

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Barbora Kučerová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Barbora Kučerová

ROLE SESTY V PÉČI O PACIENTY PO GASTREKTOMII

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Křivková

PLZEŇ 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2024.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kučerová Barbora

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Role sestry v péči o pacienty po gastrektomii

Vedoucí práce: Mgr. Jana Křivková

Počet stran – číslované: 60

Počet stran – nečíslované: 21

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 42

Klíčová slova: gastrektomie, ošetrovatelská péče, ošetrovatelská péče v chirurgii, role sestry, resekce žaludku

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá rolami sester, které poskytují ošetrovatelskou péči pacientům po gastrektomii, tedy po operaci žaludku, kdy dochází k jeho odstranění. První kapitola je zaměřena na anatomii a fyziologii žaludku. Druhá kapitola je zaměřena na gastrektomii jako takovou, jaké typy gastrektomie se provádějí a jaké komplikace gastrektomie přináší. Další dvě kapitoly podrobně rozebírají ošetrovatelskou péči a jednotlivé role sester, které pečují o pacienty po gastrektomii. Vše je zaměřené na pooperační péči. Veškeré informace v teoretické části vychází z odborné literatury.

Praktická část práce je vedena formou kvalitativního výzkumu za pomoci rozhovorů. Rozhovory byly vedeny se sestrami z chirurgického oddělení, které mají zkušenosti s péčí o pacienty po gastrektomii. Praktická část práce se zaměřuje na analýzu získaných informací z rozhovorů a odhalení hlavních rolí sester a aspektů péče, které sestry vykonávají v pooperačním období u pacientů po gastrektomii. V diskuzi a závěru práce jsou formulovány a shrnuty odpovědi týkající se výzkumných otázek.

Abstract

Surname and name: Kučerová Barbora

Department: Ošetrovatelství a porodní asistence

Title of thesis: The role of the nurse in the care of patients after gastrectomy

Consultant: Mgr. Jana Křivková

Number of pages – numbered: 60

Number of pages – unnumbered: 21

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 42

Keywords: gastrectomy, role of nurses, nursing care, nursing care in surgery, gastric resection

Summary:

This bachelor thesis focuses on the roles of nurses who provide nursing care to patients after gastrectomy, i.e. after gastric surgery when the stomach is removed. The first chapter focuses on the anatomy and physiology of the stomach. The second chapter focuses on gastrectomy itself, what types of gastrectomy are performed and what complications gastrectomy brings. The next two chapters discuss in detail the nursing care and the different roles of nurses who care for patients after gastrectomy. The focus is on post-operative care. All information in the theoretical part is based on the literature.

The practical part of the thesis is conducted in the form of qualitative research using interviews. The interviews were conducted with nurses from the surgical department who have experience in caring for patients after gastrectomy. The practical part of the thesis focuses on analysing the information obtained from the interviews and revealing the main roles of nurses and the aspects of care that nurses perform in the post-operative period for patients after gastrectomy. The discussion and conclusion of the thesis formulate and summarize the de-answers related to the research questions.

Poděkování

Děkuji Mgr. Janě Krivkové za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné připomínky, rady a pomoc v organizaci. Dále bych chtěla poděkovat sestřám z chirurgického oddělení, za poskytnuté rozhovory a vhled do jejich praxe.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	9
SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ANATOMIE ŽALUDKU	13
1.1 Popis	13
1.2 Lokalizace	13
1.3 Fyziologie	14
1.3.1 Mechanická a chemická funkce žaludku	14
2 GASTREKTOMIE	15
2.1 Subtotální gastrektomie	15
2.2 Totální gastrektomie	16
2.3 Billroth I a II	16
2.4 Pooperační komplikace	16
2.4.1 Dumping syndrom	17
2.4.2 Pooperační krvácení	18
2.4.3 Infekce v operační ráně	18
2.4.4 Syndrom přívodné a odvodné kličky	18
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	19
3.1 Ošetřovatelství v chirurgii	19
3.2 Úlohy ošetrovatelské péče v chirurgii	19
3.3 Bezprostřední pooperační péče po gastrektomii	20
3.4 Péče na standardním oddělení	21
3.4.1 Monitorování pacientů	21
3.4.2 Hygienická péče	22
3.4.3 Péče o operační ránu	23
3.4.4 Hodnocení a tišení bolesti	24
3.4.5 Potřeba spánku	25
3.4.6 Péče o polohu nemocného	25
3.4.7 Péče o periferní žilní katetr a centrální žilní katetr	26
3.4.8 Časná pooperační výživa	26
3.4.9 Péče o vyprazdňování	27
3.4.10 Prevence tromboembolické nemoci	28
3.4.11 Psychická podpora pacientů	29
3.4.12 Edukace pacientů	30

4	ROLE SESTER	31
4.1	Sestra ošetrovatelka.....	31
4.2	Sestra edukátorka pacienta a jeho rodiny	32
4.3	Sestra koordinátorka.....	33
4.4	Sestra obhájkyně	33
4.5	Sestra asistentka	34
4.6	Sestra výzkumnice.....	34
4.7	Sestra mentorka	34
4.8	Sestra delegátka.....	35
	PRAKTICKÁ ČÁST	36
5	FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	36
6	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY	37
6.1	Hlavní cíl	37
6.2	Díličí cíle a výzkumné otázky/předpoklady	37
7	METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE	38
7.1	Metodologie výzkumu.....	38
7.2	Charakteristika sledovaného souboru.....	38
7.3	Organizace výzkumu.....	39
7.4	Zpracování dat.....	40
8	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	41
8.1	Kategorie: Běžný den v nemocnici při péči o pacienty po gastrektomii.....	43
8.2	Kategorie: Hlavní role sester v péči o pacienty po gastrektomii.....	45
8.3	Kategorie: Role ošetrovatelky	47
8.4	Kategorie: Role edukátorky	52
8.5	Kategorie: Role koordinátorky péče	55
8.6	Kategorie: Klíčové role sester pro úspěšné zotavení pacientů po gastrektomii ..	56
8.7	Kategorie: Nejčastější problémy při péči o pacienty po gastrektomii	59
	DISKUZE.....	62
	ZÁVĚR.....	70
	SEZNAM LITERATURY	72
	SEZNAM PŘÍLOH	78
	Příloha 1 – Informovaný souhlas	79
	Příloha 2 – Souhlas s výzkumným šetřením	80
	Příloha 3 – Otázky v rozhovoru	81

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Běžný den v nemocnici při péči o pacienty po gastrektomii.....	44
Obrázek 2 - Kategorie Hlavní role sester v péči o pacienty po gastrektomii.....	46
Obrázek 3 - Kategorie Role ošetřovatelky	48
Obrázek 4 - Kategorie Role edukátorky.....	52
Obrázek 5 - Kategorie Role koordinátorky	55
Obrázek 6 - Kategorie Klíčové role sester pro úspěšné zotavení pacientů po gastrektomii	56
Obrázek 7 - Kategorie Nejčastější problémy při péči o pacienty po gastrektomii.....	59

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Základní informace o participantkách	41
Tabulka 2 - Kategorie Role ošetrovatelky.....	48
Tabulka 3 - Kategorie Role edukátorky	53
Tabulka 4 - Kategorie Klíčové role sester pro úspěšné zotavení pacientů po gastrektomii	57

SEZNAM ZKRATEK

D	Dech
ETI.....	Endotracheální intubace
EMR	Endoskopické mikrochirurgické resekce
GIT	Gastrointestinální trakt
HCl	Kyselina chlorovodíková
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
P.....	Pulz
PMK	Permanentní močový katétr
PŽK.....	Periferní žilní katétr
S.C.	Subkutánně
SpO ₂	Saturace krve kyslíkem
TK.....	Krevní tlak
TT	Tělesná teplota
VAS	Vizuální analogová škála
VF	Vitální funkce

ÚVOD

Karcinom žaludku představuje jedno z vážných onemocnění trávicího systému, které často vyžaduje invazivní léčebné postupy. Mezi ně patří gastrektomie, chirurgický zákrok, který spočívá v odstranění části nebo celého žaludku. Tato operace si však vyžaduje nejen zručnost chirurga, ale i komplexní péči, kterou poskytují sestry. Jejich role v péči o pacienty po gastrektomii je klíčová nejen z hlediska fyzického zotavení, ale i psychické podpory a prevence možných komplikací. Celá práce je zaměřena na důležitost a hlubší pochopení sesterských rolí v pooperačním období, které jsou klíčové pro zotavování pacientů po gastrektomii.

Tento práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. První část této práce se věnuje anatomii žaludku, což je klíčové pro lepší pochopení následujících kapitol. Čtenáři jsou poskytnuty informace o struktuře a funkcích žaludku. Následně se práce zabývá gastrektomií jako léčebným postupem u karcinomu žaludku. Jsou popsány jeho různé varianty (např. subtotální vs. totální gastrektomie) a případné dopady na pacienta. Důraz je kladen na možné komplikace po gastrektomii. V následující části práce je detailněji zkoumána ošetrovatelská péče poskytovaná sestrami, pacientům po operaci gastrektomie. Ošetrovatelská péče sester po gastrektomii je komplexní proces, který zahrnuje monitorování vitálních funkcí, péči o chirurgickou ránu, řízení bolesti, podporu při změnách stravovacích návyků, poskytování psychické podpory pacientům a jejich rodinám a prevenci možných komplikací. Sestry jsou klíčovými členy multidisciplinárního týmu, který spolupracuje na zajištění co nejefektivnější péče a podpoře pacientů během celého procesu zotavování. V závěru teoretické práce se zaměříme na jednotlivé role sester v péči o pacienty.

Hlavním cílem realizovaných rozhovorů bylo identifikovat hlavní role sester a získat hlubší pochopení jejich rolí v péči o pacienty po gastrektomii. Dílčí cíle práce jsou identifikovat hlavní role, které přispívají k úspěšnému zotavení pacientů a identifikovat hlavní problémy se kterými se sestry setkávají při péči o pacienty po gastrektomii.

Byla zvolena metoda kvalitativní, pomocí rozhovorů. Rozhovory sloužily k odhalení hlavních cílů práce. Rozhovory byly provedeny v Hořovické nemocnici na chirurgickém oddělení se všeobecnými i praktickými sestrami. Po zpracování dat z rozhovorů byly pomocí otevřeného kódování analyzovány.

Literatura byla vyhledávána pomocí klíčových slov v knihovnách a odborných internetových vyhledávačích.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE ŽALUDKU

1.1 Popis

Žaludek má tvar vakovitý a mírně zakřivený, přičemž jeho délka se pohybuje kolem 30 cm, šířka kolem 15 cm a hmotnost se odhaduje na 130 g, tato hmotnost může být ovlivňována náplní žaludku. Celková kapacita žaludku se odhaduje asi na 1,5 litru. (Knight, Nigam, 2019)

Vrchní část žaludku navazuje na jícen a spodní část přechází do duodena neboli první části tenkého střeva. Žaludek můžeme rozdělit na několik částí, a to je česlo nebo kardiie, která odděluje žaludek od spodní části jícnu, další proximální část žaludku je fundus, který je ze všech částí nejširší a nachází se zde vzduchová bublina a dále corpus neboli tělo žaludku. V distální části nalezneme antrum a vrátník neboli pylorus, který navazuje na část tenkého střeva, přesněji na první část duodenum. Žaludek je tvořen z několika stěn, a to serózním povlakem, svalovou vrstvou, podslizniční vrstvou a sliznicí s množstvím žaludečních žlázek. (Chaudhry, Liman, Peterson, 2022)

Sliznice žaludku je zbarvena do červené barvy a potažena hlenem, který chrání povrch žaludku. Na povrchu sliznice můžeme vidět jednotlivá políčka a jamky s žaludečními žlázami. Na přední části a zadní části žaludku se táhne podélná řasa. V části mezi kardií a duodenem nalezneme Waldayerovu cestu, kde protékají tekutiny v případě prázdného žaludku. (Bartůněk et al., 2016)

1.2 Lokalizace

Žaludek je rozšířenou částí trávicí trubice, je uložen v oblasti dutiny břišní pod bránicí, což je silný svalový orgán, který odděluje hrudní a břišní dutinu. Horní část žaludku, která se nazývá kardiie je připojena na jícen a nachází se v oblasti levého hypochondria, zatímco jeho oblouk se stáčí doprava do epigastria, což je oblast v horní části břicha pod hrudní kostí. Přední část povrchu žaludku přiléhá na část levého laloku jater, brániční klenbu a břišní stěnu. V dutině břišní se žaludek nachází v těsné blízkosti dalších důležitých orgánů, jako jsou bránice, ledviny a nadledviny, pankreat a slezina, což umožňuje účinnou spolupráci mezi těmito strukturami při provádění různých fyziologických funkcí. Žaludek je v dutině břišní upevněn na listech pobřišnice. (Bartůněk et al., 2016)

1.3 Fyziologie

Žaludek hraje klíčovou roli v trávicím systému tím, že dočasně skladuje potravu a provádí částečné chemické a mechanické trávení. Když potrava vstupuje do žaludku, horní části (kardie, tělo a fundus) se rozšiřují, aby pojaly více potravy. Spodní část žaludku se pak rytmicky stahuje, což napomáhá rozkladu potravy a smíchání s žaludečními šťávami, což je známé jako chemické trávení. Tím vzniká trávenina, směs potravy připravená k dalšímu trávení. Během procesu se vytvářejí mísící vlny, které se zvyšují v intenzitě směrem dolů. Pylorický svěrač pak postupně propouští tráveninu do tenkého střeva.

Žaludek jako důležitý orgán trávicího systému nejen že skladuje a tráví potravu, ale také ji promíchává a částečně tráví. Jeho fyziologická komplexnost umožňuje provádět řadu důležitých funkcí nezbytných pro správné trávení a vstřebávání živin. Po zpracování potravy v žaludku pokračuje proces trávení v tenkém střevě, kde se mechanická a chemická funkce žaludku propojují a spolupracují k celkovému procesu trávení. (Chaudhry, Liman, Peterson, 2022)

1.3.1 Mechanická a chemická funkce žaludku

Při mechanické funkci žaludku působí na potravu svalový tonus a motilita. Při této fázi dochází v krátkých intervalech k vlnění žaludku, které zajišťuje promíchání potravy s žaludečními šťávami. Z potravy se v žaludku stává takzvaná trávenina neboli chymus. (Bartůněk et al., 2016). Dochází k žaludečním peristaltikám, kdy se trávenina pomalu posouvá z vrchní části žaludku směrem dolů k pyloru. (Knight, Nigam, 2019)

Chemická funkce žaludku je založená na sekreci žaludečních šťáv a jejím působením na potravu. Za jeden den se v žaludku vytvoří přibližně 2 litry žaludečních šťáv. Díky mechanické funkci se šťávy promíchají s potravou a vzniká trávenina neboli chymus. Jednou z hlavních funkcí je štěpení bílkovin. Neaktivní pepsinogen se mění na pepsin a štěpí bílkoviny na menší částičky. (Knight, Nigam, 2019)

Žaludeční šťávy jsou tekutiny přirozeně vylučované spodní částí žaludku pro chemické účely trávení a zahrnují kyselinu chlorovodíkovou (HCl) a enzym pepsin. Kromě HCl produkuje žaludek ve svých buňkách také vnitřní faktor. Vnitřní faktor produkovaný v této fázi trávení umožňuje vstřebávání vitamínu B12 později v tenkém střevě. Produkce vnitřního faktoru je kritická, protože vitamín B12 hraje důležitou roli při tvorbě červených krvinek a neurologických funkcích. Žaludek je schopen zpracovat potravu a distribuovat ji do duodena v průměru každé 2 až 4 hodiny. (Chaudhry, Liman, Peterson, 2022)

2 GASTREKTOMIE

Nejčastější indikací k resekcčním výkonům na žaludku je nezhoubný karcinom žaludku nebo vředová choroba. V minulosti se resekce žaludku prováděly především jako terapie vředové choroby. Resekce můžeme rozdělovat podle velikosti rozsahu na subtotální gastrektomii a totální gastrektomii. (Vodička a kol., 2014)

Při rozhodování o provedení gastrektomie lékaři provádějí důkladné vyšetření, aby zjistili polohu nádoru a do jakých částí zasahuje, jeho velikost a přítomnost metastáz v okolních orgánech. Pokud je nádor zachycen včas a nemá metastázy, existuje velká šance na úplné vyléčení rakoviny pomocí gastrektomie. Naopak, pokud se metastázy rozšířily do okolních orgánů, léčba již nemusí být účinná a cílem je pouze zpomalit růst nádoru, zmírnit příznaky a prodloužit život pacienta. (Gesundheitsportal, 2021)

Existuje mnoho terapeutických řešení a také léčebné metody se rychle rozvíjejí, ale i přesto zůstává radikální resekce žaludku jediným možným způsobem, jak karcinom žaludku zcela vyléčit. (Haiyan, 2022)

Malé nerozšířené nádory lze odstranit endoskopicky, avšak často se vyskytuje situace, kdy je karcinom žaludku diagnostikován v pokročilém stadiu, což vylučuje možnost relativně šetrné endoskopické mikrochirurgické resekce (EMR). V případech, kdy je nádor rozsáhlý a lokalizovaný na specifických místech žaludku, se často přistupuje k chirurgickému odstranění. Současně s odstraněním postižené oblasti provádí chirurg též excizi přilehlých lymfatických uzlin. Jestliže maligní nádor nezasáhl vzdálenější části těla metastázami, může být chirurgický zákrok gastrektomie úspěšným léčebným postupem. (Gesundheitsportal, 2021)

2.1 Subtotální gastrektomie

Subtotální resekce (často označovaná jako distální gastrektomie) zahrnuje odstranění přibližně 4/5 žaludku, při tomto typu gastrektomie je ponechána jeho subkardiální část. Subkardiální část žaludku je část, která se nachází pod kardií, což je místo, kde se jícen napojuje na žaludek. (Duda, Suchánek, Soumarová, Hermanová, Voška, 2018)

Tento typ gastrektomie se využívá u nádorů, které se nachází v horní části žaludku a nezasahují do dalších částí. Jedná se o chirurgický zákrok pro odstranění zhoubných nádorů nebo jiných patologií, které omezují horní část žaludku. (Vodička a kol., 2014)

Dále se subtotální gastrektomie využívá u žaludečních vředů, dysfunkce dolního jícnového svěrače, obstrukci pyloru nebo při perforaci. (Vera, 2023)

2.2 Totální gastrektomie

Gastrektomie, označovaná jako totální resekce žaludku nebo totální gastrektomie, znamená odstranění celého žaludku. U většího množství malignit je potřeba využít totální gastrektomie, protože subtotální gastrektomie by neměla terapeutický účinek. U subtotální resekce je postižena pouze subkardiální část, ale u totální gastrektomie je postiženo více částí žaludku. Po operaci je důležitá obnova kontinuity GIT. Nejčastěji se při rekonstrukci po totální gastrektomii preferuje využití Rouxovy kličky, jde o anastomózu mezi jícnem a tenkým střevem, která umožní tok potravy z jícnu do tenkého střeva po odstranění žaludku. Tato nově vytvořená struktura obvykle zvládá absorbovat pouze omezené množství potravy. (Duda, Suchánek, Soumarová, Hermanová, Voška, 2018)

2.3 Billroth I a II

Operace Billroth I. spočívající v odstranění části žaludku s následným obnovením průchodnosti trávicí trubice. Vytvoří se takzvaná gastroduodenoanastomóza. Jde o vytvoření nového spojení mezi žaludkem a dvanáctníkem, což je první část tenkého střeva. Tento typ resekce se často využívá u peptických vředů v části těla žaludku. (Jonnalagadda, 2019)

Při typu resekce Billroth II. vzniká gastrojejunoanastomóza a slepý uzávěr duodena. Vytvoří se anastomóza mezi žaludkem a tenkým střevem. Resekce II typu zahrnuje odstranění nemocné části distálního žaludku a boční anastomózu žaludku k jejunu. (Morgan, 2024)

Při dlouhé přívodné kličce se provádí Y-anastomóza podle Rouxe. Resekce II. typu může být komplikována syndromem přívodné kličky a dumping syndromem, dráždění pahýlu sekremem může vznikat karcinom v pahýlu. (Schneiderová, 2014)

2.4 Pooperační komplikace

Komplikace po operaci jsou negativní stránkou každé operační léčby. Zda se komplikace objeví záleží na mnoha faktorech, jako je délka operace, rozsah chirurgického výkonu, délka anestezie, věk pacienta, přidružené onemocnění pacienta a také kvalita pooperační ošetrovatelské péče, ve které mají sestry jednu z hlavních rolí. Základní příznaky začínajících pooperačních komplikací jsou subfebrilie, bolest, nestabilita oběhu, střevní ileus nebo komplikace v místě operační rány. Vzniku a rozvoji komplikací po operaci můžeme zamezit, a to především sledováním stavu pacienta, brzkým rozpoznáním jakéhokoliv patologického stavu a následným rychlým jednáním ve prospěch pacienta. (Libová, Balková, Jankechová, 2019)

V případě, že po operaci dochází k prokázání infekce *Helicobacter pylori*, stav často vyžaduje antibiotickou léčbu. Postupný návrat k běžné stravě je obvyklý a zpravidla začíná opatrně v prvních 24 hodinách po chirurgickém zákroku. Někteří pacienti mohou být podporováni pomocí doplňkového živného roztoku podávaného intravenózně přímo do krevního řečiště (parenterální výživa). V situacích, kdy je to nezbytné, může být přechodně zavedena nasojejunální sonda. Tato metoda umožňuje aplikaci nutričních koncentrátů přímo do střeva prostřednictvím nosu, což charakterizuje formu enterální výživy. Tento postup je důležitý pro podporu pacientova zotavování a optimálního průběhu pooperační péče. (Gesundheitsportal, 2021)

2.4.1 Dumping syndrom

Mezi nejčastější komplikace po gastrektomii patří dumping syndrom. Tento syndrom zahrnuje soubor zažívacích obtíží a dalších potíží, které vznikají v důsledku omezené kapacity žaludku a rychlého vyprazdňování obsahu do tenkého střeva. Typickými projevy tohoto syndromu jsou nepříjemné pocity v epigastriu (jinak řečeno nadbříšku), které se objevují zhruba 30 minut po jídle, včetně nevolnosti, pocitu slabosti, palpitace nebo průjmu. Existuje také pozdní dumping syndrom, jehož symptomy se projevují 2-3 hodiny po jídle, může zahrnovat příznaky hypoglykémie, jako jsou třes, zrychlení nebo zpomalení tepu, nevolnost a nadměrné pocení. Může nastat i stav hypovolémie a oběhový kolaps. (stav sníženého objemu krve v těle). (Kodadová, 2018)

Při řešení dumping syndromu se často doporučuje upřednostnit častější, avšak menší jídla, která obsahují minimální množství sacharidů a zároveň jsou bohatá na bílkoviny a vlákninu. Tato strava může pomoci minimalizovat obtíže spojené s omezenou kapacitou žaludku a rychlým vyprazdňováním potravy do tenkého střeva. Je důležité zdůraznit, že tyto problémy obvykle postupně ustupují a pacienti mohou očekávat zlepšení do jednoho roku po operaci. (Gesundheitsportal, 2021)

Kromě toho jsou klíčové i další strategie pro zachování optimálního zdraví po operaci, jako je stravování se častěji menšími porcemi, omezení příjmu cukru na minimální množství, sledování tolerance k mléčným výrobkům a dalším potravinám obsahující laktózu. Těmto produktům je vhodné se ze začátku vyhýbat, postupně je můžeme zařazovat do jídelníčku v malých dávkách, příjem tekutin 45-60 minut před nebo po jídle. Tyto opatření přispívají k lepšímu řízení stravovacích návyků, předcházení dumping syndromu a celkově ke zvýšení kvality života pacientů po chirurgickém zákroku gastrektomie. (Kodadová, 2018)

2.4.2 Pooperační krvácení

V pooperačním období může dojít k různým komplikacím, jedna z nich je krvácení. Toto krvácení se může projevit v různé míře intenzity, od lehkého až po masivní. V případě lehkého krvácení může být obsah mírně zbarvený růžově, což může být na první pohled nepatrné a snadno přehlédnutelné. Naopak, u masivního krvácení je obsah již značně zbarven do červena, což signalizuje velmi vážný stav. V pooperačním období můžeme identifikovat dva hlavní typy krvácení. Prvním typem je intraluminální krvácení, které se obvykle vyskytuje v oblasti anastomózy, tedy spoje mezi dvěma částmi. Druhým typem je krvácení do volné dutiny břišní, které často diagnostikujeme na základě přítomnosti krve v břišním drenážním systému. (Jínek, 2018)

2.4.3 Infekce v operační ráně

Infekce vzniká znečištěním operační rány z okolní kůže nebo z trávicího traktu. Může se jednat o povrchovou infekci, která ovlivňuje pouze povrch rány a hlouběji nezasahuje. Hlubokou infekci, která postihuje hlubší vrstvy kůže a podkožní tkáně, nebo dokonce o hluboké orgánové infekce, známé jako nitrobřišní abscesy. Mezi rizikové faktory pro vznik infekcí v ráně patří obezita, vyšší věk, diabetes mellitus a malnutrice. U těchto rizikových pacientů je nezbytné zaměřit se na pečlivou kontrolu operační rány a provádět časté převazy, aby bylo možné infekci včas identifikovat a adekvátně léčit. (Jínek, 2018)

U komplikací v místě operační rány se projevují symptomy jako bolest, citlivost, lokalizovaný otok, zarudnutí nebo vyšší teplota. (Sinha, 2019)

2.4.4 Syndrom přívodné a odvodné kličky

Syndrom odvodné kličky je dočasný a pouze částečný uzávěr anastomózy, mezi oddělenými úseky střeva, chirurgickým spojením. Obvykle vzniká kvůli otoku kolem chirurgického místa, někdy je způsobený technickým pochybením během chirurgického zákroku, při spojení střevních částí, nebo zhoršenou peristaltikou po operaci. Tento stav vede k omezenému vyprazdňování. Pacient pocítuje subjektivní pocit plnosti žaludku, zvrací, cítí nevolnost, bolest a křeče po jídle. Léčba se obvykle provádí konzervativně (například pomocí nasogastrické sondy nebo parenterální výživy) a opakovaný chirurgický zákrok zpravidla není nutný. (Vodička a kol., 2014)

Syndrom přívodné kličky může vznikat po operaci Billroth II., je to stav, kdy dochází k retenci potravy v přívodné kličce, která je příliš dlouhá nebo utlačovaná. U syndromu přívodné kličky je konzervativní léčba neúspěšná, je potřeba znovu operovat a problém odstranit. Pacient cítí nevolnost, pocit plnosti a žlučovitě zvracení. (Vodička a kol., 2014)

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelství a ošetřovatelská péče je v současné době založena na samostatné práci sester, jejich týmové spolupráci s ostatním personálem, lékařskými pracovníky, nelékařskými pracovníky a jinými odbornými pracovníky. Očekávání od sester jsou taková, že jsou samostatné ve své oblasti. Sestra má v dnešní době nezastupitelnou pozici, podílí se na preventivní péči, diagnostické péči, léčebné péči, rehabilitační péči, neodkladné péči nebo paliativní péči, a to v rozmanitém spektru poskytovatelů zdravotních služeb. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021)

3.1 Ošetřovatelství v chirurgii

Cílem ošetřovatelství v oblasti chirurgie je poskytovat komplexní péči pacientům, zahrnující podporu v nemoci i ve zdraví a uskutečňování činností, které přispívají k celkovému zdraví nebo uzdravení. Ošetřovatelská péče v chirurgii je charakterizována multidisciplinárním přístupem, kde spolupracuje soubor různých odborníků. Spolupracují jak obory lékařské, tak obory nelékařských zdravotnických pracovníků, kde má sestra jednu z hlavních rolí a má velký podíl na poskytování kvalitní péče pacientům po chirurgické operaci.

V rámci týmové spolupráce je klíčovým faktorem efektivní a jasná komunikace mezi jednotlivými členy týmu. Tato komunikace má zásadní význam pro poskytování kvalitní a bezpečné péče pacientům. Vedle toho jsou nezbytné také specifické dovednosti v manipulaci s odborným vybavením a zařízením, například monitorovacími přístroji pro sledování vitálních funkcí nebo s drenážními systémy. (Libová, Balková, Jankechová, 2019)

Chirurgické obory se dělí na jednotlivá odvětví podle konkrétní operované oblasti, jako je hrudní chirurgie, neurochirurgie, všeobecná chirurgie, kardiovaskulární chirurgie nebo plastická chirurgie. Operace gastrektomie neboli resekce žaludku je břišní operace a spadá pod všeobecnou chirurgii, společně s hrudníkem, končetinami a krkem. (Ševčíková, 2018)

3.2 Úlohy ošetřovatelské péče v chirurgii

Cílem ošetřovatelských úkolů v chirurgii je zaměřit se na poskytování komplexní péče pacientům s chirurgickým onemocněním. Pro ošetřovatelský personál je podstatné identifikovat odchylky od normálního průběhu a rozeznat signály potenciálních komplikací. Tímto způsobem lze zahájit časnou intervenci ve spolupráci s ostatními členy multidisciplinárního týmu. (Libová, Balková, Jankechová, 2019)

Role sestry v chirurgii vyžaduje široké spektrum dovedností, jako jsou analytické, technické, administrativní, organizační a interpersonální. Hlavní úkoly sestry v chirurgii vychází z role autonomní, kooperativní, podpory výzkumu a rozvoje, také řídicí a koordinační činnosti. Během své kariéry má sestra možnost se neustále zdokonalovat ve svém oboru. Během celoživotního vzdělávání může navštěvovat akreditované kurzy, specializovaná školení a rovněž pokračovat ve studiu na magisterské úrovni. Sestra se celý život učí novým vědomostem a dovednostem. (Ševčíková, 2018)

Ošetrovatelský tým úzce spolupracuje s dalšími odbornými oblastmi, včetně anesteziologie, resuscitace, vnitřního lékařství, rehabilitace a nutriční terapie. Současně se aktivně angažuje ve vědeckém výzkumu s cílem vypracovat a zavést nové metody do chirurgické ošetrovatelské praxe. (Libová, Balková, Jankechová, 2019)

3.3 Bezprostřední pooperační péče po gastrektomii

Pooperační péči můžeme rozdělovat na bezprostřední a následnou. Při bezprostřední péči je pacient intenzivně sledován a hlídán lékařem anesteziologem a sestrou se specializací v anestezii. Pacient je po operačním výkonu, ale stále v prostorách operačního sálu. (Ševčíková, 2018)

Bezprostřední pooperační péče zahrnuje dobu, kdy je pacient po ukončení anestezie a po odstranění endotracheální intubace – ETI (trubice zavedená do dýchacích cest, zajišťující umělé dýchání) předán sestře se specializací na pooperační pokoj. Pooperační péče začíná ihned po dokončení chirurgického zákroku a je součástí perioperačního procesu, který zahrnuje péči před, během a po operaci. Pooperační pokoj je umístěn poblíž operačního sálu nebo je součástí operačního oddělení. Obsahuje veškeré potřebné vybavení k resuscitaci, monitorování pacienta a další technické vybavení nutné pro péči o pacienty v pooperační fázi. Na pooperačním pokoji dochází ke stabilizaci pacienta. Sestra sleduje stav pacientova vědomí, postupné probouzení z anestezie, návrat obranných reflexů, odeznívání účinků myorelaxancií, vitální funkce, pečlivě kontroluje operační ránu, odpady z drénů a hodnotí úroveň pacientovi bolest. (Drábková, 2016).

Vzhledem k časté nevolnosti po anestezii sestra přijímá opatření k prevenci rizika aspirace, například správným polohováním pacienta, kontrolou polykání, odsáváním z dutiny ústní a sledováním obranných reflexů. Současně se věnuje také řízení bolesti pomocí vhodných analgetik, aby pacient mohl co nejdříve získat pohodlí a optimální podmínky pro zotavení. (Schneiderová, 2014)

3.4 Péče na standardním oddělení

Péči na standardním oddělení můžeme nazývat následnou pooperační péčí. Jde o dobu, kdy dojde ke stabilizaci pacienta na pooperačním pokoji a může být transportován zpět na standardní lůžko. Sestra si přebírá pacienta společně s jeho dokumentací. Dostává potřebné informace od anesteziologické sestry, ohledně stavu vědomí pacienta, vitálních funkcí, průběhu operace a všech důležitých informací ke stavu pacienta. (Ševčíková, 2018)

Na oddělení je pacient důkladně monitorován. Sledují se vitální funkce v pravidelných intervalech. Kontroluje se stav vědomí a navrácení obranných reflexů. Důležitá je i péče o operační ránu a funkce drénu. Kontroluje se okolí operační rány, prosakování obvazu, krvácení z rány a dehiscenci rány. Sestra si musí všimnout i samotného drénu, zda dochází k odchodu odpadu z drénu, jaké množství z drénu odchází a vzhled odpadu v drénu. Tíšení bolesti je důležitou součástí pooperační léčby. Podávají se analgetika, které se mohou podat bolusově nebo kontinuálně. Analgetika sestra podává dle stavu pacienta, intenzity bolesti, rozsahu operačního výkonu a ordinace lékaře. Může se objevit i stav nauzey a zvracení, nejen, že se podávají léky antiemetika jako prevenci těchto stavů, ale také se zajišťuje bezpečnost pacienta před rizikem aspirace. (Schneiderová, 2014)

Všechny potřebné informace o pacientovo stavu zaznamenává sestra do dokumentace a jakékoliv změny ihned hlásí ošetřujícímu lékaři. Dle svých kompetencí komunikuje s rodinnými příslušníky a s bližšími informacemi o zákroku je odkazuje na ošetřujícího lékaře. (Ševčíková, 2018)

Vlivem předchozí anestezie při výkonu v dutině břišní nastává chvilková paréza trávicí trubice a močového měchýře. Projeví se vymizením střevních peristaltik, zácpou, zástavou odchodu plynů a neschopností se vymočit. Po operaci v následujících 6-8 hodinách kontroluje spontánní vymočení. Pokud nedojde ke spontánnímu vymočení, snaží se pacienta nejprve zavodnit, popřípadě použít metodu tekoucí vody nebo zahříváním podbříšku. Pokud nic nezabírá přichází na řadu jednorázové vycévkování močového měchýře nebo zavedení permanentního močového katétru. (Schneiderová, 2014)

3.4.1 Monitorování pacienta

Monitorace pacienta v pooperačním období je podstatná pro včasné odhalení případných komplikací a patologických stavů, které by mohly ohrozit pacientův stav a následné zotavení. Sledování stavu pacienta po operaci může být prospěšné i pro sběr dat pro výzkum pro další praxi. (Nillson, 2016)

Stejně jako na pooperačním pokoji, sestra na standardním oddělení pokračuje ve sledování vitálních funkcí, jako je krevní tlak (TK), tělesná teplota (TT), pulz (P), dechová frekvence (D) a saturace krve kyslíkem (SpO₂). U krevního tlaku, tělesné teploty a pulzu musíme brát v potaz, že hodnoty jsou proměnlivé, během spánku dochází k přirozenému poklesu, zatímco během fyzické aktivity se hodnota zvyšuje. U tělesné teploty reguluje hodnoty stimulace autonomního nervového systému, pocení, zvýšená produkce tepla třesem a netřesová termogeneze, ale také aktivní metody ohřevu či ochlazování. (Wichsová, Taliánová, 2020)

Hodnoty vitálních funkcí nám ukazují na celkový stav a je vhodné je monitorovat několikrát denně nebo kontinuálně, abychom měli přehled o pooperačním stavu. Je důležité, aby sestra sledovala i dechovou frekvenci, která by se měla pohybovat okolo 12-16 dechů za minutu. Dechová frekvence je ovladatelná vůlí a může nám poukázat na psychický stav pacienta nebo na vzniklou dechovou tíseň. S dechovou frekvencí sledujeme i saturaci krve kyslíkem pomocí pulzního oxymetru. Hodnota nám ukazuje podíl okysličeného hemoglobinu v krvi.

Sestry rutinní prací je podávání léků pacientovi. Jejich práce není pouze lék podat, ale také monitorovat, jak lék působí a zda se nevyskytují nežádoucí účinky, které musí ihned konzultovat s lékařem. Také důkladná kontrola úrovně bolesti podle vizuálně analogové stupnice (VAS) umožňuje poskytnout pacientovi vhodnou analgezií a minimalizovat jeho nepohodlí. Kromě toho sestra monitoruje výsledky diagnostických vyšetření, jako jsou laboratorní testy a obrazové vyšetření, reaguje na jakékoli odchylky nebo neobvyklé nálezy. Tato pravidelná a pečlivá monitorace umožňuje včasné reakce na změny stavu pacienta, což zajišťuje optimální péči a podporu v jeho pooperačním zotavování. (Dingová a kol., 2018)

3.4.2 Hygienická péče

Jednou z každodenních činností sestry u pacientů po operaci je péče o tělesnou hygienu pacienta. Jde o základní biologickou potřebu. Každý jedinec vnímá tuto potřebu odlišně. To, co pro jednoho pacienta bude běžné, pro druhého může být nestandardní. Liší se také způsoby, jakými lidé vyjadřují svou nespokojenost s nedostatečnou čistotou. Z psychologického hlediska má udržování hygieny pozitivní vliv na naše pocity spokojenosti a celkové duševní pohodlí. Správná hygiena přispívá k našemu celkovému uvolnění a dobré náladě. Naopak nedostatečná hygiena může vést k poruchám tělesných funkcí, zejména k porušení integrity kůže, čímž se zvyšuje riziko infekce. V rámci ošetrovatelské péče klade sestra na hygienu značný důraz. Správná a kvalitní hygiena a čistota přispívá nejen k pocitu

pohody, ale také nám slouží jako prevence zanesení infekce do místa operační rány. (Dingová a kol., 2018)

Sestra neopomíjí ani hygienu dutiny ústní, včetně rtů. Dutina ústní a rty mohou být vysušeny z důvodu nedostatečného příjmu tekutin ústy. (Vera, 2023) V ošetrovatelské péči dochází často k zanedbávání hygieny dutiny ústní a není na péči kladen dostatek pozornosti. Hygiena dutiny ústní slouží i jako prevence, protože přemnožení patogenu v ústech může být zdroj infekce pro celý organismus. Sestra pacientům zajistí potřebné pomůcky a prostor k hygieně ideálně dvakrát denně, ráno a večer. (Chrudimská, 2017)

Součástí hygienické péče je i péče o ložní prádlo, mytí a česání vlasů, péče o nehty na ruku a nohu a preventivní péče proti dekubitům. Nedílnou součástí je i hygienické vyprazdňování. Pacienti po operaci budou mít s vyprazdňování problém a proto je potřeba jim zajistit komfort v podobě času, soukromí a hygienických pomůcek. (Dingová a kol., 2018)

3.4.3 Péče o operační ránu

Operační rána je pro pacienta riziková, protože může sloužit jako vstupní brána pro infekci. Sestra musí za každých podmínek postupovat asepticky, aby neohrozila pacienta možným zanesením infekce. Sestra klade důraz na pravidelné převazování operační rány a důkladné kontroly. Zda rána neprosakuje a zda nejsou přítomny jiné patologické změny, jako je hnis, krvácivost nebo bolestivost rány. Účelem péče o operační ránu je urychlit proces hojení a minimalizovat riziko výskytu komplikací. Mezi nejběžnější komplikace patří infekce, krvácení a dehiscence rány. Je důležité udržovat ránu v čistém stavu, používat antiseptika a minimalizovat manipulaci v jejím okolí. V případě infekce je nezbytné zahájit léčbu antibiotiky. (Sinha, 2019)

Infekce spojené se zdravotní péčí jsou infekce, které vznikly v důsledku kontaktu s nemocničními úkony a nebyly přítomny při začátku této interakce. Nejčastějšími typy infekcí jsou močové infekce, infekce spojené s katétretem a chirurgické rány. Nejčastějším zdrojem infekce v operační ráně je samotná flóra pacienta, slizniční nebo gastrointestinální. Příčinou může být i vzdálené ložisko infekce v organismu pacienta. Je důležité sledovat jakékoliv známky infekce, jako je zvýšená teplota, bolest, otok, červenání nebo hnisání rány, až možná dehiscence rány a včas informovat lékaře o těchto změnách. (Wichsová, Taliánová, 2020)

Převaz operační rány by měl zajišťovat ochranu před okolními vlivy, znečištěním, zanesením infekce, vysycháním, ztrátou tekutin a ztrátou tepla. Změny teploty v ráně mohou výrazně prodloužit hojení rány. (Brabcová, 2021)

3.4.4 Hodnocení a tišení bolesti

Bolest je negativní smyslový a psychický zážitek, který je spojený s poškozením tkáně. Jde o varovný signál, který je vždy subjektivní. Bolest můžeme rozdělovat na akutní a chronickou. U chirurgických pacientů se předpokládá, že bude převažovat bolest akutní formy. Úkolem sestry je aktivně monitorovat bolest, hodnotit bolest, informovat lékaře, aplikovat léky na tišení bolesti dle ordinace lékaře a sledovat, zda podání analgetik má pozitivní účinek. Vše ve spolupráci s lékařem a dalšími členy multidisciplinárního týmu.

Bolest lze hodnotit více způsoby, jedním ze způsobů je hodnocení pomocí škál. Škála může být číselná (od 1 do 10), obrázková (obličej) nebo slovní. Důležitá je edukace pacienta o škále, aby správně pochopil hodnocení bolesti. Sestra může využít i škálu VAS, která se využívá při hodnocení bolesti.

Lékař k tišení bolesti předepisuje léky zvaná analgetika a sestra, jako kompetentní NLZP, léky podává. Je důležité, aby sestra znala potřebné informace k podání léčebného přípravku. Záznam o podání analgetik se zapisuje do zdravotnické dokumentace pacienta. V dokumentaci musí být jasné, že ordinace lékaře byla splněna, jaký lék byl podán, v kolik hodin byl podán a identifikace NLZP, který lék aplikoval. (Věštník Ministerstva zdravotnictví, 2020)

Důležitá role v péči o pacienty po gastrektomii trpící bolestí spočívá v efektivní komunikaci nejen s pacientem, ale i s jeho blízkými. Během komunikace by měla sestra získat informace o tom, jak pacient vnímá svou bolest a jaké má předchozí zkušenosti s léčbou bolesti. Je proto klíčové, aby péče sestry nebyla pouze zaměřena na snížení bolesti, ale také na uspokojení psychických potřeb pacienta. Zlepšení komunikace o bolesti mezi pacientem a sestrou v průběhu hospitalizace přispívá k výraznému zlepšení celkové spokojenosti s léčbou. Během této komunikace může sestra také připravit pacienta na možnost vzniku bolesti podáním informací o očekávaných bolestivých procesech. Protože reakce na takové informace mohou být různé, někteří pacienti jsou úzkostní, někteří vše potlačují v sobě a někdo se chce informacím o bolesti spíše vyhnout, je důležité, aby sestry byly pacientům oporou a povzbuzovaly je, bez ohledu na jejich individuální reakci na očekávanou bolest. (Paulík, 2017)

3.4.5 Potřeba spánku

V prvních dnech po operaci dochází k narušení spánku, zejména v důsledku celkového stresu z operace a přetrvávající bolesti v místě operační rány. Sestra má v této situaci důležitou úlohu v monitorování spánkových potřeb pacienta a informování lékaře. Kromě toho aktivně pracuje na minimalizaci faktorů, které mohou narušovat spánek, jako je hluk, světlo nebo nepohodlná poloha. Sestra také poskytuje pacientovi potřebné věci pro zlepšení spánku, jako jsou polštáře a přikrývky. Dále sleduje, jak se pacientovi daří v noci a případně zaznamenává změny ve spánkovém vzoru, které mohou být důležité pro další léčbu. (Šedý, 2016)

Někteří pacienti, kteří mají problémy se spánkem po operaci, mohou zlepšit svou situaci následováním doporučení týkajících se správné spánkové hygieny. Principy spánkové hygieny obsahují soubor pokynů, jejichž dodržování je klíčové pro kvalitní spánek. (Voinescu, Szentagotai-Tatar, 2015)

Doporučení pro správnou spánkovou hygienu se týkají několika kroků. Nekonzumovat kofeinové nápoje v pozdních hodinách, pravidelný spánkový rytmus, dostatek pohybu přes den, vytvořit příjemné prostředí pro spánek, spát ve tmavé místnosti a další. (Nevšímalová, Šonka a kol., 2020)

3.4.6 Péče o polohu nemocného

Sestra pečující o pacienta po gastrektomii má na starost zajištění správné polohy pacienta, která umožňuje optimální dýchání, a prevenci vzniku dekubitů neboli proleženin. Dekubit je defekt na kůži a podkoží, který vznikne při přímém tlaku na predilekční místo a také třením. Můžeme říct, že defekt vzniká v důsledku ischemie. (Wichsová, Taliánová, 2020)

Pro prevenci proleženin je důležitá pečlivá úprava lůžka a důkladná hygienická péče celého těla pacienta, zejména oblastí náchylných k jejich vzniku, jako jsou hlava, ramena, křížová oblast a paty. Důležitá je také častá změna polohy pacienta, která je prováděna s ohledem na jeho pohodlí a bezpečnost. Místa, kde dochází k tlaku, je nutné pravidelně omývat, masírovat a ošetřovat vhodnými prostředky, přičemž je možné použít antidekubitální podložky. Kromě toho se používají speciální antidekubitní matrace, které přispívají k rozložení tlaku a minimalizaci rizika proleženin. Sestra má na starost tyto preventivní opatření, aby zajistila pohodlí a bezpečí pacienta během jeho pobytu v nemocnici. Její role spočívá v neustálém sledování stavu kůže a včasné reakci na případné známky podráždění nebo pro-

leženin. Díky péči o polohu nemocného se minimalizuje riziko komplikací spojených s dlouhodobým lůžkovým režimem, což přispívá k rychlejšímu zotavení a lepšímu celkovému stavu pacienta. (Šedý, 2016)

Po gastrektomii se pacienti mohou potýkat s obtížemi při vyprazdňování. Proto je důležité pravidelně měnit polohy a otáčet se, což může pomoci stimulovat činnost střevního svalstva a podpořit jeho peristaltiku. (Wang, 2021)

3.4.7 Péče o periferní žilní katetr a centrální žilní katetr

Periferní žilní katétr a centrální žilní katetr složí jako vstup do žilního řečiště, který se využívá k aplikaci intravenózních léků, parenterální výživy nebo krevních derivátů. Všeobecná sestra je zcela kompetentní k zavedení periferního žilního katetru a následné aplikaci léčebných přípravků do něj. Centrální žilní katetr zavádí lékař pod ultrazvukovou kontrolou. Zavedený vstup musí být kontrolován a pravidelně převazován, aby nedošlo k zanesení infekce. Komplikace spojené s nevhodnou péčí může být infekce, flebitida; (zánět povrchových žil), sepse; (celková reakce organismu na infekci), embolie; (vzduchová nebo katéetrová), alergická reakce na dezinfekční prostředek nebo krytí a zavedení a podání léku paravenózně; (mimo žílu). Všem těmto komplikacím sestra předchází kvalitní monitorací a péčí. Každý úkon se zaznamenává do zdravotnické dokumentace. Najdeme v ní informace o velikosti katétru, místě zavedení, doby zavedení, hodnocení místa vpichu dle klasifikace Maddona, průchodnosti a převazu nebo výměně katétru. (Věštník Ministerstva zdravotnictví, 2020)

3.4.8 Časná pooperační výživa

Po chirurgickém zákroku na žaludku, známém jako gastrektomie, je pooperační výživa stále velmi diskutované téma. Aktuální studie od Haiyan doporučují včasné zahájit podávání enterální výživy již první pooperační den. Studie naznačují, že takový postup přináší pozitiva, jako je snížení úmrtnosti, snížení infekčních komplikací, náklady na nemocniční péči a zkrácení doby pobytu v nemocnici. (Haiyan, 2022)

Sestra ve spolupráci s multidisciplinárním týmem nabízí pacientům nápoje a drobnou stravu od prvního pooperačního dne, přičemž v roli edukátorky edukuje pacienty o opatrném začátku a postupném zvyšování příjmu podle jejich tolerance. Pokud jsou pacienti podvyživení nebo neschopni sníst minimálně 60 % celkového energetického příjmu šestý den po operaci, sestra informuje a konzultuje aktuální situaci s lékaři a poskytují individuální nutriční podporu, přičemž upřednostňují vysoce energetické přípravky enterální výživy. (Möllensen et al., 2014)

Sestra sleduje toleranci pacienta na podávané tekutiny a potravu. Sleduje distenzi neboli nafouknutí břicha, bolestivost, křeče, nevolnost a zvracení. V případě, že se objeví komplikace, jako jsou paralytický ileus (jde o neprůchodnost z důvodu ochrnutí hladké střevní svaloviny), obstrukce (jde o překážku v průchodnosti) nebo opožděné vyprazdňování, informuje lékaře a ten rozhodne, zda stav vyžaduje opětovné zavedení nasogastrické nebo nasojejunální sondy. Jde o tenkou hadičku, která je zavedena přes nos do žaludku nebo do tenkého střeva. Typ sondy se určuje podle rozsahu gastrektomie. O zavedenou sondu se sestra pravidelně stará, proplachuje ji, aby nedošlo k neprůchodnosti, kontroluje správnost zavedení a provádí pravidelné převazy. (Vera, 2023)

Důraz v ošetrovatelské péči klademe i na prevenci malnutrice neboli podvýživy. Vzniká nerovnováhou mezi příjmem energie a výdejem energie. Pacienti s onemocněním trávicího traktu jsou obzvláště rizikováni pro vznik malnutrice. Malnutrice bývá spojena s nárůstem rizika pooperačních komplikací jako je vznik a rozvoj infekce, delší a obtížnější hojení ran a prodloužení doby hospitalizace. (Ferko a kol., 2015)

Po totální gastrektomii se organismus potýká s nedostatkem vitamínu B12. Žlázové buňky žaludku produkují žaludeční šťávy, které obsahují mimo jiné vnitřní faktor, který je nezbytný pro vstřebávání vitamínu B12. Tento vitamín je velmi důležitý pro krvetvorbu a funkci nervové soustavy. Vzhledem k tomu, že tělo si bez žaludku nedokáže vytvořit vnitřní faktor, je potřeba edukovat pacienta o doživotním dodávání vitamínu B12 do organismu umělou cestou. (Gesundheitsportal, 2021)

Nedostatek vitamínu B12 může být rizikový pro vznik anémie, proto je důležité hladinu vitamínu v těle sledovat a dodávat. (Nilsson, 2016)

3.4.9 Péče o vyprazdňování

Po operaci sestra sleduje funkci močení u pacienta. Pokud pacient do osmi hodin po operaci nedokáže močit spontánně, je nezbytné přijmout opatření ke stimulaci močení (například aplikací teplého obkladu na podbříšek, puštění proudu vody, podáním tekutin intravenózně či diuretik). Pokud se po dvou hodinách nedostaví žádný efekt, provedeme jednorázové vycévkování močového měchýře pomocí katétru. U pacientů, kteří z různých zdravotních důvodů nejsou schopni močit spontánně, se zavádí permanentní močový katetr (PMK), avšak sestra musí dbát na to, aby byl katétr ponechán v místě jen tak dlouho, jak je nezbytně nutné, a aby bylo minimalizováno riziko infekce. (Drábková, 2016)

Po gastrektomii je běžné, že dochází k dočasné zástavě odchodu stolice a plynů. Tento jev je způsoben přechodným zastavením střevní peristaltiky a projevuje se nadměrnou

tvorbou plynů, což se nazývá meteorismus. Mezi typické symptomy patří nadýmání břicha, nevolnost a bolesti v břiše, které mohou mít až křečovitý charakter. Pro urychlení uvolnění plynů a zmírnění obtíží spojených s meteorismem sestra zavádí do konečníku rektální trubici, čímž se otevírá přístup pro odchod plynů. Někdy může pomoci i změna polohy a časná mobilizace pacienta po operačním výkonu. (Šedý, 2016)

Důkladně sledujeme a zaznamenáváme odchod první stolice po operaci, ta by měla být nejpozději do 3 dnů od operačního dne. (Drábková, 2016)

3.4.10 Prevence tromboembolické nemoci

V období po operaci je nezbytné poskytnout pacientům zvýšenou péči a preventivní opatření k prevenci vzniku tromboembolických nemocí. Tromboembolie patří mezi vážné komplikace po chirurgických zákrocích a může vést k závažným následkům, jako je plicní embolie nebo hluboká žilní trombóza. Zvýšené riziko tromboembolie po operaci je částečně způsobeno změnami v krevním oběhu, které mohou nastat v důsledku chirurgického zákroku. Kromě toho jsou dalšími faktory, které přispívají k zvýšenému riziku, vyšší věk pacienta, přítomnost kardiovaskulárních onemocnění, obezita a historie předchozích tromboembolických příhod. (Šedý, 2016)

Na vzniku tromboembolické nemoci se podílí i takzvaná Virchowova trias, jde o tři hlavní rizikové faktory pro vznik, a to stáze krve v krevním oběhu, poškození cévní stěny a hyperkoagulační stav. (Wichsová, Taliánová, 2020)

Abychom minimalizovali riziko tromboembolických komplikací u pacientů po operaci, je důležité, aby sestra přijímala preventivní opatření již v raném pooperačním období. To zahrnuje aplikaci elastických obvazů nebo bandáží na dolní končetiny. Bandážování je vhodné provádět ráno předtím, než pacient opustí lůžko. Bandáž se provádí od prstů u nohou a dle ordinace lékaře sestra provádí nízkou nebo vysokou bandáž. Nejčastěji se využívá klasové vázání a největší tlak se vyvíjí v oblasti kotníku. (Vytejková a kol., 2015)

Dále preventivně minimalizujeme aplikaci nitrožilních injekcí, infuzí a punkcí žil, což může pomoci minimalizovat trauma na cévách a zlepšit krevní oběh. Kromě toho je klíčové, aby sestra usilovala o co nejrychlejší mobilizaci pacienta v prvních dnech po operaci. Pohyb a aktivita mohou podpořit krevní oběh a snížit riziko tvorby krevních sraženin.

U pacientů s výraznou predispozicí k tromboembolickým komplikacím je již od předoperačního období zahájena antikoagulační léčba nízkomolekulárním heparinem. Tento typ léčby může pomoci předcházet tvorbě trombů a minimalizovat riziko tromboembolických

komplikací po operaci. Sestra je důležitým článkem v poskytování preventivní péče a v monitorování pacientů v pooperačním období, což může vést k minimalizaci komplikací a zlepšení celkového zdravotního stavu pacientů. (Šedý, 2016)

Nízkomolekulární hepariny se aplikují subkutánně (s.c) neboli podkožně. Nejvhodnějším místem vpichu je oblast břicha nebo zevní strana stehen. Sestra vybírá místo vpichu a pravidelně ho střídá. (Vytejková a kol., 2015)

3.4.11 Psychická podpora pacienta

Sestry poskytují emocionální podporu svým pacientům a jejich rodinám, a také se starají o to, aby pacient plně chápal svou léčbu a cítil se na ni připraven. Pokud pacient něčemu nerozumí nebo cítí pocit nejistoty, sestra informují lékaře nebo si s pacienty osobně promluví. Mnoho pacientů nemusí plně porozumět lékařským termínům, ale sestry jsou dostatečně vzdělané a zkušené a mohou s pacienty osobně komunikovat a dovysvětlit jim lékařské pojmy, kterým nerozuměli. Pacienti mohou vnímat rozhovor se sestrou osobněji a může přispívat k většímu komfortu a pocitu důvěry. Důležité je naslouchání potřebám pacientů a pečlivé zhodnocení jejich fyzického, emocionálního, kulturního, duševního a duchovního stavu. (Paharia, 2022)

Psychická podpora pacientů po gastrektomii je pro sestry velmi náročná úloha vzhledem k závažnosti onemocnění a radikální změně životního stylu. (Nillson, 2016)

Sestra by měla porozumět a aplikovat teorii pěti fází reakcí na sdělení negativní informace popsané Elizabeth Kübler-Rossovou. Tyto fáze zahrnují popírání, hněv, vyjednávání, deprese a smíření. Sestry by měly znát tyto fáze a měly by být schopny rozpoznat, ve které fázi se pacient nachází, aby mohly adekvátně reagovat a poskytnout mu potřebnou podporu. Je však důležité mít na paměti, že každý jedinec prochází těmito fázemi individuálně a nemusí je prožívat ve stejném pořadí nebo intenzitě. Sestry by měly mít citlivost a empatii k individuálním potřebám každého pacienta a přizpůsobit svůj přístup tak, aby odpovídal jeho aktuálnímu pooperačnímu stavu a potřebám. Znalost těchto fází může sestram pomoci lépe porozumět emocionálním reakcím pacientů a efektivněji jim poskytovat psychickou podporu v náročném období po gastrektomii. (Adam, Klimeš, Boleloucký, 2020)

Sestra může využít škálu (HAMA) Hamiltonovu škálu úzkosti k hodnocení úzkosti u pacienta anebo škálu (HAMD) Hamiltonovu škálu deprese. Čím je skóre škály vyšší, tím závažnější je úzkost nebo deprese. (Wang, 2021)

3.4.12 Edukace pacienta

Po návratu k plnému vědomí je důležité zajistit, aby pacient měl možnost konzultace s lékařem, který mu zodpoví všechny otázky týkající se prováděné operace. Dále je zásadní, aby sestra ve spolupráci s lékařem poskytovala adekvátní informace o pitném režimu a doporučené dietě v následujících dnech po operaci, jak budou následující dny probíhat, jaké bude mít stravovací návyky, a hlavně pacienta edukuje o důležitosti komunikace a sdělování informací o jeho stavu. Pacienta je třeba naučit, jak zaujmout úlevové polohy, které pomáhají zmírnit bolest. Je důležité pacientovi vysvětlit možná omezení a opatření, která je třeba dodržovat pro prevenci pooperačních komplikací a správné hojení rány, jako je vyhnout se napínání břišní stěny, opatrný pohyb na lůžku a vstávání z lůžka. Edukuje pacienty o podpoře pohybu střev, je vhodné se první dny po operaci pravidelně otáčet a pohybovat, aby se obnovila střevní peristaltika. (Wang, 2021)

Komunikace s pacientem a jeho rodinou by měla být prováděna citlivě a ohleduplně, přičemž je důležité respektovat pacientovo soukromí, jeho rozhodnutí a přání. Navíc je vhodné zdůraznit, že sestra by měla být neustále k dispozici pro další otázky nebo podporu pacienta i jeho rodiny v průběhu celého léčebného procesu. S ohledem na specifčnost operace gastrektomie je také důležité zdůraznit pacientovi význam správného stravování a zajistit konzultaci s dietologem nebo nutričním terapeutem o změně životního stylu po operaci, aby bylo dosaženo co nejlepšího možného výsledku a minimalizovaly se možné komplikace. (Drábková, 2016)

4 ROLE SESTER

Role v oblasti ošetrovatelství se vyvíjejí v čase a jejich přesné definování není jednoduché. Profese všeobecné sestry je velmi rozmanitá a ovlivňuje ji kulturní, sociálně-politický a ekonomický kontext. Neustálý vývoj této oblasti přináší změny v definici profesních rolí sester. Struktura těchto rolí je odvozena od cílů a obsahu oboru ošetrovatelství. Sestra jako profesionál má plnit několik klíčových rolí, jako je ošetrovatelka, edukátorka, koordinátorka, obhájkyně, asistentka, výzkumnice, mentorka a delegátka. Role sester se každým rokem navyšují a tím rostou i jejich kompetence. (Špirudová, 2015)

Sestra se v rámci jednotlivých rolí věnuje odborným sesterským činnostem, které se mohou vzájemně prolínat a navazovat na sebe. (Plevová, 2018)

Mezi profesní úkony všeobecné sestry patří samostatnost v naplňování a následné realizaci komplexní ošetrovatelské péče, plnění léčebných plánů a indikací lékařských pracovníků, spolupráce s jednotlivci multidisciplinárního zdravotnického týmu, komunikace s příbuznými pacienta, koordinace léčby a léčebných postupů. Sestry často kladou důraz především na fyzický stav pacienta a jeho onemocnění. V dnešní době je však nezbytné, aby se sestry věnovaly také psychickému a duchovnímu aspektu člověka, jeho emocím, náladě a osobnosti. Sestry by měly projevovat zájem o celého člověka a jeho komplexnost. (Koncepte ošetrovatelství, 2021)

Sestry se často věnují svým rolím a pečují o druhé, ale zanedbávají svou vlastní péči. Když se necítí dobře, odráží se to i na kvalitě péče, kterou poskytuje ostatním. Proto je stejně důležité pečovat o svůj vlastní psychický i fyzický stav jako o zdraví a pohodu druhých. (Křivohlavý, 2011)

Cílem sester při poskytování péče pacientům by mělo být zejména poskytování péče a podpory, pomoc při zvládání strachu a stresu a sdílení potřebných informací. Důležitou roli v péči hraje i podpora pacienta v porozumění jeho vlastní roli při péči o sebe a jeho odpovědnost za vlastní zdraví. Sestry by měly respektovat své pacienty a umožnit jim žít tak, jak si sami přejí. (Koncepte ošetrovatelství, 2021)

4.1 Sestra ošetrovatelka

Ošetrovatelka plní klíčovou roli v poskytování ošetrovatelské péče, která zahrnuje podporu a zachování celkového zdraví pacientů, prevenci onemocnění a komplikací, obnovu zdraví a mírnění bolesti a utrpení. Péče o pacienty je holistická. Její práce je spojena se samostatností a empatií. Ošetrovatelka je klíčovým členem zdravotnického týmu, který aktivně přispívá k celkovému blahu pacientů a jejich rodin. (Kutnohorská, 2016)

Vzhledem k individuálním potřebám pacientů je důležité, aby ošetřovatelství bylo založeno na důkazech a poskytovalo individuální podporu pacientům. Jinak by bylo ošetřovatelství omezeno pouze na mechanické dodržování lékařských předpisů, aniž by bralo v úvahu specifické potřeby každého pacienta. (Nestler, 2019)

Role ošetřovatelky se zaměřuje na monitoraci celkového stavu pacienta. Do dokumentace zaznamenává všechny relevantní informace, které nám poukazují na efektivitu léčby a pomáhají při rozhodování o další léčbě. Sestry jsou obvykle první, kdo si všimne patologické změny a začínají okamžitě jednat. (Paharia, 2022)

4.2 Sestra edukátorka pacienta a jeho rodiny

Sestra edukátorka v rámci této role aktivně přispívá k posilování zdraví a prevenci jeho narušení. Zaměřuje se na podporu soběstačnosti jednotlivců s narušeným zdravím a aktivně pracuje na prevenci komplikací. Vede pacienty k nácvičku běžných rutinních úkolů. Soustředí se na rozvoj sebeobslužných dovedností, pomoc a podporu nemocným a jejich rodin v procesu adaptace na život po operaci. (Plevová, 2018)

Sestra by měla také ujistit pacienty, že mají k dispozici podporu a informace po propuštění z nemocnice, aby věděli, kde a jak hledat pomoc, když ji budou potřebovat. Na koho se obrátit nebo doporučení na vhodné zdroje informací. (Paharia, 2022)

V posledních letech získává výchova ve vzdělávací činnosti zdravotních pracovníků stále větší důležitost. Je zjevné, že informování pacientů a jejich rodinných příslušníků o zdravotním stavu a léčebném postupu na vhodné úrovni má významný vliv na účinnost léčby. Obvykle dochází ke zkrácení doby léčby a následné rekonvalescence. (Svěráková, 2012)

Sestra edukuje o potravinách, které pro pacienty po gastrektomii nejsou vhodné a mohou způsobit podráždění, jako jsou čokoláda nebo kořeněná jídla. Dále identifikuje potraviny, které jsou pro pacienty vhodné a doporučuje jejich konzumaci. Edukuje o příznacích, které mohou nastat při častých komplikacích jako je dumping syndrom. Jde o nevolnost, zvracení, pocit plnosti, křeče, palpitaci a slabost. K těmto komplikacím dochází 15 minut po jídle a ve většině případů vymizí samy, ale je potřeba pacienty upozornit, že dumping syndrom se může stát i chronickým. Sestra edukuje pacienta o přetrvávajících příznacích. Pokud by příznaky přetrvávaly delší dobu, informuje lékaře, aby se předešlo riziku komplikací. (Vera, 2023)

U pacientů po gastrektomii by měla sestra edukovat ve spolupráci s lékařem. Poskytovat adekvátní informace o pitném režimu a doporučené dietě v následujících dnech po

operaci, jak budou následující dny probíhat, jaké bude mít stravovací návyky, a hlavně pacienta edukuje o důležitosti komunikace a sdělování informací o jeho stavu. Pacienta je třeba naučit, jak zaujmout úlevové polohy, které pomáhají zmírnit bolest. Je důležité vysvětlit pacientovi možná omezení a opatření, která je třeba dodržovat pro prevenci pooperačních komplikací a správné hojení rány, jako je vyhnout se napínání břišní stěny, opatrný pohyb na lůžku a vstávání z lůžka. Edukuje pacienty o podpoře pohybu střev, je vhodné se první dny po operaci pravidelně otáčet a pohybovat, aby se obnovila střevní peristaltika. (Wang, 2021)

4.3 Sestra koordinátorka

Sestra koordinátorka při plánování a realizaci ošetrovatelské péče intenzivně komunikuje a spolupracuje s ostatními členy zdravotnického týmu. Sestra funguje jako prostředník mezi pacientem a ostatními členy zdravotnického týmu. Koordinuje péči v rámci daného oddělení, tak i napříč obory a zajišťuje kontinuitu péče. (Wainwright, Jakobsen, Kehlet, 2022)

Sestra neustále pracuje ve velmi úzkém kontaktu jak s pacienty, tak s ostatními členy multidisciplinárního týmu a stává se tak klíčovým článkem pro všechny. Je pro pacienty obvykle prvním kontaktem. Jsou zodpovědné, aby jejich koordinace vedla k lepším výsledkům pacienta. (Nestler, 2019)

Jejím cílem je aktivně zapojit pacienta a jeho rodinu do procesu péče, aby byla poskytnuta péče přizpůsobená individuálním potřebám. Sestra koordinátorka se zaměřuje na efektivní organizaci péče, sleduje průběh léčby a koordinuje činnosti v rámci multidisciplinárního týmu. Její úloha spočívá v zajištění plynulé a komplexní péče, která maximalizuje kvalitu života pacientů a jejich rodin. (Plevová, 2018)

4.4 Sestra obhájkyň

V situacích, kdy pacient není schopen sám vyjádřit své potřeby, přání nebo problémy, se sestra stává jeho obhájkyň a tlumočnicí. Díky svému zapojení do ošetrovatelského procesu má možnost získat hlubší porozumění potřebám a situaci pacienta. Jejím úkolem je chránit práva pacientů a zajistit, aby byli léčeni s respektem a důstojností. Sestra v roli obhájkyň aktivně vyjednává za zájmy pacienta v rámci lékařského týmu a dbá na to, aby byla pacientovi poskytnuta odpovídající péče a podpora. Její práce je klíčová pro zajištění bezpečí a pohodlí pacientů během pobytu v nemocnici. (Plevová, 2018)

4.5 Sestra asistentka

Sestra v roli asistentky hraje aktivní úlohu v diagnosticko-terapeutické péči. Její práce zahrnuje přípravu pacientů k vyšetření, asistenci při samotném vyšetření a provádění různých terapeutických postupů, které jsou ordinovány lékařem. Její účast v procesu péče přispívá k plynulému průběhu léčby a k poskytnutí kvalitní péče pacientům. Sestra asistentka je aktivním členem týmu zdravotnických pracovníků a svou činností podporuje efektivní fungování procesu. Její práce je nezbytná pro komplexní péči o pacienty a zajištění jejich optimálního zdravotního stavu. (Plevová, 2018)

4.6 Sestra výzkumnice

Hraje klíčovou roli v procesu využívání nových poznatků v oblasti ošetrovatelství. Její schopnost získávat, interpretovat a aplikovat nejnovější odborné informace umožňuje nejen zlepšení péče poskytované pacientům, ale také přispívá k rozvoji samotného oboru. Sestra v této roli není pouze pasivním příjemcem informací, ale aktivně se zapojuje do nových rozvojových projektů, které mohou mít vliv na kvalitu péče. Má také příležitost vést tyto projekty a podílet se na tvorbě nových standardů péče, což přispívá k profesionálnímu rozvoji a zdokonalení péče poskytované pacientům. S využitím svého vzdělání a odborných dovedností se sestra v roli výzkumnice také účastní výzkumných šetření, která přinášejí nové poznatky a inovativní přístupy k péči. Její angažovanost a aktivní přístup jsou klíčové pro pokrok v oblasti ošetrovatelství a pro zajištění nejlepší možné péče pro pacienty (Plevová, 2018)

4.7 Sestra mentorka

Mentorství sestry je systematický proces, kde zkušená sestra mentorka vede a podporuje kolegyni nebo žáky a studenty ošetrovatelství, kteří mají menší zkušenosti a dovednosti. Mentor usměrňuje svého svěřence k sebereflexi a pomáhá mu rozvíjet jak profesně, tak osobnostně. Společně si stanovují cíle a pracují na jejich dosažení, což přispívá k posílení znalostí a schopností. Sestra mentorka je vybavena pedagogickým vzděláním, praxí a zralou osobností. Mimo jiné musí mít vedoucí zkušenosti, nadšení a ochotný přístup komunikovat a naslouchat. Tyto vlastnosti jsou nezbytné pro úspěšnou a fungující spolupráci. Všichni jednou byli začátečníci a potřebovali pomoc od zkušené mentorky.

Začátek nové kariéry nebo práce je mnohem snazší, když máte mentora, který vás provede začátky a pomůže vyvarovat se možným překážkám. To je role mentorky. Například mentorka sestry může nové sestře poskytnout základy ošetrovatelské praxe, podporovat rozvoj

jejích dovedností a pomoci jí přizpůsobit se nové roli. Mentorství může být formální nebo neformální cestou. Formální mentorství je formou zdravotnického zařízení a může odpovídat určitým kritériím. Neformální mentorství může vzniknout například oslovením starší kolegyně v práci. (Meeker, 2023)

Sestra mentora často poskytuje více než jen každodenní rady v oblasti ošetrovatelství, ale také může poskytnout pomoc v učinění kariérního rozhodnutí. Studie z roku 2017 zveřejněná v *American Nurse Today* ukazuje, že program pro mentoring sester efektivně pomáhá začínajícím sestřám se cítit jistěji ve svých profesionálních schopnostech. (Robinson, 2020)

4.8 Sestra delegátka

Sestra delegátka se obvykle zaměřuje na delegování úkolů mezi členy týmu, zajišťování, aby práce byla provedena efektivně a v souladu s potřebami pacientů. Tato role může zahrnovat také monitorování pokroku a vyřizování problémů, které se mohou v průběhu péče vyskytnout.

V zahraničních zemích byly provedeny výzkumy, které se soustředily na roli sestry delegátky. Byly provedeny formou pozorování a vyplynulo z nich 5 forem delegování v praxi. Ospravedlňující styl znamená, že se sestry omlouvaly kolegyním za zadané úkoly. Buddy styl znamená, že sestry byly příliš empatické a nikomu úkoly zadávat nechtěly. Do-it-all nurse využívá sestra, která zvládá všechny úkoly sama a možnost delegace nevyužívá. Model role znamená, že sestra doufá v plnění úkolů od ostatních, ale nikomu práci nedelegovala. Poslední forma je sestra inspektorka, která za delegování nese plnou zodpovědnost a každou delegovanou práci si kontroluje.

Praktická sestra sdílí mnoho kompetencí se všeobecnou sestrou, ale pro všeobecnou sestru je důležité být obeznámena s kompetencemi praktické sestry a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků, aby mohla delegovat své úkoly pouze do rozsahu, který odpovídá jejich kompetencím. (Magnusson, Allan, Horton, et al., 2017)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Práce se zaměřuje na role sester v péči o pacienty po gastrektomii, což je náročný chirurgický zákrok, který výrazně ovlivňuje životy pacientů po operaci. Je důležité si uvědomit, že úspěch této operace není pouze v rukou chirurgů, ale také závisí na péči a práci sester v pooperačním období. Výzkumným problémem práce je nedostatečné ocenění a uvědomění si důležitosti rolí sester v péči o pacienty po gastrektomii. Často je práce sester v tomto procesu opomíjena, zatímco pozornost je zaměřena především na výkony chirurgů a lékařů. Tento nedostatek uznání může mít vliv na efektivitu péče a zotavování pacientů. Tato práce poukáže na jednotlivé role sester a jejich důležitost.

Jaký vliv má nedostatečné ocenění a uvědomění si důležitosti rolí sester v péči o pacienty po gastrektomii na efektivitu péče?

6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem realizovaných rozhovorů je identifikovat hlavní role sester a získat hlubší pochopení rolí sester v péči o pacienty po gastrektomii.

6.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/předpoklady

Dílčí cíle

1. Identifikovat hlavní role sester, které přispívají k úspěšnému zotavení pacientů.
2. Identifikovat hlavní problémy, se kterými se sestry setkávají při péči o pacienty po gastrektomii.

Výzkumné otázky

1. Jaké jsou hlavní role sester v péči o pacienty po operaci gastrektomie?
2. Jaký jsou hlavní role, které mají vliv na zotavení pacientů po gastrektomii?
3. Jaké jsou hlavní problémy, se kterými se sestry setkávají při péči o pacienty po gastrektomii?

7 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

7.1 Metodologie výzkumu

Pro získání potřebných informací do kvalifikační práce je zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Tento výzkum umožní zmapovat dané téma podrobněji a více do hloubky. V rámci metodologie výzkumu jsou provedeny rozhovory se sestrami, které mají praxi a rozsáhlé zkušenosti v péči o pacienty po gastrektomii. Rozhovory jsou strukturovány pomocí otevřených otázek, aby bylo umožněno sestram svobodně sdílet své zkušenosti a názory. Zároveň je dbáno na anonymitu účastnic a zajištění, aby se cítily pohodlně a nebyly tlačeny do žádných situací, se kterými by nebyly spokojeny.

Otázky do rozhovorů jsou pečlivě promyšleny a zaznamenány tak, abych bylo zabezpečeno jejich správné a úplné pochopení. Kromě písemného zápisu jsou rozhovory také nahrávány, což umožní pozdější podrobnou analýzu dat.

Co se týče otázek, jsou zaměřeny na hlavní aspekty péče o pacienty po gastrektomii, přičemž je kladen důraz na role sester, jejich zkušenosti, přístup k péči a postřehy z každodenní praxe. Otázek k rozhovorům jsou připraveny s ohledem na hlavní cíle výzkumu.

7.2 Charakteristika sledovaného souboru

Sledovaný soubor sester zahrnuje zkušené pracovníky s praxí v oblasti chirurgického ošetřovatelství. Tyto sestry mají minimálně 2 roky zkušeností na chirurgickém oddělení, kde se specializují na péči o pacienty po gastrektomii. Jejich zkušenosti a odborné znalosti vytvářejí základ pro efektivní poskytování péče těmto pacientům. Sestry jsou dobrovolně zapojeny do rozhovorů, což ukazuje jejich zájem o reflektování a zlepšování péče poskytované po operaci gastrektomie. Jejich dobrovolná účast je zárukou otevřených diskusí a poskytnutí cenných informací o jejich rolích a postupech.

Vybrané sestry jsou ve věku od 23 let do 40 let věku. Pracují na chirurgickém oddělení v Hořovické nemocnici, ale mají i předešlé zkušenosti z jiných pracovišť nebo z chirurgického oddělení v jiných nemocnicích. Praxe sester se pohybuje od 3 let do 20 let. Záměrně je vybrána jedna participantka s dlouholetou praxí a jedna s krátkodobou praxí, aby výsledná data byla rozmanitější. Totéž platí i o vzdělání. Mezi oslovenými participantkami jsou sestry praktické se střední školou s maturitou a sestry všeobecné s bakalářským a magisterským vysokoškolským studiem.

7.3 Organizace výzkumu

Organizace výzkumu zaměřeného na role sestry v péči o pacienty po gastrektomii vyžadovala pečlivé plánování a systematický postup. Nejprve bylo nutné stanovit jasně formulované cíle výzkumu, které reflektují specifika této oblasti péče. Cíle jsou specifické pro role sester v pooperačním období gastrektomie a jsou reflektované jejich úlohu v poskytování komplexní péče a podpory pacientů.

Dále bylo důležité navrhnout vhodnou metodologii výzkumu, která byla přizpůsobena možnostem a potřebám sester. Vzhledem k tomu, že byly provedeny rozhovory se sestrami, byl zvolen kvalitativní přístup, který umožnil hlubší porozumění jejich rolím, postojům a zkušenostem. Metodou individuálních rozhovorů.

Dalším krokem byl vybrat vhodný vzorek sester, které se účastnily výzkumu. Bylo důležité zvolit sestry s relevantními zkušenostmi v oblasti péče o pacienty po gastrektomii, aby jejich názory a postřehy odpovídaly praxi. Souhlas sester s účastí ve výzkumu je klíčový a byl získán před zahájením rozhovorů.

Etické zásady a postupy jsou také důležité, zejména pokud jde o zachování důvěrnosti a anonymity dat, respektování práv sester a minimalizaci rizik spojených s jejich účastí. Je nezbytné dodržovat platné zákony a směrnice v oblasti výzkumu s lidskými subjekty.

V neposlední řadě bylo důležité vypracovat časový plán výzkumu, který určil jednotlivé fáze studie a termíny, do kterých měli být jednotlivé úkoly dokončeny. Tímto způsobem byl zajištěn plynulý průběh výzkumného procesu.

Výzkumné šetření proběhlo v Hořovické nemocnici na chirurgickém oddělení. V nemocnici proběhlo celkem 5 rozhovorů se sestrami. Před začátkem rozhovoru byly podepsány informované souhlasy a vysvětleny cíle práce. Všechny rozhovory proběhly přibližně v rámci dvou hodin. Rozhovory byly nejprve nahrány na diktafon a poté doslovně přepsány do textové podoby. Vše proběhlo na základě žádosti o výzkumné šetření, kterou nemocnice schválila.

7.4 Zpracování dat

Ve fázi zpracování dat byly rozhovory se sestrami podrobeny důkladné kvalitativní analýze. Prvním krokem byla transkripce nahrávek rozhovorů, která umožnila přesný pohled na obsah a detaily rozhovorů. Následně byla transkripce podrobena otevřenému kódování, což zahrnuje označování různých částí textu podle témat. Tyto kódy nám posloužily k organizaci dat a identifikaci klíčových prvků. Po kódování následovala analýza kódů, během které byly shlukovány podobné kódy a interpretovány vhodnými metodami, které přehledně ilustrují hlavní zjištění výzkumu.

8 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Rozhovory se sestrami z chirurgického oddělení byly nejprve nahrány na diktafon, následně přepsány do textové podoby do Microsoft Office Word a důkladně přečteny. Nakonec byly rozhovory podrobeny otevřenému kódování. Text byl podrobně analyzován a rozčleněn do jednotlivých kategorií, které vycházely ze stanovených cílů práce. V každé kategorii byly nalezeny důležité kódy, díky kterým se dalo lépe orientovat v textu.

Stanovené kategorie vychází z jednotlivých otázek, které byly použity v rozhovoru. Kategorií je celkem 7 a to běžný den v nemocnici při péči o pacienty po gastrektomii, hlavní role sester v péči o pacienty po gastrektomii, role ošetrovatelky, role edukátorky, role koordinátorky, klíčové role pro zotavení pacientů po gastrektomii a nejčastější problémy při péči o pacienty po gastrektomii.

Před začátkem interpretace výsledků si představíme participantky, které byly součástí výzkumného šetření a účastnily se rozhovorů. Jde o pět sester, které pracují na chirurgickém oddělení v Nemocnici Hořovice – NH Hospital a.s. Všechny participantky se svobodně rozhodly o účasti ve výzkumu. V následující tabulce jsou základní informace o sestrách.

Tabulka 1 - Základní informace o participantkách

	Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?	Jak dlouho pracujete na chirurgickém oddělení?	Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
P1	20 let	15 let	VŠ – Magisterské
P2	5 let	4 roky	Střední s maturitou
P3	5 let	5 let	VŠ – Bakalářské
P4	3 roky	3 roky	Střední s maturitou
P5	6 let	5 let	VŠ – Bakalářské

Vybrané sestry pro účel rozhovoru jsou ve věku od 23 let do 40 let věku. Pracují na chirurgickém oddělení v Hořovické nemocnici, ale mají i předešlé zkušenosti z jiných pracovišť nebo z chirurgických oddělení v jiných nemocnicích. Praxe sester se pohybuje od 3 let do 20 let. Záměrně byla vybrána jedna participantka s dlouholetou praxí, konkrétně 20 let ve zdravotnictví a 15 let na chirurgickém oddělení. A jedna participantka s krátkodobou praxí kolem 3 let, aby výsledná data byla rozmanitější a poukazovala na možné rozdíly. Totéž platí i o vzdělání sester. Mezi oslovenými participantkami jsou 2 sestry praktické (P2, P4), které mají vystudovanou střední školu ukončenou maturitní zkouškou a 3 sestry všeobecné (P1, P3, P5) s vystudovaným vysokoškolským bakalářským a magisterským studiem.

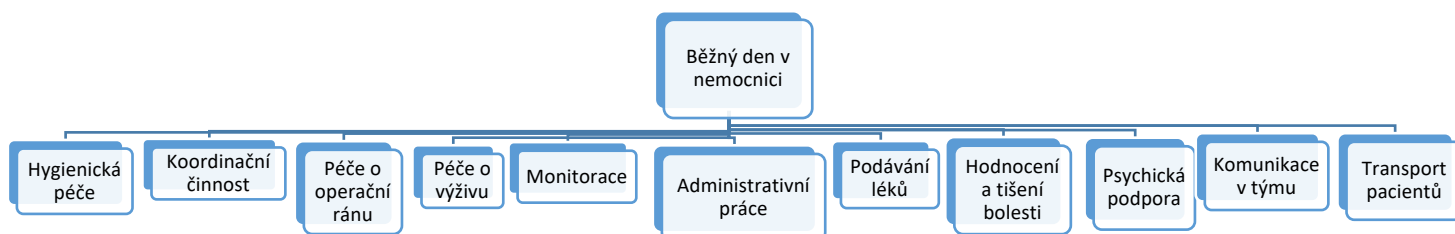
8.1 Kategorie: Běžný den v nemocnici při péči o pacienty po gastrektomii

Tato kategorie se zaměřuje na každodenní práci sester v nemocnici při péči o pacienty po gastrektomii. Vychází z výzkumného problému, který je zaměřený na nedostatečné uvědomění si důležitosti a náročnosti sesterské péče a rolí sester v tomto období. Jelikož péče o pacienty po tak náročném chirurgickém zákroku jako je gastrektomie je komplexní a vyžaduje značné úsilí a znalosti. Tato kategorie přináší pohled do každodenní rutiny, kterou sestry provádějí, aby zajistily kvalitní péči a úspěšné zotavení pacientů po gastrektomii.

Diagram níže nám poukazuje na jednotlivé kódy, které sestry použily při otázce „*Po- pište mi Váš běžný den v nemocnici při péči o pacienty po gastrektomii*“. Odpovědi na otázky byly analyzovány a podrobeny kódování. Z první otázky bylo vybráno celkem 11 kódů, které se opakovaly. Jde o:

- Hygienická péči (zmíněno P1, P2, P3, P4, P5)
- Koordinační činnost (zmíněno P3, P4)
- Péče o operační ránu (zmíněno P1, P2, P4, P5)
- Péče o výživu (zmíněno P1, P5)
- Monitorace (zmíněno P1, P2, P3, P4, P5)
- Administrativní práce (zmíněno P2, P3, P4, P5)
- Farmakoterapie (zmíněno P1, P2, P3, P4, P5)
- Hodnocení a tišení bolesti (zmíněno P1, P2, P4, P5)
- Psychická podpora (zmíněno P1, P2, P3)
- Komunikace v týmu (zmíněno P1, P2, P3, P4, P5)
- Transport pacientů (zmíněno P1, P4)

Obrázek 1 - Běžný den v nemocnici při péči o pacienty po gastrektomii



Všech 5 participantek se shodlo, že mezi každodenní činnosti na chirurgickém oddělení patří hygienická péče, monitorace, farmakoterapie a komunikace v týmu. P1 nám popisuje, že těmito činnostmi jejich den začíná „Každé ráno měříme fyziologické funkce, rozdáváme ranní léky a začínáme s hygienou. Většina pacientů je schopna si hygienu obstarat sama, my jim pouze připravíme podmínky k hygieně jako je lavůrek s vodou.“ P3, P4 zmiňují koordinační činnost, která je podrobně rozebrána v kategorii níže „Role koordinátorky péče“. P1, P2, P4, P5 v rozhovoru hovoří o péči o operační ránu. Tato péče je zásadní zejména u pacientů po gastrektomii, kteří mají rozsáhlé operační rány v břišní oblasti. Sestry zdůrazňují důležitost pravidelných kontrol a sterilního převazu rány, aby se minimalizovalo riziko komplikací v místě operační rány. P1, P5 v rozhovoru používají kód administrativní práce, kdy zaznamenávají veškeré informace o zdravotním stavu pacienta, podávaných léčivých a provedených úkonech nebo vyšetřeních. P1 v rozhovoru říká „Ke každodenní praxi patří bohužel i spousta administrativy, která je zdlouhavá, ale důležitá“. P1, P2, P4 a P5 klade důraz na hodnocení a tišení bolesti. P4 k hodnocení a tišení bolesti zmiňuje „Podáváme léky na bolest a hodnotíme, zda jsou léky dostačující a není potřeba řešit s lékařem navýšení dávky. Bolest hodnotíme dle škály VAS.“ I tento kód je velmi frekventovaný a sestry ho zařazují do běžného dne. P1, P2, P3 zmínily psychickou podporu, kterou se snaží pacientům dávat a motivovat je v každodenních činnostech. V poslední řadě byl zmíněn transport pacientů, ten zmínily P1, P4. V rozhovoru přibližují, že jde o transport pacientů na operační sál a z operačního sálu nebo transport na vyšetření.

8.2 Kategorie: Hlavní role sester v péči o pacienty po gastrektomii

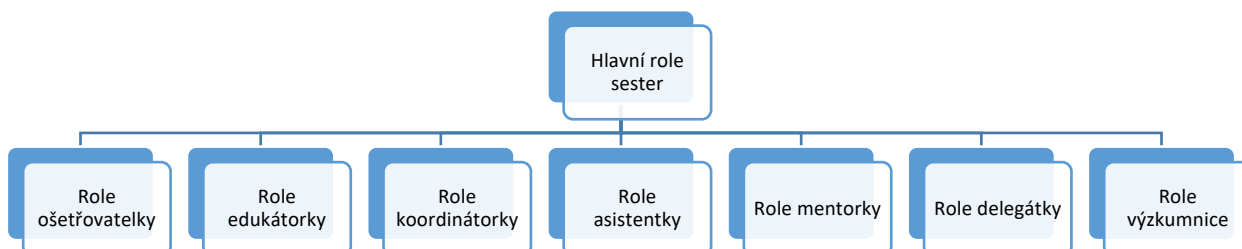
Cílem této kategorie bylo identifikovat hlavní role sester v péči o pacienty po gastrektomii. Tato kategorie vychází z hlavního cíle kvalifikační práce a to je: Identifikovat hlavní role sester a získat hlubší pochopení rolí sester v péči o pacienty po gastrektomii. Před začátkem detailnějšího zkoumání hlavních rolí sester v péči o pacienty po gastrektomii, se nejprve zaměříme na představení těchto rolí a zhodnotíme, jak často se v rozhovorech se sestrami objevily. Tento přístup nám umožní lépe pochopit, jak se promítají v každodenní praxi.

U obrázku níže můžeme vidět kódy, které sestry nejvíce používaly u otázky „*Jaké jsou Vaše hlavní role při péči o pacienty po gastrektomii*“. Opět si můžeme všimnout, jak frekventované kódy v rozhovoru byly. Nejčastěji používaným kódem byla role ošetřovatelky, role edukátorky, role koordinátorky a role asistentky. Nejméně objevující se role byla role výzkumnice. Ta se v rozhovoru objevila pouze jednou.

Tato kategorie obsahuje celkem 7 kódů:

- Role ošetřovatelky (zmíněno P1, P2, P3, P4, P5)
- Role edukátorky (zmíněno P1, P2, P3, P4, P5)
- Role koordinátorky (zmíněno P1, P2, P3, P4, P5)
- Role asistentky (zmíněno P2, P3, P4, P5)
- Role mentorky (zmíněno P1, P4, P5)
- Role delegátky (zmíněno P1, P2, P4)
- Role výzkumnice (zmíněno P5)

Obrázek 2 - Kategorie Hlavní role sester v péči o pacienty po gastrektomii



Všech 5 participantek se v rozhovorech shodlo, že hlavní role při péči o pacienty po gastrektomii jsou role ošetřovatelky, role edukátorky a role koordinátorky. Všechny tyto role jsou v dalších kategoriích důkladně rozebrány a prodiskutovány. Na tyto tři role byla v rozhovoru pokládána samostatná otázka „Popište mi více rolí...“ P2, P3, P4 a P5 v rozhovoru zmiňují roli asistentky, která zahrnuje přípravu pacientů k vyšetření, asistenci lékaři při samotném vyšetření a vykonávání různých terapeutických postupů, které jsou ordinovány lékařem. P1, P4, P5 hovoří o roli mentorky, která vede a podporuje studenty zdravotnických škol nebo kolegyně. P1, P2, P4 se zmiňují o role delegátky, která deleguje svou práci na ostatní členy týmu a úplně poslední zmíněnou rolí byla role výzkumnice, která se zaměřuje na využívání nových poznatků v oblasti ošetřovatelství. Rolí výzkumnice v rozhovoru zmiňovala P5.

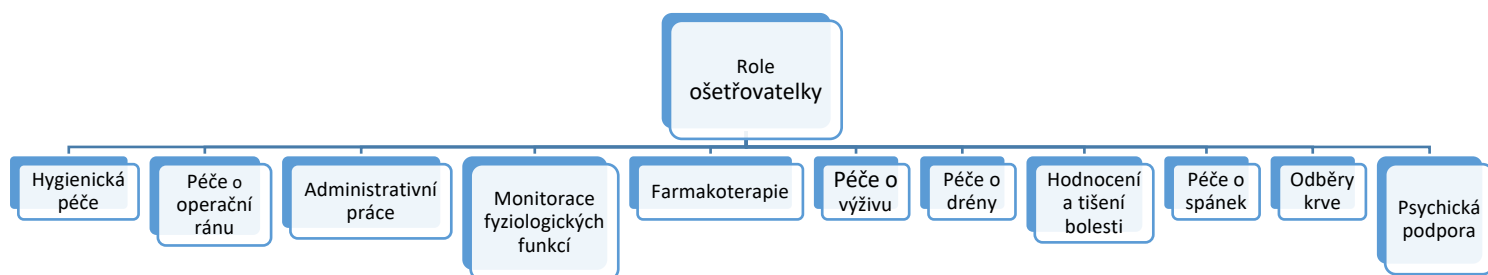
8.3 Kategorie: Role ošetrovatelky

Tato kategorie je zaměřena na roli ošetrovatelky v péči o pacienty po gastrektomii. Kategorie je směřována k hlubšímu pochopení této konkrétní role a k rozboru činností, které do ní spadají. Je zde zkoumáno, co sestry v roli ošetrovatelky nejčastěji zmiňovaly ve svých rozhovorech a jaké aspekty péče jsou pro ně nejběžnější. Tato kategorie vychází z hlavního cíle kvalifikační práce, kterým je: Identifikovat hlavní role sester a získat hlubší pochopení rolí sester v péči o pacienty po gastrektomii. Cílem je získat komplexní pohled na roli ošetrovatelky a jejich klíčové činnosti v pooperačním období.

Tato kategorie obsahuje celkem 11 kódů:

- Hygienická péče (zmíněno P1, P3, P4, P5)
- Péče o operační ránu (zmíněno P1, P2, P3, P4, P5)
- Administrativní práce (zmíněno P1, P2, P4)
- Monitorace fyziologických funkcí (zmíněno P1, P2, P3, P4, P5)
- Farmakoterapie (zmíněno P1, P3, P5)
- Péče o výživu (zmíněno P1, P3, P5)
- Péče o drény (zmíněno P2, P4)
- Hodnocení a tišení bolesti (zmíněno P2, P3, P4)
- Péče o spánek (zmíněno P3)
- Odběry krve (zmíněno P1, P5)
- Psychická podpora (zmíněno P1)

Obrázek 3 - Kategorie Role ošetrovatelky



Odpovědi všech 5 participantek se v této kategorii velmi shodovaly, a proto v následující části byly vybrány nejobsáhlejší a nejkonkrétnější odpovědi ke každému kódu, které byly zpracovány do tabulky.

Tabulka 2 - Kategorie Role ošetrovatelky

Kategorie: Role ošetrovatelky
<p>Kód: Hygienická péče</p> <p>P1: <i>Zajišťuji pacientům dostatečný hygienický komfort, snažím se pacienty vést k samostatnosti a připravit jim podmínky pro hygienu, jako je lavor a pomůcky na mytí. Důležitá je i péče o dutinu ústní, na kterou pacienti často zapomínají.</i></p>
<p>Kód: Péče o operační ránu</p> <p>P4: <i>„Kontrolujeme operační ránu, jestli krytí neprosakuje, zda je rána klidná (bez krvácení, začervenání, známek infekce), ránu asepticky převazujeme vhodným materiálem a dbáme na pravidelné kontroly.“</i></p>
<p>Kód: Administrativní práce</p> <p>P1: <i>„Do role ošetrovatelky patří bohužel i spousta administrativy. Každý provedený krok se musí zaznamenávat, zaznamenáváme každé změny ve stavu pacienta. Cokoliv Vás napadne, tak najdete v dokumentaci.“</i></p>
<p>Kód: Monitorace fyziologických funkcí</p> <p>P2: <i>„Monitorujeme fyziologické funkce, jako je krevní tlak, tepová frekvence, tělesná teplota, saturace krve kyslíkem a dechová frekvence. Po operaci monitorujeme invazivně v intervalu 15 minut, poté se intervaly prodlužují.“</i></p>

<p>Kód: Farmakoterapie</p> <p>P1: „<i>Farmakoterapie není pouze o podávání naordinovaných léků pacientům, ale také o jejich přípravě a následné monitoraci, zda léky fungují, jak mají. Pacientů po gastrektomii podáváme například antibiotika jako profylaxi komplikací.</i>“</p>
<p>Kód: Péče o výživu</p> <p>P3: „<i>Péče o výživu bývá často komplikovaná, protože si organismus zvyká na fungování bez žaludku a často se po operaci objevují komplikace jako dumping syndrom nebo syndrom odvodné kličky. O těchto stavech musíme okamžitě informovat lékaře.</i>“</p>
<p>Kód: Péče o drény</p> <p>P4: „<i>Kontrolujeme zavedené drény, jestli odvádí odpad, v jakém množství a jak vypadá. Odpady z drénu zaznamenáváme do výdeje pacienta. Pokud drény přestávají odvádět odpad, lékař drény vytahuje.</i>“</p>
<p>Kód: Hodnocení a tlášení bolesti</p> <p>P4: „<i>Podáváme léky na bolest a hodnotíme, zda jsou léky dostačující a není potřeba řešit s lékařem navýšení dávky. Bolest hodnotíme dle škály VAS.</i>“</p>
<p>Kód: Péče o spánek</p> <p>P3: „<i>Péče o spánek také souvisí s psychickým stavem. Zajišťujeme pacientům dostatečný komfort během noci. Jako je klid, soukromí, temné prostředí, léky na bolest nebo popřípadě léky na spaní.</i>“</p>
<p>Kód: Odběry krve</p> <p>P5: „<i>V další části přichází plnění ordinací lékaře, provádíme vše, co lékař naordinoval, ať už jde o odběry krve, které nebereme, posíláme do laboratoře a čekáme na výsledky. Podle výsledků se poté postupuje dál</i>“</p>
<p>Kód: Psychická podpora</p> <p>P1: „<i>Také máme péči o psychický stav pacientů, který bývá často opomíjený v důsledku nedostatku času, ale i tento bod je po zotavování pacientů klíčový.</i>“</p>

Jeden z 11 vybraných kódů je věnován hygienické péči, kterou ve svých odpovědích zmínily celkem 4 sestry (P1, P3, P4, P5). Hygienická péče je považována za neodmyslitelnou součást ošetrovatelské praxe a každý pracovní den začíná péčí o hygienu pacientů. Sestry hovoří o důležitosti hygienické péče i v ohledu na psychický stav. Sestry ve své praxi zaznamenávají, jaký má hygiena pozitivní vliv na duševní pohodu a spokojenost pacientů. Tento výsledek rozhovorů se shoduje s teorií v knize *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských*

postupů od Martiny Dingové, která také hovoří o pozitivních dopadech hygieny na duševní stav.

Dalším kódem je péče o operační ránu, která byla identifikována všemi 5 sestrami (P1, P2, P3, P4, P5). Tato péče je zásadní zejména u pacientů po gastrektomii, kteří mají rozsáhlé operační rány v břišní oblasti. Sestry zdůrazňují důležitost pravidelných kontrol a sterilního převazu rány, aby se minimalizovalo riziko komplikací v místě operační rány. V rozhovoru bylo zmíněno, že zanesená infekce může zkomplikovat proces zotavování pacienta a prodloužit dobu hospitalizace.

Administrativní práce, včetně zdravotnické dokumentace pacientů, byla zmíněna 3 sestrami (P1, P2, P4). Správa dokumentace je považována za jeden z klíčových úkolů. Sestry zde zaznamenávají veškeré informace o zdravotním stavu pacienta, podávaných léčivech a provedených úkonech nebo vyšetřeních. Zakládají se zde všechny důležité zprávy, které se týkají konkrétního pacienta.

Mezi dalšími kódy je monitorování fyziologických funkcí. Tu zmínilo všech 5 sester (P1, P2, P3, P4, P5) a všechny uvádějí, že monitorace je zásadní od příjezdu z operačního sálu, kde dochází k intenzivní monitoraci, až po propuštění z nemocnice, kde se monitoruje už ve výrazně delších intervalech.

Kód farmakoterapie zmínily 3 sestry (P1, P3, P5). Uvádějí, že farmakoterapie není pouze o podávání léků, ale také o jejich přípravě, kontrole dávkování a následné monitoraci, zda léky fungují efektivně a zda nezpůsobují nějaké vedlejší účinky. Pokud sestra zaznamenává nějaké odchylky od normálního průběhu, vše oznamuje ošetřujícímu lékaři.

Dalším kódem je péče o výživu, kterou uvedly ve svých odpovědích 3 sestry (P1, P3, P5). Upozorňují na komplikace, které mohou po operaci nastat a výrazně ovlivnit stav pacienta. Proto je důležité se soustředit na toleranci výživy a v případě jakýchkoliv patologických stavů, informovat lékaře. Zmiňují, že výživa je podávána velmi pozvolna a důkladně se monitoruje, jak na pacienta působí. Pokud pacient toleruje výživu dobře, informují lékaře a ten rozhodne o navýšení dávky.

Péče o drény zmínily 2 sestry (P2, P4). Péče o drény spočívá v kontrole zavedení, zda dochází k odchodu odpadu (v jakém množství a jakém charakteru) a zda není nějakých způsobem poškozená nebo přetočená hadička od drénu. Výdej z drénu se zaznamenává do dokumentace. Zmiňují, že po pár dnech po operaci, kdy drén přestává odvádět velké množství odpadu, lékař drén vytahuje. Sestry mu při vyjmutí drénu asistují v roli asistentky.

Hodnocení a tišení bolesti uvedly 3 sestry (P2, P3, P4). Každá z nich zmiňuje, že bolest hodnotí dle škály VAS a dle potřeby pacientů podávají léky na bolest. V rozhovoru kladou důraz na individuální přístup ke každému pacientovi, protože každý pacient vnímá bolest jinak a má práh bolesti na jiné úrovni.

Péči o spánek zmiňuje pouze 1 sestra (P3), ale klade důraz na fakt, že s potřebou spánku jde ruku v ruce i psychický stav. Proto je důležité se zaměřit i na tuto oblast a snažit se zajistit pacientovi co největší komfort v oblasti spánku. Současně se sestra zmiňuje o roli edukátorky, kdy se snaží pacienty edukovat o správné spánkové hygieně.

Předposledním kódem jsou odběry krve, které v rozhovorech zmínily 2 sestry (P1, P5) a uvádějí, že odběry krve se provádějí převážně v ranních hodinách dle ordinace lékaře. Krev odesílají do laboratoře a čekají na výsledky rozboru krve, které rozhodují o následujícím postupu.

Posledním kódem je psychická podpora, kterou zmínila 1 sestra (P1) a správně podotkla, že to bývá velmi opomíjené téma, především v důsledku zaneprázdněnosti sester a nedostatku volného času se každému pacientovi na oddělení věnovat individuálně. Upozorňuje na to, že psychická podpora je jeden z klíčových bodů pro úspěšné zotavování pacientů po gastrektomii. Také se zmínila, že se na chirurgii nevyužívají hodnotící škály na hodnocení stavu úzkosti nebo deprese.

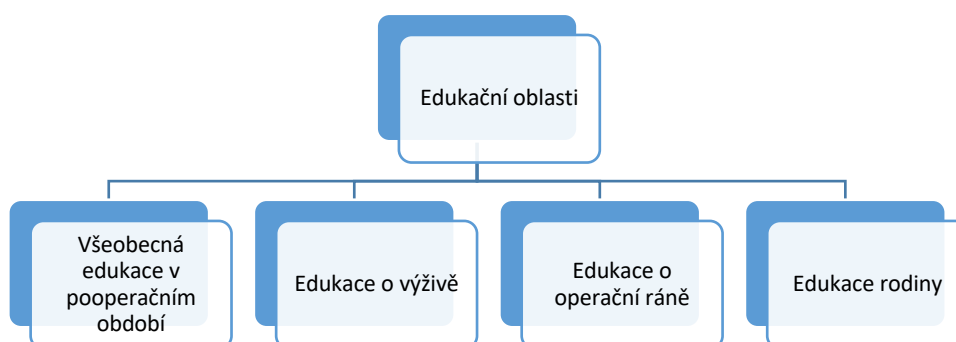
8.4 Kategorie: Role edukátorky

Tato kategorie je zaměřena na roli edukátorky v péči o pacienty po gastrektomii. Tato kategorie bude směřovat k hlubšímu pochopení této konkrétní role a k rozboru jednotlivých edukačních oblastí, které do ní spadají. Je zkoumáno, co sestry v roli edukátorky nejčastěji zmiňovaly ve svých rozhovorech a jaké oblasti edukace jsou pro ně nečastější. Tato kategorie vychází z hlavního cíle kvalifikační práce, kterým je: Identifikovat hlavní role sester a získat hlubší pochopení rolí sester v péči o pacienty po gastrektomii. Cílem je získat komplexní pohled na roli edukátorky a klíčové edukační oblasti v pooperačním období.

Tato kategorie obsahuje celkem 4 kódy:

- Všeobecná edukace v pooperačním období (zmíněno P1, P2, P3, P4, P5)
- Edukace o výživě (zmíněno P1, P2, P3, P4)
- Edukace o operační ráně (zmíněno P1, P3, P4, P5)
- Edukace rodiny (zmíněno P5)

Obrázek 4 - Kategorie Role edukátorky



Tabulka 3 - Kategorie Role edukátorky

Kategorie: Role edukátorky
Kód: Všeobecná edukace v pooperačním období P1: „Edukujeme je o možných omezeních a opatřeních, která by měli dodržovat, aby minimalizovali riziko komplikací a urychlili zotavení.“ P2: „Edukujeme ho, že v prvních hodinách po operaci ho budeme důkladně monitorovat a že má teď čas si odpočinout.“ P3: „Edukace zahrnuje také vysvětlení, na koho se pacienti mohou obrátit po propuštění z nemocnice pro další podporu a informace.“ P4: „Edukuji, kde probíhají převazy a na jaké místo mají v případě problémů přijít, kdo je jejich ošetřující lékař a kde ho najde. Kde najde sestry atd.“ P5: „Edukujeme ho o všech ošetřovatelských intervencích, které budeme provádět.“
Kód: Edukace o výživě P1: „To zahrnuje informace o následující pooperační výživě a změně stravovacích návyků po operaci, abychom jim pomohli přizpůsobit se novým potřebám jejich těla.“ P2: „Jak budou následující dny vypadat, jak bude vypadat jeho výživa, kterou mu budeme podávat sondou do těla.“ P3: „Informace o změně stravovacích návyků včetně první pooperační výživy sondou.“ P4: „To zahrnuje informace o zavedené sondě v nose, která jim zajišťuje příjem potravy do střeva.“
Kód: Edukace o operační ráně P1: „Dále se věnujeme edukaci o péči o operační ránu a správném přístupu k ní, včetně toho, jakým pohybům se vyhnout, aby nedošlo k jejímu poškození.“ P3: „Jak správně pečovat o svou operační ránu a že mají hlásit jakékoliv nepříjemné pocity v místě operační rány.“ P4: „Upozornění na nevhodné pohyby, kterým by se měli vyhnout, aby nedošlo k jejímu poškození.“ P5: „Edukujeme ho o operační ráně, kterou má na břicho, že ji budeme pravidelně převazovat.“
Kód: Edukace rodiny P5: „Je důležité edukovat i pacientovu rodinu, například kdy jsou návštěvní hodiny, jaká jsou pravidla oddělení, kam telefonovat pro informace atd.“

První kód edukační oblasti s názvem "Všeobecná edukace v pooperačním období", kde sestra P1 poskytuje pacientům důležité informace o tom, jak se chovat po operaci a jak se vyvarovat možným komplikacím. Důraz je kladen na prevenci a dodržování pokynů. P4 zmiňuje, že součástí této edukace je také seznámení pacientů s chodem oddělení a orientací po něm, aby se cítili pohodlněji a sebejistě. Sestra P5 podrobně vysvětluje ošetrovatelské intervence, které budou prováděny, aby pacienti věděli, s čím mohou počítat, kde se, co bude vykonávat a kolik času to zabere. P3 zmiňuje oblast zaměřit se na informování pacientů o možnostech a postupech po propuštění, aby se mohli připravit na návrat do domácího prostředí a pokračování v rehabilitaci. Tato komplexní edukační oblast pomáhá pacientům lépe porozumět a přizpůsobit se novým situacím po operaci.

Dalším kódem edukační oblasti je "Edukace o výživě", kde sestry P2, P3, P4 poskytují pacientům informace o pooperační výživě prostřednictvím sondy. Pacientům je vysvětleno, co sonda je a jakým způsobem funguje, aby lépe porozuměli tomu, jak bude zajištěna jejich výživa po operaci. Kromě toho, zmiňuje P1, že jsou pacienti okrajově informováni o výživě po propuštění z nemocnice. Sestry pacientům radí, čemu se vyhnout a co naopak pozitivně přispěje k jejich zotavení a správnému stravování. Tato edukační oblast je klíčová pro podporu pacientů v dostatečném a správném příjmu živin po gastrektomii. A aby pacienti lépe pochopili fungování jejich těla po operaci.

Další důležitým kódem edukační oblasti je "Edukace o operační ráně", kde se sestry P1, P3, P4 zaměřují na poskytování informací o rizikových faktorech spojených s péčí o operační ránu. Pacienti jsou poučeni o tom, jak správně přistupovat k operační ráně a jak minimalizovat riziko možných komplikací. Sestry P5 také edukuje pacienty o tom, že jejich operační rána bude pravidelně převazována a kontrolována, aby se minimalizovalo riziko infekce a zajistilo se správné hojení rány.

Posledním kódem edukační oblasti je "Edukace rodiny", kde P5 zmiňuje, že sestry věnují pozornost předávání informací rodině pacienta. Rodiny jsou podrobně seznámeny s chodem oddělení, včetně informací o návštěvních hodinách, pravidlech oddělení a kontaktech, na které se mohou obrátit pro informace o zdravotním stavu pacienta. Sestra klade důraz na to, aby rodiny měly veškeré potřebné informace a pocit jistoty ohledně péče o své blízké. Tato edukační oblast je klíčová pro zajištění podpory a spolupráce rodiny s personálem nemocnice při péči o pacienta po gastrektomii.

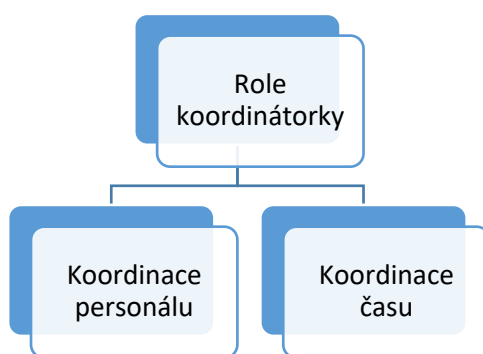
8.5 Kategorie: Role koordinátorky péče

Tato kategorie je zaměřena na roli koordinátorky v péči o pacienty po gastrektomii. Tato kategorie bude směřovat k hlubšímu pochopení této konkrétní role a k rozboru dvou koordinačních činností, které do ní spadají. Je zkoumáno, co sestry v roli koordinátorky nejčastěji zmiňovaly ve svých rozhovorech. Tato kategorie vychází z hlavního cíle kvalifikační práce, kterým je: Identifikovat hlavní role sester a získat hlubší pochopení rolí sester v péči o pacienty po gastrektomii. Cílem je získat komplexní pohled na roli koordinátorky péče v o pacienty pooperačním období.

Tato kategorie obsahuje celkem 2 kódy:

- Koordinace personálu (zmněno P1, P2, P3, P4, P5)
- Koordinace času (zmněno P1, P2, P3, P4, P5)

Obrázek 5 - Kategorie Role koordinátorky



Všech pět participantek v rozhovoru zdůraznilo, že role koordinátorky péče zahrnuje dvě podkategorie, ze kterých byly následně udělané kódy. První z nich je koordinace personálu v nemocnici, včetně lékařů, sester, sanitářů a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků, se kterým sestry přicházejí do styku při péči o pacienty po gastrektomii. Tato koordinace je nezbytná pro efektivní a plynulý průběh péče o pacienty. P2 v rozhovoru odpovídá „*Koordinovat mou práci s lékařem, kterého zrovna potřebuji na převaz operační rány, je někdy nadlidský úkol, když je jednou nohou na sále a druhou nohou na oddělení.*“ Druhou podkategorií je koordinace času. Koordinátorka musí mít pečlivě naplánovaný časový harmonogram, aby zajistila, že všechny úkoly budou provedeny včas a kvalitně. Zajištění efektivního využití času je klíčové pro optimalizaci péče o pacienty po gastrektomii a zajištění jejich rychlého zotavení. P1, P2 a P5 v rozhovoru zmiňují, že role koordinátorky je velmi náročná.

8.6 Kategorie: Klíčové role sester pro úspěšné zotavení pacientů po gastrektomii

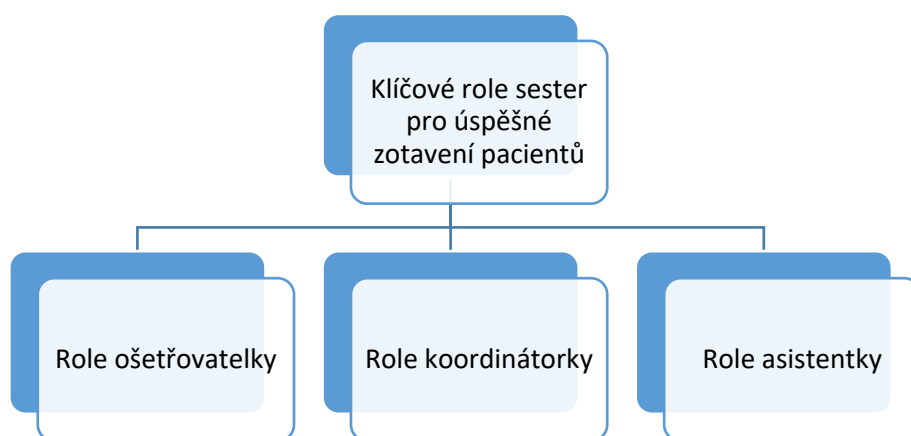
Tato kategorie je zaměřena na klíčové role, které sestry využívají v procesu úspěšného zotavování pacientů po gastrektomii. Pozornost je zaměřena na role, které jsou z pohledu sesterské praxe zásadní pro optimální průběh zotavování pacientů. Tato kategorie vychází z dílčího cíle kvalifikační práce: Identifikovat hlavní role, které přispívají k úspěšnému zotavení pacientů.

Předposlední položená otázka v rozhovoru byla zaměřena na odpovědi sester. Odpovědi jsou zaměřené na role přispívající k zotavování pacientů. Otázka zněla „*Jakou roli považujete za klíčovou pro úspěšné zotavení pacientů po gastrektomii a proč?*“

Tato otázka obsahuje celkem 3 kódy:

- Role ošetřovatelka (zmněno P1, P3, P4, P5)
- Role koordinátorka (zmněno P2, P4)
- Role asistentka (zmněno P3)

Obrázek 6 - Kategorie Klíčové role sester pro úspěšné zotavení pacientů po gastrektomii



Tabulka 4 - Kategorie Klíčové role sester pro úspěšné zotavení pacientů po gastrektomii

<p>Kategorie: Klíčové role sester pro úspěšné zotavení pacientů po gastrektomii</p>
<p>Kód: Role ošetřovatelky</p> <p>P1: „Role ošetřovatelky je pro mě určitě na prvním místě a myslím si, že i z pohledu pacientů, nejen, že se staráme o jejich fyzické blaho, ale i o jejich psychickou pohodu. A oboje je podstatné při jejich zotavování.“</p> <p>P3: „Péče o operační ránu, důkladné kontroly a převazy, péče o výživu, kde se snažíme zvyšovat toleranci pacientů na podávanou výživu a eliminovat nepříjemné pocity nebo komplikace. A v neposlední řadě hodnocení bolesti a péče o ni. Všechny tyto ošetřovatelské intervence jsou klíčové pro rychlé zotavení pacientů.“</p> <p>P4: „Role ošetřovatelky je zaměřena na kontakt mezi sestrou a pacientem, provádí se úkony jako převazy rány, péče o výživu a monitorace tolerance výživy, každý tento krok je v léčbě podstatný a přispívá ke zotavování.“</p> <p>P5: „Ošetřovatelské intervence jsou základem pro zotavování pacientů, ať už jde o fyzickou stránku nebo psychickou.“</p>
<p>Kód: Role koordinátorky</p> <p>P2: „Koordinace celkové léčby je velmi podstatná. Kdyby na oddělení nebyla dobrá spolupráce, celková léčba by nebyla tak efektivní a vznikalo více problémů, které by ovlivňovaly zotavování pacientů.“</p> <p>P4: „Bez koordinace by péče byla velmi chaotická a sestra by měla mnohem větší stres a nepřispívalo by to ani pacientům.“</p>
<p>Kód: Role asistentky</p> <p>P3: „Role asistentky je také velmi podstatná a jde při ní především o spolupráci mezi lékařem, sestrou a pacientem. Ať už jde o spolupráci při převazu rány nebo při odstraňování drénu, role asistentky významně přispívá k zotavování pacientů a jejich propuštění z nemocnice.“</p>

Každá sestra dostala položenou otázku na klíčové role pro zotavení pacientů po gastrektomii. U P1 jsme se dozvěděli, že za klíčovou roli považuje roli ošetřovatelky, a to zejména z důvodu její všestrannosti a zaměření se jak na fyzické blaho, tak i psychické blaho pacientů. U P2 jsme se dozvěděli, že za klíčovou roli považuje roli koordinátorky, kdy je podstatná týmová spolupráce, která se koordinací stává efektivnější a taktéž to přispívá k lepšímu zotavování pacientů. P3 zdůrazňuje rovnou dvě role, a to roli ošetřovatelky a asistentky,

kteřé jsou podle ní klíčové. P4 si myslím, že nejdůležitější je role koordinátorky, která přispívá ke snížení míry chaosu, stresu a tím ovlivňuje efektivitu péče a následné zotavování pacientů. Poslední sestra P5 je přesvědčena, že role ošetřovatelky je nejdůležitější a shoduje se s P1 o všestrannosti role.

Shrneme-li si odpovědi na tuto otázku tak P1, P3, P4, P5 se shodují, že jednou z klíčových rolí pro zotavení pacientů po gastrektomii je role ošetřovatelky, do které zahrnuje péči o operační ránu, péči o výživu, monitoraci, hygienu, hodnocení a péči o bolest. P2 a P4 se shodují na roli koordinátorky péče a zmiňují efektivní spolupráci a snižování míry chaosu. Pouze P3 se domnívá, že klíčovou rolí pro zotavení pacientů je role asistentky, ve které hovoří o asistenci lékařům při ošetřovatelských a terapeutických intervencích.

8.7 Kategorie: Nejčastější problémy při péči o pacienty po gastrektomii

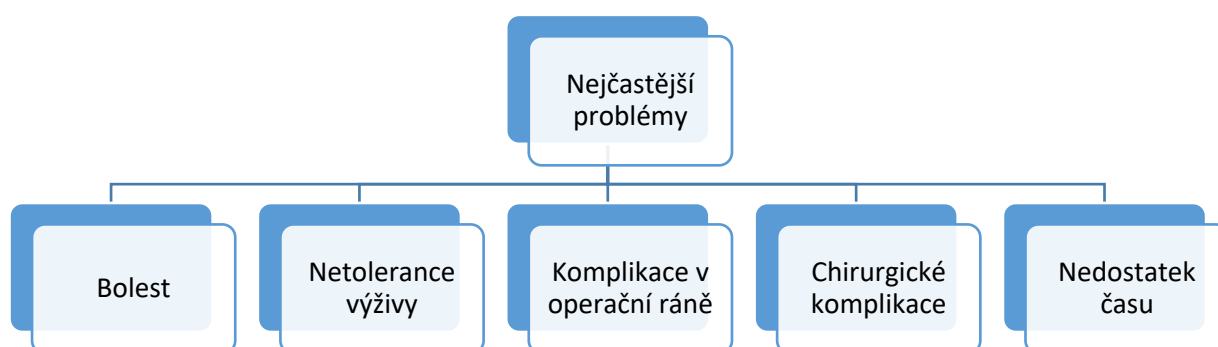
Tato kategorie je zaměřena na nejčastější problémy, se kterými se sestry setkávají při péči o pacienty po gastrektomii. Identifikace těchto problémů, umožní lépe porozumět výzvám a obtížím, se kterými se sestry setkávají v pooperačním období u pacientů po gastrektomii. Tato kategorie vychází z dílčího cíle kvalifikační práce: Identifikovat hlavní problémy, se kterými se sestry setkávají při péči o pacienty po gastrektomii.

Poslední otázka v rozhovoru se týkala nejčastějších problémů, se kterými se sestry setkávají. Otázka zněla: „*Jaké jsou nejčastější problémy, se kterými se setkáváte při péči o pacienty po gastrektomii?*“

K této otázce bylo vybráno celkem 5 kódů:

- Bolest (zmíněno P1, P3, P4)
- Netolerance výživy (zmíněno P1, P2, P4, P5)
- Komplikace v operační ráně (zmíněno P1, P3, P4)
- Chirurgické komplikace (zmíněno P2, P4)
- Nedostatek času (zmíněno P5)

Obrázek 7 - Kategorie Nejčastější problémy při péči o pacienty po gastrektomii



Kategorie: Nejčastější problémy při péči o pacienty po gastrektomii
<p>Kód: Bolest</p> <p>P1: „Pacienti jsou po operaci žaludku a mají velkou jizvu v oblasti břicha, která bývá bolestivá. „</p> <p>P3: „Pacienti po operaci pociťují bolest a omezuje je to v běžném denní fungování a ovlivňuje to i jejich psychický stav.“</p> <p>P4: „Velmi častá je také bolest, kdy musíme hodnotit bolest a konzultovat s lékařem změnu analgetik nebo navýšení dávky.“</p>
<p>Kód: Netolerance výživy</p> <p>P1: „Často se stává, že tělo nezvládá tolerovat výživu a musí se provádět změny v ordinaci a důkladně monitorovat toleranci výživy.“</p> <p>P2: „Jeden z častých problému vidím problém s výživou. Organismus není zvyklí na aktuální stav a může pacientovi způsobovat komplikace nebo nepříjemné pocity.“</p> <p>P4: „Problémy spojené s trávením a vstřebáváním živin. Tyto komplikace mohou vyžadovat úpravu výživy.“</p> <p>P5: „Dochází k citlivosti, obtížím s trávením a tolerancí na výživu.“</p>
<p>Kód: Komplikace v operační ráně</p> <p>P1: „Komplikace v operační ráně. I to se může stát a nepříjemně to ovlivňuje pacientův stav a zotavování.“</p> <p>P3: „Často se setkáváme s problémy v místě operační rány. Kdy dojde ke znečištění z okolí a v místě vzniká infekce.“</p> <p>P4: „Mezi nejčastější komplikace patří například infekce chirurgické rány.“</p>
<p>Kód: Chirurgické komplikace</p> <p>P2: „Další problém by mohl být v okolnostech s operačním výkonem, kdy se pacient musí vrátit zpět na operační sál a musí se provést reoperace.“</p> <p>P4: „Mezi komplikace patří perforace střeva nebo krvácení. Tyto komplikace mohou vyžadovat další léčbu, včetně reoperace.“</p>
<p>Kód: Nedostatek času</p> <p>P5: „Sestry čelí velkému množství pacientů a nedostatku času, aby se každému pacientovi mohly individuálně věnovat.“</p>

U otázky „Nejčastější problémy, se kterými se setkáváte při péči o pacienty po gastrektomiích“ bylo zmíněno a popsáno 5 problémů. P1, P3, P4 se zaměřují na bolest, která podle P1 vychází z místa operační rány na břicho. P3 popisuje, že bolest značně ovlivňuje fungování pacienta v běžných denní činnostech a negativně působí i na jejich psychický stav. P4 odpovídá v oblasti hodnocení a tišení bolesti, které se pro ně při tomto problému stává prioritou. Dalším problémem je netolerance výživy, na který se zaměřují P1, P2, P4 a P5. Všechny čtyři respondentky zdůrazňují tento častý problém v důsledku odstranění žaludku. P1, P3, P4 odpovídalo v rozhovoru stejně, a to o problému komplikací v operační ráně. P3 a P4 mluví konkrétně o infekci v místě operační rány. P2 a P4 zmiňují chirurgické komplikace. Zdůrazňují, že pro včasné odhalení chirurgických komplikací je klíčová monitorace pacienta v prvních dnech po operaci. P5 jako jediná zmiňuje problém s nedostatkem času.

DISKUZE

Téma bakalářské práce je Role sester v péči o pacienty po gastrektomii. Tato práce je zaměřena na identifikaci rolí sester a hlubšímu pochopení rolí sester v péči o pacienty po gastrektomii. Často se může zdát, že práce sester není dostatečně oceněna a uznávána, a přestože hrají klíčovou roli v zajištění péče o pacienty, často se jim nedostává dostatečné pozornosti. Tato práce se snaží podrobněji zkoumat různé aspekty rolí sester a jejich vliv na zotavování pacientů po gastrektomii, aby přispěla k lepšímu porozumění a uznání této důležité profese.

Cílem diskuze je interpretovat výsledky výzkumného šetření, zjistit, zda bylo dosaženo výzkumných cílů, které byly stanoveny. Výzkumné cíle práce byly celkem tři. Jeden hlavní cíl práce a dva dílčí cíle. Výsledky práce budou porovnány s odbornou literaturou, ze které vycházela teoretická část praxe.

Hlavním cílem práce bylo identifikovat hlavní role sester a získat hlubší pochopení rolí sester v péči o pacienty po gastrektomii. Tento cíl byl rozdělen celkem na čtyři kategorie. Jedna kategorie s názvem Hlavní role sester v péči o pacienty po gastrektomii byla zaměřena především na identifikaci hlavních rolí. Další tři kategorie byly zaměřeny na hlubší pochopení tří hlavních rolí sester, a to role ošetřovatelky, role edukátorky a role koordinátorky. Dle mého názoru byl tento cíl plně naplněn a v průběhu celé praktické části dostáváme vhled do jednotlivých rolí sester. Praktická část nám plně umožňuje pochopit role více do hloubky. Existuje spousta zdrojů, které se zaměřují například na roli edukátorky, ale tato role je ve spoustě odvětví rozdílná a jednotně na ni lze odpovědět pouze povrchově. Proto jsme se rozhodli prozkoumat konkrétní role sester v péči o pacienty po gastrektomii.

Dílčí cíle práce byly stanoveny dva, a to identifikovat hlavní role sester, které přispívají k zotavení pacientů po gastrektomii a identifikovat hlavní problémy, se kterými se sestry setkávají při péči o pacienty po gastrektomii. Oba tyto cíle mají v praktické části jednu kategorii zaměřenou přímo na ně. Došlo jak k samotné identifikaci rolí a problémů, tak i k diskusi, kdy se sestry snažily více konkrétní kódy rozvést.

Výzkumná otázka č. 1:

Jaké jsou hlavní role sester v péči o pacienty po operaci gastrektomie?

Odpovědí na tuto otázku bylo více a v další části si je podrobně rozebereme. Sestry na chirurgickém oddělení zmiňovali celkem 7 rolí, které využívají při své každodenní praxi.

Šlo o roli ošetřovatelky, edukátorky, koordinátorky, asistentky, mentorky, delegátky a výzkumnice. Tři role byly zmíněny všemi pěti participantkami, šlo o roli ošetřovatelky, roli edukátorky a roli koordinátorky. O těchto třech rolích sestry mluvily ve všech vedených rozhovorech.

Sestry uvádějí **roli ošetřovatelky**, ve které se věnují tématům, jako je hygienická péče, péče o operační ránu, administrativní práce, monitorace fyziologických funkcí nebo péče o výživu a další.

Paharia (2022) také uvádí, že role ošetřovatelky je zaměřena na monitoraci celkového stavu pacienta ve všech oblastech. Dále se zmiňuje o zdravotnické dokumentaci, do které sestry zaznamenávají všechny relevantní informace o stavu pacienta.

V oblasti péče o výživu sestry uvádějí, že se od prvního pooperačního dne po gastrektomii snaží zahájit časnou enterální výživu pomocí sondy, která je zavedena prostřednictvím nosu do střeva. Haiyan (2022) také doporučuje včasné zahájit enterální výživu první pooperační den. Jeho studie naznačuje, že tento postup pozitivně přispívá ke snížení úmrtnosti, snížení infekčních komplikací a zkrácení doby hospitalizace. Tyto pozitivní dopady sestry v rozhovoru nezmiňují.

Sestry na chirurgické oddělení také zmiňují péči o operační ránu a riziko vzniku infekce v místě operační rány. Kladou důraz na časté převazování a kontroly operační rány. Zda nevzniká otok, zvýšená bolest nebo teplota. O této problematice diskutují Wichsová a Taliánová (2020), které mluví o důležitosti sledování známek infekce, jako zvýšená teplota, bolest, otok, začervenání nebo hnis v operační ráně.

Další objevující se role je **role edukátorky**. Tato role byla v praktické části rozdělena na čtyři edukační oblasti, které vyplynuly z rozhovorů a byly označeny kódy. Jedna z edukačních oblastí, kterou sestry zmiňovaly nejčastěji, byla edukace ohledně pooperační výživy. P2 o edukaci říká „*Edukujeme, jak budou následující dny vypadat, jak bude vypadat jeho výživa, kterou mu budeme podávat sondou do těla*“. P1 také zmiňuje, že se okrajově zabývá informacemi o výživě po propuštění. Wang (2021) ve své studii také zmiňuje, sestru edukátorku, která ve spolupráci s lékařem edukuje pacienta o stravě v následujících dnech po gastrektomii.

Třetí zmiňovaná role, byla **role koordinátorky**. Wainwright, Jakobsen a Kehlet (2022) popisují sestru koordinátorku, jako profesionálku, která přichází do přímého kontaktu s pacientem i zdravotnickým týmem a stává se prostředníkem, který koordinuje celý proces

péče. Koordinuje práci v rámci oddělení i napříč obory. Oslovené sestry také popisují koordinaci péče v rámci oddělení, ale zaměřují se více konkrétněji, a to na koordinaci personálu a koordinaci času. Sestry popisují, že tyto dvě oblasti koordinace jdou ruku v ruce.

Další odhalená role v péči o pacienty po gastrektomii byla **role asistentky**. Touto rolí se ve své knize zabývá Plevová (2018), která roli přisuzuje celkovou přípravu pacienta k vyšetření nebo jakékoliv ošetrovatelské intervenci, asistenci lékaři při vyšetření a další terapeutické činnosti, ordinované lékařem. Sestry z chirurgického oddělení vnímají tuto roli naprosto identicky a jejich odpovědi v rozhovorech se shodují s danou literaturou.

P1, P4 a P5 uvádějí **roli mentorky**, kterou popisují jako vůdčí typ, který se zaměřuje na studenty a žáky zdravotnických škol. P1 říká: „*Velmi často se na našem chirurgickém oddělení objevují studenti středních, vysokých nebo vyšších odborných škol. V roli mentorky je vedeme, učíme je novým vědomostem a dovednostem a posouváme je kupředu.*“ Takto vnímají roli mentorky sestry. Zde vložím i náš osobní pohled na věc, z pohledu studentky všeobecného ošetrovatelství. Role mentorky, je pro nás velmi zásadní, protože každé odborné praxe přicházíme do nového prostředí, mezi nové sestry a mezi nové pacienty. První den pro nás studenty může být velmi stresující, ale pokud se nás ujme zkušená sestra v roli mentorky, stávají se pro nás odborné praxe přínosnější, a i my se stáváme přínosnější pro dané oddělení.

Předposlední diskutovaná role je **role delegátky**. Tu zmínily tři sestry, P1, P2 a P4. Tato role deleguje práci na další pracovníky. V této roli byla odhalena shoda se zahraničním výzkumem, který ve své práci prezentují Magnussen, Allan a Horton (2017). Výzkum odhalil pět stylů delegování práce, ale jeden z nejfrekventovanějších stylů byl Do-it-all nurse, který prezentuje sestru, která se snaží vše zvládat sama a možnost delegace nevyužívá. P3 v rozhovoru říká: „*Mám možnost využít roli delegátky, ale snažím se ji nevyužívat. Péče o pacienty po gastrektomii je ve většině případů monotónní a vzhledem k mé praxi už jsem schopná si péči promyslet a rozvrhnout, abych nemusela obtěžovat ostatní.*“

Poslední role byla **role výzkumnice**, tuto roli popsala pouze jedna participantka „*Dále je role výzkumnice, která nám slouží k využívání nových metod v péči o pacienty po gastrektomii.*“. Plevová (2018) také popisuje tuto roli jako klíčovou v procesu využívání nových poznatků v oblasti ošetrovatelství.

Hlavní cíl práce:

V této části bylo naplněno hlavního výzkumného cíle, který byl: Identifikovat hlavní role sester a získat hlubší pochopení rolí sester v péči o pacienty po gastrektomii. Jak už bylo

zmíněno, sestry identifikovaly 7 typických rolí, které využívají v každodenní praxi v péči o pacienty po gastrektomii. Některé role byly zmiňované více, jako například role ošetrovatelky, a některé méně, jako role výzkumnice. Myslíme si, že sestry v rozhovoru zmínily všechny důležité role a umožnily nám vhled do jejich každodenní praxe, kde role využívají a co přesně si pod nimi máme představit.

Výzkumná otázka č. 2:

Jaké jsou hlavní role, které mají vliv na zotavení pacientů po gastrektomii?

Tato kategorie byla rozdělena do tří kódů, které sestry nejvíce zmiňovaly a které jsou z jejich pohledu nejužitečnější pro zotavení pacientů po gastrektomii. Sestry zvolily roli ošetrovatelky, a to konkrétně P1, P3, P4 a P5. Roli koordinátorky zvolily sestry P2 a P4 a poslední byla role asistentky, kterou zmiňuje P3.

Role ošetrovatelky je z pohledu sester nejvíce klíčová role, která přispívá k zotavování pacientů po operaci. P1 říká: *„Role ošetrovatelky je pro mě určitě na prvním místě a myslím si, že i z pohledu pacientů, nejen, že se staráme o jejich fyzické blaho, ale i o jejich psychickou pohodu. A oboje je podstatné při jejich zotavování.“* Sestry k roli ošetrovatelky nejvíce zmiňovaly péči o operační ránu, administrativní práci, monitoraci fyziologických funkcí, farmakoterapii, péči o výživu, hodnocení a tišení bolesti, psychickou podporu a mnoho dalšího. Jejich zkušenosti z praxe se shodují s článkem v časopisu Florence od Mgr. Pavly Drábkové (2016), která popisuje konkrétní intervence, které je důležité vykonávat u pacientů po operaci. Mezi nimi jsou pravidelné kontroly a převazy operační rány, kontrola drénu, měření fyziologických funkcí, kontrola stavu vědomí, dodržování lékařem stanoveného dietního omezení a sledování psychického stavu pacienta.

Administrativní práce byla v této roli velmi zmiňována, a často ambivalentně. Sestry si plně uvědomují, že zdravotnická dokumentace je důležitý bod jejich práce, avšak všechny sestry zmínili, že jim to zabírá spousty času, které nemohou věnovat pacientům napřímo. P5 říká: *„Mezi každodenní „radosti“ patří práce s papíry. Zapisujeme informace o stavu pacienta, různá vyšetření, léky, ošetrovatelské intervence, použitý materiál a tak dále.“* Šlancařová (2017) ve své práci píše o administrativních úkonech, kterým se chirurgický tým věnuje. Mluví o základních informacích o pacientovi při hospitalizaci, o ošetrovatelských problémech a způsobech, jakými byli vyřešeny, nebo o žádankách na vyšetření, které jsou součástí dokumentace. I tato oblast je velmi totožná s jinými pracemi.

Role koordinátorky, byla druhá nejvíce zmiňovaná role. Dvě z pěti vybraných sester si myslí, že role koordinátorky je zásadní pro úspěšné zotavování pacientů po gastrektomii. P2 říká: „*Koordinace péče s lékařem a dalším zdravotnickými pracovníky, dává péči řád a bez ní by byla péče chaotická a mohlo by se na nějaké věci zapomenout.*“ I P4 se nám snažila odůvodnit, proč si vybrala zrovna roli koordinátorky a v čem je tak důležitá. P4 říká: „*Bez koordinace by péče byla velmi chaotická a sestra by měla mnohem větší stres a nepřispívalo by to ani pacientům. S koordinací rolí si sestra může většinu dne rozvrhnout a péče probíhá efektivněji, když je stanovený plán a každý člen týmu je do něj zahrnut.*“ Podobný závěr najdeme v práci Bališové (2010), která popisuje, že koordinace je spojování práce ostatních pracovníků, aby bylo zajištěno naplnění cíle. Je důležité, aby se také koordinátor péče přesvědčoval o plnění daných úkolů, efektivitu péče a zda bylo cíle naplněno.

Poslední zmíněná role, byla **role asistentka**. Vybrala ji P3 a říká: „*Role asistentky je také velmi podstatná a jde při ní především o spolupráci mezi lékařem, sestrou a pacientem. Ať už jde o spolupráci při převazu rány nebo při odstraňování drénu, role asistentky významně přispívá k zotavování pacientů a jejich propuštění z nemocnice.*“ Sestry k této roli zmiňovaly asistenci při převazech operační rány, přípravu a podávání potřebných pomůcek lékaři a předávání informací. Plevová (2018) ve své knize píše o sestře, jako o aktivním členovi týmu, který v roli asistentky zajišťuje přípravu pacienta před vyšetřením a péči po vyšetření, asistenci lékaři během lékařského vyšetření a práci s ordinacemi od ošetřujícího lékaře.

Dílčí cíl práce:

V předešlé části bylo naplněno prvního dílčího cíle, který byl: Identifikovat hlavní role, které přispívají k úspěšnému zotavení pacientů. Každá z oslovených sester měla možnost se svobodně rozhodnout, kterou roli považuje za hlavní pro úspěšné zotavení pacientů po gastrektomii a proč. Byly identifikovány tři hlavní role. Role ošetřovatelky, role koordinátorky a role asistentky. Plně souhlasíme se sestrami, které zvolily tyto role jako hlavní, které přispívají k úspěšnému zotavení pacientů po gastrektomii. Myslíme si, že role ošetřovatelky je bezkonkurenčně zásadní v této kategorii.

Výzkumná otázka č. 3

Jaké jsou hlavní problémy, se kterými se sestry setkávají při poskytování péče o pacienty po gastrektomii?

Tato výzkumná část byla také rozdělena na hlavní kódy, kterých bylo 5. Jedná se o bolest (zmíněno P1, P3, P4), netoleranci výživy (zmíněno P1, P2, P4, P5), komplikace v operační ráně (zmíněno P1, P3, P4), chirurgické komplikace (zmíněno P2, P4) a nedostatek času (zmíněno P5). K **chirurgickým komplikacím** říká P4: „Mezi chirurgické komplikace patří perforace střeva nebo krvácení. Tyto komplikace mohou vyžadovat další léčbu, včetně reoperace.“ MUDr. Jínek, ve své disertační práci řeší rizikové komplikace po gastrektomii a také zmiňuje krvácení, které může vyžadovat opětovné vrácení pacienta na operační sál. Dále zmiňuje **komplikace v místě operační rány**, konkrétně infekci v operační ráně, která vzniká kontaminací z okolního prostředí nebo ze zažívacího traktu pacienta. O stejném tématu mluví i P3: „Často se setkáváme s problémy v místě operační rány. Kdy dojde ke znečištění z okolí a v místě vzniká infekce.“

Dalším problémem, o kterém se sestry zmiňují je **netolerance výživy**. Tyto problémy řeší ve své knize i Kodadová (2018), která mezi nejčastější problémy v oblasti výživy řadí dumping syndrom, který se projevuje nepříjemnými pocity v epigastriu, nevolností nebo zvracením.

Často zmiňovaný problém byl i **bolest**, se kterou se pacienti po gastrektomii potýkají na denní bázi. Nejčastěji z důvodu operační rány v oblasti břicha. P4 říká: „Podáváme léky na bolest a hodnotíme, zda jsou léky dostačující a není potřeba řešit s lékařem navýšení dávky. Bolest hodnotíme dle škály VAS.“ První otázka v rozhovorech k tématu byla „Popište mi Váš běžný den v nemocnici při péči o pacienty po gastrektomii.“ V této otázce bylo stanoveno několik kódů, které byly nejvíce frekventované a mezi ně patřilo i hodnocení a tišení bolesti. Čtyři sestry z pěti se zmínily o péči o bolest, což nám dokazuje, že tento problém se vyskytuje opravdu pravidelně. Ve Věštníku Ministerstva zdravotnictví (2020) bylo, že hlavním úkolem sestry v této oblasti je monitorovat bolest, hodnotit bolest dle vhodných škál, informovat lékaře, aplikovat léky na tišení bolesti dle ordinace lékaře a monitorovat účinky analgetik.

Poslední zmíněný problém jsem si nechala záměrně na konec, a to zejména proto, že se od ostatních liší. Předchozí zmíněné problémy se věnovali pacientovi, ale tento problém se věnuje částečně sestrám. P5 v rozhovoru podotkla o problému s **nedostatkem času**. Sestry na chirurgickém oddělení mají velké množství pacientů a velké množství práce, kterou musí během směny stihnout. Tento problém sestry zmiňují v kontextu s psychikou sester.

Neustálá práce pod časovým tlakem a stresem. Tento aspekt ovlivňuje nejen sestru, ale může mít také dopad na pacienta, který je v době hospitalizace závislí na péči sester. Effenbergerová (2013) se ve své práci zmiňuje o fyzické i psychické náročnosti práce sester, které sice mnohým sestrám přináší pocit naplnění, ale i přes to je pro ně velmi vyčerpávající. Neustálá práce pod časovým tlakem vede k psychickému zatížení a stresu. Z našeho pohledu se musíme k tomuto problému přiklonit. Při výzkumném šetření jsme časový tlak sester také zažily. Nebylo vůbec jednoduché zajistit, aby si na nás sestry našly chvílku volného času. I během krátkého rozhovoru docházelo k jeho přerušování v důsledku časového tlaku.

Dílčí cíl práce:

Tímto posledním odstavcem byl shrnut druhý dílčí cíl práce, který zní: Identifikovat hlavní problémy, se kterými se sestry setkávají při péči o pacienty po gastrektomii. Sestry v rozhovorech mluvily o problémech, které jsou pro ně zásadní a kterým se často věnují. Čtyři sestry se zaměřovaly na problémy u pacienta po operaci. Bylo zmíněno téma operační rány, výživy, chirurgické komplikace a bolest, všechny tyto problémy se týkají stavu pacienta. Pouze jedna sestra se v rozhovoru zaměřila na problémy sester při péči, které vychází z nedostatku času a práci při časovém tlaku. Tento problém zmínila pouze jedna sestra, ale z mého pohledu usuzuji, že se tímto problémem potýká většina sester, ale upřednostňují péči o pacienta před svými problémy, které staví do pozadí.

LIMITY VÝZKUMU

Limitem mé práce byl určitě výběr zdravotnického zařízení pro provedení výzkumného šetření. Jedním z kritérií pro výběr participantek mé kvalifikační práce bylo záměrně upřednostnění zkušených sester, které disponují rozsáhlými zkušenostmi v oblasti péče o pacienty po gastrektomii. Nicméně, mnoho oslovených zdravotnických zařízení neprovádí tuto operaci v dostatečném rozsahu, což vedlo k omezení výběru vhodných participantů.

Dalším omezením byly časové možnosti sester, které jsem zvolila pro účely rozhovorů. Vzhledem k jejich pracovnímu vytížení a rušnému pracovnímu harmonogramu bylo obtížné najít vhodný čas pro konání rozhovorů, což způsobilo omezení počtu participantů.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Doporučení pro ošetrovatelskou praxi, které vyplynuli z této práce, poskytují cenné informace a vhledy pro ošetrovatelský personál v péči o pacienty po gastrektomii. Z výzkumného šetření vyplývá, jaké role jsou při péči o pacienty po gastrektomii nejfrekventovanější a jak sestry v této praxi fungují. Poukazují i na časté problémy, které se při péči vyskytují a na které je se třeba zaměřit. Tato práce může sloužit jako podklad pro další autory, kteří se budou zabývat podobnou tematikou.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na role sestry při péči o pacienty po gastrektomii. První část práce je zaměřena na teorii vedenou českou i zahraniční odbornou literaturou. Zaměřuje se na anatomii a fyziologii žaludku, operační zákrok gastrektomii, ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům v pooperačním období po gastrektomii a role sester.

Druhá část je praktická/empirická a vychází ze zkušeností sester s těmito pacienty. Praktická část představuje metodologii, která využívá kvalitativní výzkum. Byly provedeny rozhovory se zkušenými sestrami, které pracují na chirurgickém oddělení a dostávají se do úzkého kontaktu s pacienty po gastrektomii. Do rozhovorů bylo zapojeno 5 participantek, které souhlasily s výzkumným šetřením a před začátkem rozhovoru podepsaly informovaný souhlas.

Hlavní cílem praktické části bylo identifikovat hlavní role sester a získat hlubší pochopení rolí v péči o pacienty po gastrektomii. Tento cíl považuji za naplněný a v praktické části nebo v diskuzi jsou jednotlivé role sester podrobněji rozebrány a popsány. Došlo k identifikaci role ošetrovatelky, která se objevovala velmi často, dále roli edukátorky a koordinátorky, které sestry zmiňovaly také poměrně frekventovaně. Poté méně zmiňované byly role asistentky, mentorky a delegátky a poslední byla role výzkumnice, která se v rozhovoru objevila pouze jednou.

První dílčí cíl práce byl: Identifikování hlavních rolí, které přispívají k úspěšnému zotavení pacientů po gastrektomii. Tento cíl byl identifikován a podrobněji rozebrány v praktické části. Následně byl v diskuzi porovnán s jinými pracemi nebo studii na podobná témata. Došlo k identifikaci tří hlavních rolí, které se podílejí na zotavování pacientů a to role ošetrovatelky, role koordinátorky a role asistentky.

V druhém dílčím cíli: Nejčastější problémy, se kterými se sestry setkávají při péči o pacienty po gastrektomii. Byly odhaleny dvě oblasti, první část sester se zaměřovala na problémy týkající se pacienta a druhá část se zaměřila na sesterský problém, se kterým se nejčastěji setkávají. Byla zmíněna bolest, netolerance výživy, komplikace v operační ráně nebo chirurgické komplikace, všechny tyto problémy se řadí do oblasti problémů pacientů. Posledním zmíněným problémem byl nedostatek času z pohledu sester. I tento problém je v diskuzi rozebrán a porovnán s další literaturou.

Výsledkem diskuze bylo zjištění, že výzkumné šetření bylo úspěšné a ve většině případů se odpovědi sester shodují s dostupnou literaturou.

Tato práce může sloužit jako podklad pro další autory, kteří se budou zabývat podobnou tematikou. Z výzkumného šetření vyplývá, jaké role jsou při péči o pacienty po gastrektomii nejfrekventovanější a jak sestry v této praxi fungují. Poukazují i na časté problémy, které se při péči vyskytují a na které je se třeba zaměřit.

SEZNAM LITERATURY

1. ADAM, Zdeněk; KLIMEŠ, Jeroným; BOLELOUCKÝ, Zdeněk. *Psychické reakce nemocných na negativní informaci typu: "Máte maligní nemocnění"*. Online. Časopis Vnitřního Lékařství, 2020, vol. 66, no. 3, s 182–185. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2020/03/05.pdf>. [citováno 2024-01-15].
2. BARTŮNĚK, Petr; JURÁSKOVÁ, Dana; HECZKOVÁ, Jana; NALOS, Daniel a kolektiv. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-4343-1.
3. BRABCOVÁ, Soňa. *Péče o rány – pro sestry a ostatní nelékařské profese*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-3133-4.
4. DINGOVÁ, Martina a kol. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0717-9.
5. DUDA, Miloslav; SUCHÁNEK, Štěpán; SOUMAROVÁ, Renata a kol. *Onkologie horní části trávicího traktu: Zhoubná onemocnění foregutů*. Online. Praha: Společnost pro gastrointestinální onkologii (SGO) ČLS JEP, 2018. ISBN 978-80-270-4842-7. Dostupné z: <https://www.sgo-cls.cz/onkologie-horni-casti-traviciho-traktu/zaludek/>. [citováno 2024-02-02].
6. DRÁBKOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelská péče u pacientů po operacích na standardním oddělení*. Online. Florence, 2016. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/1/osetrovatelska-pece-u-pacientu-po-operacich-na-standardnim-oddeleni/>. [citováno 2024-02-05].
7. FERKO, Alexander; ŠUBRT, Zdeněk; DĚDEK, Tomáš a kol. *Chirurgie v kostce. 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-1005-1.

8. HAIYAN H., YUANYUAN M., ZHIWEI Z., XIAOLIAN D., JINGCI Z., YALING W., *Early versus delayed oral feeding after gastrectomy for gastric cancer: A systematic review and meta-analysis*. Online. International Journal of Nursing Studies, 2022. vol. 126. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748921002649?via%3Dihub> [citováno 2024-02-05].
9. CHAUDHRY, R; LIMAN, P; PETERSON, D. *Anatomy, abdomen and pelvis: stomach*. Online. StatPearls Publishing. 2022. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482334/>. [citováno 2024-02-07].
10. CHRUDIMSKÁ, Lucie. *Základní informace k péči o dutinu ústní pacientů, aneb co by měl ošetrovatelský personál znát*. Online. Florence, vol. 3, 2017. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/3/zakladni-informace-k-peci-o-dutinu-ustni-pacientu-aneb-co-by-mel-osetrovatelsky-personal-znat/>. [citováno 2024-03-02].
11. JONNALAGADDA, Sreeni; LIKHITSUP, Alisa. *Postsurgical Endoscopic Anatomy*. Online. Clinicial Gastrointestinal Endoscopy (Third Edition), Pages 124-140, 2019. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-41509-5.00012-8>. [citováno 2024-03-02].
12. JÍNEK, Tomáš. *Rizikové faktory a pooperační komplikace po resekcích žaludku pro nádorové onemocnění*. Doktorská disertační práce; Online. Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, 2018. Dostupné z: https://theses.cz/id/vgalye/Ph.D._prce_Jnek.pdf?info=1;isshlret=koagulu%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dkoagula%26start%3D43. [citováno 2024-01-15].
13. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-2069-2.
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.
15. KODADOVÁ, Martina; *Po operaci žaludku*. Online. Nemocnice Tábor. 28.2.2018. Dostupné z: <https://www.nemta.cz/wp-content/uploads/2018/03/PO-OPERACI-ŽALUDKU-konečná-verze.pdf>. [citováno 2024-02-05].

16. MEEKER, Zelda. *Nurse Mentorships and How They Can Benefit You*. Online. In: Nurse.com 4/2023. Dostupné z: <https://www.nurse.com/blog/nurse-mentorships-can-benefit-you/>. [citováno 2024-02-02].
17. MAGNUSSON, C., ALLAN, H., HORTON, K., et al. *An analysis of delegation styles among newly qualified nurses*. Online. NursingStandard, 2017. Dostupné z: DOI: [10.7748/ns.2017.e9780](https://doi.org/10.7748/ns.2017.e9780). [citováno 2024-02-02].
18. MÖLLENSEN, K., NILSSON, M., SLIM, K., SCHÄFER, M., MARIETTE, C., BRAGA, M., et al. *Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy*. British Journal of Surgery. 2014. vol. 101, no. 10, s. 1209-1229. Dostupné z: <https://academic.oup.com/bjs/article/101/10/1209/6138092?login=false>. [citováno 2024-01-25].
19. MORGAN, M., SHARMA R., SALAHSHOUR F., et al. *Billroth II gastrojejunostomy*. Reference article, Radiopaedia.org, 2024. Dostupné z: <https://doi.org/10.53347/rID-38769>. [citováno 2024-03-02].
20. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Národní ošetrovatel'ský postup – Péče o pacienta s bolestí*. Online. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18576/40361/NOP%20Péče%20o%20pacienta%20s%20bolestí.pdf> [citováno 2024-02-05].
21. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Koncepce ošetrovatel'ství*. Online. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_osetrovatel'stvi_vestnik_6_2021.pdf. Citováno 2024-02-05 [citováno 2024-02-05].
22. NESTLER, Nadja. *Nursing care and outcome in surgical patients – why do we have to care?* Online. Innovative Surgical Sciences, July 25, 2019. Dostupné z: <https://doi.org/10.1515/iss-2019-0010>. [citováno 2024-02-05].

23. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa; ŠONKA, Karel a kol. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Galén, 2020. ISBN 9788074924781.
24. PAHARIA, Toshniwal Pooja. *Roles of a Nurse*. Online. News medical, 2022. Dostupné z: <https://www.news-medical.net/health/Roles-of-a-Nurse.aspx>. [citováno 2024-02-05].
25. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*, 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.
26. PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetřovatelství I*. 2. přepracované a doplněné vydání, Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0888-6.
27. ROBINSON, Allan. *Nurse mentor: How to find a good mentor*. Online. In: AMN Healthcare, 8/2020. Dostupné z: <https://www.amnhealthcare.com/blog/nursing/travel/nurse-mentor-how-to-find-a-good-mentor/>. [citováno 2024-02-02].
28. SINHA, Sankar. *Management of post-surgical wounds in general practice*. Online. Australian Journal of General Practice. 2019, Vol 48, No 9. Dostupné z: DOI: [10.31128/AJGP-04-19-4921](https://doi.org/10.31128/AJGP-04-19-4921). [citováno 2024-02-02].
29. SCHNEIDEROVÁ, M., *Perioperační péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.
30. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3130-292.
31. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
32. ŠEDÝ, Jiří. *Komplikace chirurgických operací*. Online. In: Mediprofi. 1.5.2016. Dostupné z: https://www.mediprofi.cz/33/komplikace-chirurgicky-operaci-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EIMAVc_29gcm80Go3HSj2zQrO3VA8YZLZA/. [citováno 2024-02-05].

33. ŠEDÝ, Jiří. *Pooperační péče*. Online. In: Mediprofi. 1.5.2016. Dostupné z: https://www.mediprofi.cz/33/pooperacni-pece-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EIMAVc_29gcm80Go3HSj2zTKfvqAQIGGqg/. [citováno 2024-01-08].
34. ŠEVČÍKOVÁ, Blažena. *Kapitoly z ošetrovatelské péče v chirurgii a traumatologii*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-244-5631-7.
35. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5710-0.
36. VERA, Matt. *2 Subtotal Gastrectomy Nursing Care Plan*. Online. News medical, 2023. Dostupné z: <https://www.news-medical.net/health/Roles-of-a-Nurse.aspx>. [citováno 2024-03-03].
37. VODIČKA, Josef a kol. *Speciální chirurgie*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN: 978-80-246-2512-6.
38. VOINESCU, Bogdan; SZENTAGOTAI, Tatar. *Sleep hygiene awareness: Its relation to sleep quality and diurnal preference*. Journal of Molecular Psychiatry 3, 1. 2015. Dostupné z: DOI:[10.1186/s40303-015-0008-2](https://doi.org/10.1186/s40303-015-0008-2). [citováno 2024-02-02].
39. VYTEJČKOVÁ, Renata; SEDLÁŘOVÁ, Petra; WIRTHOVÁ, Vlasta; OTRADOVCOVÁ, Iva; KUBÁTOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-3421-7.
40. WANG, Yongyuan, ZHOU, Qing. *The effect of accelerated rehabilitation nursing on postoperative recovery, nutritional status, and psychological status in patients with gastric cancer*. Online. American Journal of Translational Research. 2021, vol. 13, no. 4, s. 3666–3673. eISSN 1943-8141. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8129355/pdf/ajtr0013-3666.pdf>. [citováno 2023-12-04].

41. WAINWRIGHT, W. Thomas; JAKOBSEN, H. Dorothe; KEHLET, Henrik. *The current and future role of nurses within enhanced recovery after surgery pathways*. Online. British Journal of Nursing. 2022, Vol. 31, No. 12. Dostupné z: DOI: [10.12968/bjon.2022.31.12.656](https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.12.656). [citováno 2024-02-02]
42. WICHSOVÁ, Jana; TALÍANOVÁ, Magda. *Vybrané kapitoly z bezpečnosti perioperační péče*. Univerzita Pardubice, 06/2020. ISBN 978-80-7560-305-0.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Informovaný souhlas

Příloha 2 - Souhlas s výzkumným šetřením

Příloha 3 - Otázky v rozhovoru

Příloha 1 – Informovaný souhlas

Příloha 1 - Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Role sestry v péči o pacienty po gastrektomii

STUDENT

Barbora Kučerová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU

VEDOUCÍ BP:

Mgr. Jana Křivková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU

CÍL STUDIE

Hlavním cílem realizovaných rozhovorů je identifikovat hlavní role sester a získat hlubší pochopení rolí sester v péči o pacienty po gastrektomii.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také 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 rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha 2 – Souhlas s výzkumným šetřením

Příloha 2 - Souhlas s výzkumným šetřením



Žádost pro oslovenou instituci

Dobrý den,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Nemocnice Hořovice – chirurgické oddělení, jež je součástí závěrečné bakalářské práce studentky Barbory Kučerové posluchačky bakalářského studijního programu Všeobecné ošetrovatelství, Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce identifikovat hlavní role sester a získat hlubší pochopení rolí sester v péči o pacienty po gastrektomii

Vedlejším cílem práce je identifikovat hlavní role, které přispívají k úspěšnému zotavení pacientů a identifikovat hlavní výzvy, kterým čelí sestry při poskytování péče o pacienty po gastrektomii.

Sledovaný soubor tvoří 3-5 všeobecných a praktických sester.

Sběr dat bude proveden pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Jany Křivkové

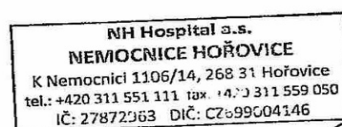
Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

Souhlasím

Nesouhlasím

V Hořovicích dne 26.2.2024



Blanka Červenková
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Razítko a podpis zástupce instituce

Příloha 3 – Otázky v rozhovoru

Příloha 3 - Otázky v rozhovoru

Otázky k rozhovoru pro sestry z chirurgického oddělení

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
2. Jak dlouho pracujete na chirurgickém oddělení?
3. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Popište mi váš běžný den v nemocnici při péči o pacienta po gastrektomii?
5. Jaké jsou vaše hlavní role při péči o pacienty po gastrektomii?
 - a) Popište mi více rolí ošetřovatelky.
 - b) Popište mi více rolí edukátorky.
 - c) Popište mi více rolí koordinátorky péče.
6. Jakou roli považujete za klíčovou pro úspěšné zotavení pacientů po gastrektomii a proč?
7. Jaké jsou nejčastější problémy, se kterými se setkáváte při péči o pacienty po gastrektomii?