie 2* [online]. 3. vyd. Praha: Grada, 2013 [cit. 2021-09-11]. ISBN 978-80-247-9210-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/anatomie-2-2222/>
8. DRAHOŠOVÁ, L. a D. JAROŠOVÁ. Vnímání pečovatelského chování chirurgickými sestrami a pacienty ve vybraném regionu České republiky. *Kontakt*. 2015, roč. 17, č. 1, s. 18-23. ISSN 1212-4117.
9. FERKO, A., Z. ŠUBRT a T. DĚDEK. *Chirurgie v kostce*. 2. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-10005-1.
10. FIALA, P., J. VALENTA a L. EBERLOVÁ. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova, 2015. ISBN 978-80-246-2693-2.
11. GURKOVÁ, E. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0461-1.
12. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. 4.vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-686-5.
13. HEARTHER, H. aj. *Ošetrovatelské diagnózy*. 11.vyd. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-271-0710-0.
14. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 3. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
15. HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace*. 11. vyd. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-0710-0.

16. HOCH, J. aj. LEFFLER. *Speciální chirurgie*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2011. ISBN 978-80-7345-253-7.
17. HOLUBOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta a.s., 2013. ISBN 978-80-204-2806-6.
18. HORÁK, J. a J. EHRMANN. *Hepatologie do kapsy*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta a.s., 2014. ISBN 978-80-204-3299-5.
19. HUDÁK, R. a kol. *Memorix: anatomie*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-674-6.
20. HŮLEK, P. a kol. *Hepatologie* [online]. 3. vyd. Praha: Grada, 2018 [cit. 2021-09-10]. ISBN 978-80-247-2939-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/hepatologie-4631/>
21. JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.
22. JIRKOVSKÝ, D. a kol. *Ošetrovatelské postupy a intervence*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012. ISBN 978-80-87347-13-3.
23. KACHLÍK, D. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory* [online]. Praha: Univerzita Karlova, 2019. [cit. 2021-09-10]. ISBN 978-80-246-4101-0. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/anatomie-pro-nelekarske-zdravotnicke-obory-5853/>
24. KASPER, H. *Výživa v medicíně a dietetika*. 11. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4533-6.
25. KLENER, P. *Vnitřní lékařství*. 4. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-705-9.
26. KOVÁŘOVÁ, K. a R. ZELENÍKOVÁ. Hodnocení strachu u pacientů před plánovanou operací. *Praktický lékař*. 2020, roč. 100, č. 5, s. 240-244. ISSN 1803-6597.
27. KUDLOVÁ, P. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně Fakulta humanitních studií, 2016. ISBN 978-80-7454-600-6.
28. LINDSETH, G. a D. DENNY. Patients Experiences with Cholecystitic and a Cholecystectomy. *Gastroenterol Nurs*. 2014, roč. 37, č. 6, s. 407-414. DOI 10.1097/SGA.0000000000000072
29. MAČÁK, J., J. MAČÁKOVÁ a J. DVOČÁČKOVÁ. *Patologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3530-6.
30. MASTILIAKOVÁ, D. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5376-8.

31. MIKŠOVÁ, Z., M. FROŇKOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-1443-1.
32. MIŠOVIČ, J. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. 1. vyd. Praha: Slon, 2019. ISBN 978-80-7419-285-2.
33. PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
34. POKRIVČÁK, T. a kol. *Chirurgie*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-702-6.
35. ROKYTA, R. a kol. *Fyziologie*. 3. vyd. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-238-1.
36. ROZSYPAL, H. a kol. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2197-5.
37. RUŽIČKOVÁ NEUŽILOVÁ, M. *Léčba bolesti z pohledu všeobecné sestry*. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
38. SCHNEIDEROVÁ, M. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.
39. SKUTIL, M. a kol. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty účetnictví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.
40. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 2. vyd. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2862-4.
41. SMÉKALOVÁ, K., P. BARTOŠOVÁ a Z. STRAKOVÁ. *Jak pečovat o ránu po operaci*. (Edukační materiál pro pacienty) [online]. Olomouc: Fakultní nemocnice Olomouc, 2020 [cit. 2022-02-28]. Dostupné z: https://www.fnol.cz/pdf/pacient-ske_brozurky/PORGYN_Jak%20pecovat%20o%20ranu%20po%20operaci.pdf
42. SOUČEK, M. a kol. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-1096-4.
43. SVĚRÁKOVÁ, M. *Edukační činnosti sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
44. TOMANOVÁ, Š. a J. KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. [online]. Praha: Grada, 2016 [cit. 2021-03-07]. ISBN 978-80-271-0064-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/komunikace-s-pacientem-v-intenzivni-peci-2927/>.
45. TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-758-9.

46. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4., rozš. vyd. Brno: NCO, 2018. ISBN 978-80-7013-590-7.
47. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2018* [online]. Praha: ÚZIS, 2019 [cit. 2022-02-04]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008357/hospit2019.pdf>
48. VODIČKA, J. a kol. *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2512-6.
49. ZACHAROVÁ, E. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. [online]. Praha: Grada, 2016 [cit. 2021-03-01]. ISBN 978-80-271-0156-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/komunikace-v-oseetrovatelske-praxi-2591/>
50. ZEMAN, M. a kol. *Speciální chirurgie*. 3. vyd. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-128-5.
51. ZLATOHLÁVEK, L. *Klinická diabetologie a výživa*. 2. vyd. Praha: Current Media, 2019. ISBN 978-80-88129-44-8.
52. ZLATOHLÁVEK, L. a kol. *Interna pro bakalářské a magisterské obory*. Praha: Current Media, 2017. ISBN 978-80-88129-23-3.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Informovaný souhlas s rozhovorem

Příloha B – Žádost o udělení souhlasu s výzkumem

Příloha C – Dieta s omezením tuku pro pacienty do domácího prostředí

Příloha D – Potvrzení o vypracování rešerší

Příloha E – Otázky k rozhovorům

PŘÍLOHY

Příloha A – Informovaný souhlas pro rozhovor

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název bakalářské práce: Ošetrovatelský proces u pacienta se zánětem žlučníku a žlučových cest

STUDENT:

Školníková Jana

Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

e-mail: skolniko@students.zcu.cz

VEDOUCÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:

Jméno: Mgr. Nováková Jaroslava

Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

e-mail: jarnovak@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE:

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat a popsat ošetrovatelský proces u hospitalizovaných pacientů se zánětem žlučníku a žlučových cest.

Hlavní výzkumná otázka: Jak pacienti vnímají a popisují zkušenost v zapojování do ošetrovatelského procesu?

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenáván na diktafon. Pořízený záznam na diktafonu nebude sdílen s nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru budou použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte pokud nebudete chtít odpovídat na žádné specifické otázky a můžete kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od studie odstoupit a že citace z mnou zaslaných materiálů budou použity anonymně, nebudou ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum

Zdroj: vlastní

Příloha B – Žádost o udělení souhlasu s výzkumem



**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOTI
S VYPRACOVÁNÍM BAKALÁRSKÉ PRÁCE
– Karlovarská krajská nemocnice a.s.**

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta zdravotnických studií

Všeobecné ošetřovatelství

Školníková Jana

3. ročník

Název bakalářské práce:

Ošetřovatelský proces u pacienta se zánětem žlučníku a žlučových cest

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková, katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Kontakt na vedoucího práce: jarnovak@kos.zcu.cz, 377 663 782

Zdroj: vlastní

Cíl bakalářské práce:

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat a popsat jaká je zkušenost hospitalizovaných pacientů se zánětem žlučníku a žlučových cest se zapojením do ošetrovatelského procesu. Do výzkumu byl výběr participantů záměrný. Do výzkumu budou zahrnuti 6-8 participantů se zánětem žlučníku a žlučových cest rozdílného věku a pohlaví. Přidružená onemocnění pacientů nehrála roli při výběru participantů. Hlavní výzkumné otázky se zabývají, jak pacienti vnímají a popisují zkušenosti se zapojením ve fázi plánování a hodnocení v ošetrovatelském procesu.

Termín přípravy v Karlovarské krajské nemocnici a.s. pro empirickou část práce:

Od 1.ledna 2021.

Konkrétní pracoviště Karlovarské krajské nemocnice a. s. pro empirickou část práce:

Chirurgické a traumatologické standartní oddělením.

Metoda empirické části práce:

Zvolila jsem metodu kvalitativního výzkum. Tato forma výzkumu se zaměřuje například na uznání významu lidského prožitku, pátrá po významech a podstatách nebo je zaměřená na určitou celistvost lidského prožitku, který může popisovat. Kvalitativní výzkum bývá zaměřen široce a komplexně, měl by vystihnout sledovaný jev či osobu holisticky a mnohdy hodnotí vzájemné vztahy či analyzuje zkoumané a pozorované jevy. Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup, kde jsou vyloučeny číselné a statické výpočty. Respondenti kvalitativního výzkumu jsou vybíráni na základě konceptu a jejich počet se může během výzkumu zvyšovat či zmenšovat. (Hendl, 2016 s. 47-54)

Pro metodu získávání dat jsem zvolila analýzu dokumentů, přímé a nepřímé pozorování a individuální polostrukturovaný rozhovor s oslovenými respondenty, kteří jsou hospitalizovaní se zánětem žlučníku a žlučových cest. Participantů seznámím a informuji o průběhu mého šetření, které budu odebrat jen s jejich souhlasem, který bude součástí příloh bakalářské práce.

Zdroj: vlastní



Žádost podává studentka:

Školníková Jana

Tel.: +420 723 072 426

Email: skolnikova55@seznam.cz

V Karlových Varech dne:

Zdroj: vlastní

Příloha C – Dieta s omezením tuků pro pacienty do domácího prostředí



Karlovarská krajská nemocnice a. s., Bezručova 19, 360 66 Karlovy Vary
Zapsaná v OR, vedeném Krajským soudem v Plzni oddíl B, vložka 1205
IČO: 283 65 804, tel: 354 225 111, fax: 353 233 905

dle	označení diety č.
S OMEZENÍM TUKU	4

INDIKACE: choroby žlučníku, jater a pankreatu (po odeznění akutního stadia - přechod z diety 4S a speciálních pankreatických diet - 20gT, 40gT), při chronickém onemocnění žlučníku, po cholecystektomii, po střevní dyspepsii a střevním kataru.

CHARAKTERISTIKA: strava se podává 5-6x/denně (v 2-3 hod. intervalech)
strava je šetřící jak výběrem potravin, tak jejich úpravou. Výběrem netučných potravin a omezením množství tuků na namazání a přípravu pokrmů snižujeme celkové množství tuků na 60g/den. Nesmažíme! Individuální výběr potravin zabrání zhoršení subjektivních obtíží pacienta. Pestrou stravou zajistíme dostatek vitamínů a minerálních látek.

TECHNOLOGIE ÚPRAVY POKRMŮ: vaření, dušení, mikrovlnná trouba.
Maso pro lepší chuť a barvu opékáme nasucho, podlijeme vodou nebo vývarem a pak dusíme. Nepoužíváme cibulový základ, ani opékání na oleji. Omáčky nezahušťujeme jíškou, ale nasucho opraženou moukou nebo záhlvkou z mouky a vody. Pokrmy nesmažíme, též není vhodné grilování a vysmažování masových štáv, protože při těchto úpravách dochází k přepalování tuků a vzniku dráždivých látek. Povolené množství tuku (másla nebo kvalitního oleje) přidáváme až do hotových pokrmů. Vždy se snažíme o dokonalé zpracování pokrmů, protože „dietní úprava“ se nemusí rovnat nechutné stravě.

• VÝBĚR POTRAVIN A NÁPOJŮ:

1) MASO A UZENINY:

VHODNÉ	NEVHODNÉ
maso: pouze libové druhy - hovězí, telecí, kuře, králík, ryby, krůtí, později vepřové (kýta, panenka)	maso: tučné - vepřové, husa, kachna, zvěřina, uzené maso, tučné a kyselé ryby, zabljačkové pokrmy, vnitřnosti
uzeniny: libová šunka, později drůbeží dietní salám – min. 80% masa	uzeniny: tučné a trvanlivé salámy, kobásky, párky, vuřty, paštiky

2) TUKY:

VHODNÉ	NEVHODNÉ
POZOR! pouze v malém množství (asi 10g na porci). rostlinné tuky: Flora, Rama, Alfa, Perla, pomazánkové máslo, máslo oleje: slunečnicový, olivový, řepkový	živočišné tuky: Omega, Ceres-soft, sádlo, slanina, špek, škvarky, hera

3) MLÉČNÉ VÝROBKY:

VHODNÉ	NEVHODNÉ
mléko: nízkotučné (pouze podle snášenlivosti pac.) kyselé, kefir, acidofilní mléko mléčné výrobky: nízkotučné sýry eidam (do 30% t. v s.), nízkotučné jogurty do 3% t. v s. (bílé jogurty), termizované sýry – Lučina linie, Žervé, ..., tvaroh bez tuku, ricotta, cottage sýr, pudíng	mléko: plnotučné, šlehačka, smetana mléčné výrobky: tučné sýry, uzené sýry, pikantní sýry, zrající a plisňové sýry, smetanové jogurty,

4) PŘÍKRMY:

VHODNÉ – pozor na mák, sezam, kmín!!!	NEVHODNÉ
pečivo: starší, nikdy ne čerstvé (nadýmá).	pečivo: čerstvé, kynuté pečivo, kynuté

NUTRIČNÍ TERAPEUT

Zdroj: Karlovarská krajská nemocnice a.s. – chirurgické oddělení.



**Karlovarská
krajská
nemocnice**

Karlovarská krajská nemocnice a. s., Bezručova 19, 360 66 Karlovy Vary
Zapsaná v OR, vedeném Krajským soudem v Plzni oddíl B, vložka 1205
IČO: 263 65 804, tel: 354 225 111, fax: 353 233 906

netučné housky, večky, žemle příkrmy: brambory (ve všech úpravách), těstoviny, rýže, knedlíky kypřené kypřícím práškem, krupicové noky	moučníky, celozrnné pečivo, chléb příkrmy: smažené brambory, bramborový salát, hranolky, luštěniny, kynuté knedlíky
5) VEJCE: VHODNÉ pouze v omezeném množství a jen do pokrmů, bílký neomezené	NEVHODNÉ majonézy, vaječné saláty vejce - smažená, vařená, sázená
6) POLÉVKY: VHODNÉ netučné vývary se zavářkou (nudle, kapání, rýže), z povolených druhů zeleniny, rajská	NEVHODNÉ tučné vývary (slepičí, hovězí), s játrovou zavářkou, zabljačková, zelná, houbová, luštěninové
7) OMÁČKY: VHODNÉ rajská, citrónová, koprová, dietní svíčková	NEVHODNÉ houbová, okurková, smetanová
8) MOUČNÍKY A SLADKÁ JÍDLA: VHODNÉ pouze netučné - piškotové těsto, netučné křehké těsto, tvarohové pěny, želatinové rosoly, starší vánočka, pudink, žemlovka, rýžový ovocný náky, ovocné knedlíky z tvarohového těsta	NEVHODNÉ šlehačkové dorty, krémové dorty, ořechové, kokosové nebo makové moučníky, koblihy, kynuté ovocné knedlíky se smetanou, čokoláda, smetanové mražené krémy
9) OVOCE A OŘECHY: VHODNÉ - pozor na slupka a zrníčka!!! Jablka, pomeranče - šťáva, banány, meruňky, broskve, kompoty, přesnídávky - všeho druhu	NEVHODNÉ hrušky, čerstvé třešně, rybíz, maliny, jahody, všechny ořechy, kokos, mák
10) ZELENINA: VHODNÉ - pozor na slupky, zrníčka a nadýmavost!!! mrkev, kořenová zelenina do polévek, pod maso, špenát bez česneku, rajčata bez semen, saláty (hlávkový, mrkvový, z čínské zelí)	NEVHODNÉ kapusta, zelí, papriky, česnek, cibule, květák, houby, ředkvičky, okurky salátové i sterilované, čalamády (POZOR! Na nadýmavost)
11) KOŘENÍ A POCHUTINY: VHODNÉ koření: petržel, a celer, nať, pažitka, kopr, libeček, kmín, bazalka, majoránka (malé mn.) pochutiny: kůra, šťáva - citrónová, pomerančová, rajčatový protlak, vanilkový cukr	NEVHODNÉ koření: pepř, pálivá paprika, kari, chilli, ostré koření směsi pochutiny: hořčice, masox, maggi, worcester, sójová omáčka, houby a ostatní dráždivé koření, ocet
12) NÁPOJE: VHODNÉ bílá káva, slabé kakao, čaj s mlékem, čaj - zelený, slabý černý, bylinkový, ovocný, šípkový, minerální vody (jen pokud nemáte vysoký tlak - obsahují velké množství sodíku), stolní vody, ovocné šťávy, mošty, džusy, individuálně mléko, kefir	NEVHODNÉ příliš chladné nebo horké nápoje, silné kakao, čokoláda, černá káva, nápoje sycené CO ₂ , alkoholické nápoje

NUTRIČNÍ TERAPEUT
KONTAKT: 605 226 488

Zdroj: Karlovarská krajská nemocnice, a. s. – chirurgické oddělení.

Příloha D – Potvrzení o vypracování rešerší



Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
Vinařská 6, PSČ 603 00 Brno
IČ: 00023850, DIČ: CZ00023850
ID datové schránky NCONZO: a55vw2c
www.nconzo.cz



Rešerše

Ošetrovatelský proces u pacienta se zánětem žlučníku a žlučových cest

Z databází: katalog knihovny NCO NZO Brno
Bibliographia medica Českoslovaca
CASLIN
Medline
ProQuest
EBSCO
Google Scholar
Google Knihy

Časový rozsah: 2001-2021

Celkový počet záznamů: 34

3. 6. 2021

Zpracovala: Michaela Musilová

Telefon:
543559111

Fax:
543211177

ID datové schránky:
a55vw2c

Zdroj: Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů.

Příloha E – Otázky k rozhovorům

1. Dozvěděl/a jste se od sester, jak bude probíhat předoperační příprava?
2. Zjišťovaly od Vás sestry, jestli rozumíte informacím o předoperační přípravě?
3. Sestavili jste si společně se sestrou plán, jak bude probíhat Vaše ošetrovatelská péče před operací? Pokud ano, prosím popište mi jaký?
4. Popište mi, jak sestry zjišťovaly, jestli máte možný strach před operací?
5. Popište mi, co obsahovala Vaše hygienická předoperační příprava?
6. Popište mi, jaké jste dostal/a od sestry informace o předoperační přípravě, které jste musel/a dodržovat v předvečer a v den operace?
7. Dozvěděl/a jste se od sester před operací, jak bude probíhat pooperační péče?
8. Zjišťovaly od Vás sestry, jestli rozumíte informacím o pooperační péči?
9. Sestavili jste si společně se sestrou plán, jak bude probíhat Vaše ošetrovatelská péče po operaci? Pokud ano prosím popište mi jaký?
10. Stanovili jste si společně se sestrou nějaké cíle, které chcete dosáhnout do vašeho propuštění do domácí péče? (např. budu umět pečovat o svoji operační ránu, budu umět sledovat svoji bolest)
11. Popište mi, jak Vás sestry informovaly o signalizačním zařízení, kdybyste měl/a jakékoli potíže (bolesti) a potřeboval/a byste přivolat sestru?
12. Popište mi, jakým způsobem Vám po operaci byla sestrou zmírněna/odstraněna bolest?
13. Vysvětlily Vám sestry, jak se po operaci hýbat v lůžku a jak se posazovat a vstávat z lůžka? Vysvětlily Vám sestry, proč je to důležité?
14. Popište mi, jak Vám sestry vysvětlily, jak správně dýchat po operaci?
15. Informovaly Vás sestry o tom, jak pečovat v domácím prostředí o svoji operační ránu?

16. Popište mi, jakým způsobem budete pečovat o Vaši operační ránu a jak budete v domácím prostředí provádět hygienu s operační ránou?
17. Informovaly Vás sestry, že za Vámi přijde nutriční terapeutka? Jaké informace jste dostal od nutriční terapeutky?
18. Popište mi, jakým způsobem budete dodržovat dietní omezení v domácím prostředí?
19. Popište mi, jak od Vás sestry zjišťovaly, jestli došlo ke snížení strachu před operací?
20. Popište mi, jak od Vás sestry zjišťovaly, jestli došlo ke zmírnění či odstranění Vaší bolesti po operaci?
21. Popište mi, jak od Vás sestry zjišťovaly, jestli se správně posazujete a vstáváte z lůžka po operaci?
22. Popište mi, jak od Vás sestry zjišťovaly, jestli jste po operaci správně dýchal?
23. Popište mi, jak od Vás sestry zjišťovaly, jestli jste se po operaci dostatečně vymočil/a?
24. Popište mi, jak od Vás sestry zjišťovaly, jestli zvládnete pečovat o svoji operační ránu v domácím prostředí?
25. Popište mi, jak od Vás sestry zjišťovaly, jestli dostatečně rozumíte dietnímu omezení v domácím prostředí?
26. Jak jste vnímal/a přístup sester v předoperační péči?
27. Jak jste vnímal/a průběh předoperační péče?
28. Jak jste vnímal/a přístup sester v pooperační péči?
29. Jak jste vnímal/a průběh pooperační péče?

Zdroj: Vlastní.