

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2022**

**Lucie Stoklasová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

**Lucie Stoklasová**

**EDUKACE PACIENTA PO LAPAROSKOPICKÉ  
CHOLECYSTEKTOMII**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Klírová

PLZEŇ 2022

### **Prohlášení**

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

V Plzni dne 29. 3. 2022.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Stoklasová Lucie

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Edukace pacienta po laparoskopické cholecystektomii.

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Klírová

Počet stran – číslované: 54

Počet stran – nečíslované: 28

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 35

Klíčová slova: žlučník, cholecystektomie, laparoskopická cholecystektomie, edukace, ošetrovatelská péče u laparoskopické cholecystektomie

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou edukace pacienta u laparoskopické cholecystektomie.

Teoretická část pojednává o edukaci, patofyziologii a vyšetřovacích metodách žlučníku. Dále je vysvětlena laparoskopická cholecystektomie, její historie a operační postup. V samotném závěru teoretické části je popsána ošetrovatelská péče o pacienta v předoperačním, perioperačním a pooperačním období, včetně prevence komplikací.

Praktická část analyzuje, jak a v jakých oblastech je realizována edukace pacientů od sester u laparoskopické cholecystektomie.

## **Abstract**

Surname and name: Stoklasová Lucie

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Education of the Patient after Laparoscopy of Cholecystectomy.

Consultant: Mgr. Kateřina Klírová

Number of pages – numbered: 54

Number of pages – unnumbered: 28

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 35

Keywords: gallbladder, cholecystectomy, laparoscopic cholecystectomy, education, nursing care for laparoscopic cholecystectomy

### Summary:

The bachelor thesis deals with the issue of education in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. It consists of a practical and a theoretical part.

The theoretical part addresses pathophysiology and examination methods of the gallbladder. The surgical technique together with its history is also explained. In conclusion, the nursing care of the patient in the preoperative, intraoperative and postoperative period is described, including the prevention of complications. The practical part analyses the role of nurses in education of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy and how this can be implemented.

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Kateřině Klírové za odborné vedení bakalářské práce a čas, který mi věnovala. Dále děkuji všem konzultantům za poskytnutí velmi cenných rad a v neposlední řadě děkuji mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

# OBSAH

SEZNAM TABULEK.....	9
SEZNAM ZKRATEK.....	10
ÚVOD .....	12
TEORETICKÁ ČÁST .....	13
1 EDUKACE .....	13
1.1 Edukant .....	13
1.2 Edukátor .....	14
1.3 Edukační metody .....	14
1.4 Edukace pacienta po laparoskopické cholecystektomii .....	16
2 ONEMOCNĚNÍ ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST .....	19
2.1 Patofyziologie.....	19
2.1.1 Vznik a složení žlučových kamenů .....	19
2.1.2 Cholecystolithiáza.....	20
2.1.3 Cholecystitidy.....	20
2.1.4 Cholangitidy .....	21
2.1.5 Nádorová onemocnění .....	22
3 VYŠETŘENÍ ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST .....	24
3.1 Anamnéza.....	24
3.2 Fyzikální vyšetření.....	24
3.3 Laboratorní vyšetření .....	24
3.4 Zobrazovací metody.....	25
4 CHOLECYSTEKTOMIE.....	28
4.1 Rozdělení a indikace cholecystektomie .....	28
4.2 Laparoskopická cholecystektomie.....	28
5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO LAPAROSKOPICKÉ CHOLECYSTEKTOMII .....	31
5.1 Předoperační péče .....	31
5.2 Perioperační péče.....	33
5.3 Pooperační péče .....	34
5.4 Prevence pooperačních komplikací .....	36
PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
6 FORMULACE PROBLÉMU .....	38
7 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	39
7.1 Hlavní výzkumná otázka.....	39
7.2 Dílčí výzkumné otázky .....	39
7.3 Hlavní cíl.....	39

7.4	Dílčí cíle .....	39
8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	40
9	METODIKA PRÁCE .....	41
10	ANALÝZA A VYHODNOCENÍ ROZHOVORU .....	42
10.1	Kategorie: Edukace v rámci hospitalizace .....	44
10.1.1	Subkategorie: Edukace v předoperačním období .....	45
10.1.2	Subkategorie: Edukace v bezprostředním pooperačním období .....	48
10.1.3	Subkategorie: Edukace v dlouhodobém pooperačním období .....	50
10.2	Kategorie: Edukace při propuštění z hospitalizace .....	51
10.2.1	Subkategorie: Péče o jizvu .....	52
10.2.2	Subkategorie: Dietní režim .....	54
10.2.3	Subkategorie: Rekonvalescence .....	56
10.3	Kategorie: Zhodnocení edukace a dostupné edukační materiály .....	58
10.3.1	Subkategorie: Zpětná vazba po edukaci .....	58
10.3.2	Subkategorie: Edukační materiál .....	59
	DISKUZE .....	61
	ZÁVĚR .....	65
	SEZNAM LITERATURY .....	66
	SEZNAM PŘÍLOH .....	69
	PŘÍLOHY .....	70
	Příloha A – Informovaný souhlas s rozhovorem .....	70
	Příloha B - Žádost o realizaci výzkumného šetření .....	71
	Příloha C – Struktura polostrukturovaného rozhovoru .....	72
	Příloha D – Informovaný souhlas s operací .....	74
	Příloha E – Informovaný souhlas s podáním anestezie .....	76
	Příloha F – Rozmístění trokarů u laparoskopické cholecystektomie .....	78
	Příloha G – Edukační leták .....	79



## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Schéma 1. kategorie .....	42
Tabulka 2 - Schéma 2. kategorie .....	43
Tabulka 3 - Schéma 3. kategorie .....	43
Tabulka 4 - Zhodnocení subkategorie edukace v předoperačním období .....	45
Tabulka 5 - Výroky respondentů k subkategorii edukace v předoperačním období .....	47
Tabulka 6 - Zhodnocení subkategorie edukace v bezprostředním pooperačním období.....	48
Tabulka 7 - Výroky respondentů k subkategorii edukace v bezprostředním pooperačním období.....	49
Tabulka 8 - Zhodnocení subkategorie edukace v dlouhodobém pooperačním období .....	50
Tabulka 9 - Výroky respondentů k subkategorii edukace v dlouhodobém pooperačním období.....	51
Tabulka 10 - Zhodnocení subkategorie péče o jizvu .....	52
Tabulka 11 - Výroky respondentů k subkategorii péče o jizvu .....	53
Tabulka 12 - Zhodnocení subkategorie dietní režim .....	54
Tabulka 13 - Výroky respondentů k subkategorii dietní režim .....	55
Tabulka 14 - Zhodnocení subkategorie rekonvalescence .....	56
Tabulka 15 - Výroky respondentů k subkategorii rekonvalescence .....	57
Tabulka 16 - Zhodnocení subkategorie zpětná vazba po edukaci .....	58
Tabulka 17 - Výroky respondentů k subkategorii zpětná vazba po edukaci.....	59
Tabulka 18 - Zhodnocení subkategorie edukační materiál .....	59
Tabulka 19 - Výroky respondentů k subkategorii edukační materiál .....	60

## SEZNAM ZKRATEK

ALT .....	Alaninaminotransferáza
Apod .....	A podobně
ARO .....	Anesteziologické a resuscitační oddělení
AST .....	Aspartátaminotransferáza
CO2 .....	Oxid Uhličitý
CRP .....	C-reaktivní protein
CT .....	Výpočetní tomografie
ČR .....	Česká republika
DM .....	Diabetes Mellitus
EKG .....	Elektrokardiografie
ERCP .....	Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
GIT .....	Zažívací ústrojí
IgM .....	Imunoglobulin M
ICHS .....	Ischemická choroba srdeční
Info. souhlas .....	Informovaný souhlas
INR .....	Mezinárodní normalizovaný poměr
JIP .....	Jednotka intenzivní péče
JT .....	Jaterní testy
K+C .....	Vyšetření moče na kultivaci a citlivost
KO .....	Krevní obraz
LSK .....	Laparoskopie
MRCP .....	Magnetická rezonanční cholangiografie

M+S..... Vyšetření močového sedimentu

NPO..... Nic per os

P1 ..... Pacientka 1

P2 ..... Pacient 2

PAD..... Perorální antidiabetika

PC..... Osobní počítač

PMK..... Pernamentní močový katetr

PTC ..... Perkutánní transhepatální cholangiografie

PŽK..... Periferní žilní katetr

RTG..... Rentgen

S1 ..... Sestra 1

S2 ..... Sestra 2

TEN..... Tromboembolická nemoc

USG..... Ultrasonografie

UZ ..... Ultrazvuk

# ÚVOD

## Motto

*„Zdraví není vším, ale bez zdraví je všechno ničím.“*

Arthur Schopenhauer

Onemocnění žlučníku se v dnešní době řadí mezi velmi časté choroby. Za nejčastější příčinu vzniku bývají označovány žlučové kameny, vyskytující se častěji u ženského pohlaví. Zpočátku spočívá léčba v konzervativním řešení, avšak nejspolehlivější metodou k vyřešení potíží je chirurgické odstranění žlučníku laparoskopicky či laparotomicky (Vodička, 2014, s. 208-209).

Bakalářská práce se zabývá problematikou edukace u laparoskopické cholecystektomie. Teoretická část je zaměřena na edukaci, patofyziologii a vyšetřovací metody žlučníku a žlučových cest. Dále pojednává o laparoskopické cholecystektomii včetně její historie, operačním postupu a ošetrovatelské péči o pacienta v předoperačním, perioperačním a pooperačním období. Praktická část analyzuje data získaná polostrukturovaným rozhovorem se sestrami a pacienty, kteří mají osobní zkušenosti s laparoskopickou cholecystektomií. Zjišťuje, jak a v jakých oblastech je realizována edukace pacientů od sester a jaké edukační materiály týkající se laparoskopické cholecystektomie jsou pacientům na oddělení nabízeny. Hlavním cílem práce bylo popsat realizaci edukace sestrou u laparoskopické cholecystektomie.

Edukace se v současnosti stále více rozvíjí a sestra v roli edukátorky je pro pacienta důležitým zdrojem informací. Téma jsem si vybrala z důvodu, že pracuji v krajské nemocnici, ve které se s tímto typem operace setkáváme v hojném počtu. Citace informačních zdrojů byly zapsány dle citační normy ISO 690, jsou abecedně seřazeny a jejich celkový počet je 35 (1 klinická studie, 1 bakalářská práce, 24 knih a 9 elektronických zdrojů). Z časového hlediska se jednalo o zdroje od roku 2010 až po současnost. Byl kladen důraz na to, aby se jednalo o novější zdroje. Čerpáno bylo z informačních zdrojů v českém, slovenském a anglickém jazyce.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 EDUKACE

Edukace je odvozena z lat. *educio*, což v překladu znamená vychovávat. Podle Juřeníkové (2010) je edukace „*proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.*“

V současnosti je edukace důležitou součástí práce všeobecné sestry. V ČR došlo během posledních 40-50 let k razantním změnám v oblasti edukace všeobecnou sestrou. V průběhu 70. let byla edukace zaměřena na předávání jednoduchých informací. Ke konci 80. let se díky změně politického systému začalo edukace více využívat, jelikož zdravotnictví začalo být vnímáno jako humánní a potřeby pacientů šly do popředí. Důraz na aktivní přístup pacienta ke svému zdraví začal být kladen v 90. letech. (Mandysová, 2016, s. 7)

Dle Etického kodexu České lékařské komory má každý lékař povinnost nemocnému podat srozumitelné informace o onemocnění, včetně diagnostiky, léčebných postupech a možných rizik. Pacienti mají posléze právo rozhodnout se, zda s tímto postupem souhlasí či nikoliv. Toto právo vyplývá z Etického kodexu pacientů. Samotná sestra je kompetentní podávat informace týkající se ošetrovatelských výkonů, ošetrovatelských problémů a zdravého životního stylu. Sestra pacienta nikdy nesmí edukovat ohledně jeho diagnózy, prognózy či léčebném postupu.

Při edukování pacienta je důležité zapojit do edukace i členy jeho rodiny (Mandysová, 2016, s. 7-9).

### 1.1 Edukant

Jedná se o označení jedince, který je edukován. Takovým jedincem může být buď zdravý nebo nemocný pacient či zdravotnický personál, kterému jsou prohlubovány jeho znalosti (Mandysová, 2016, s. 7).

Edukant je zcela individuální osobnost s odlišnými fyzickými, afektivními a kognitivními vlastnostmi. To, jak se edukant chová, je z části ovlivněno sociálním prostředím ve kterém žije, etnikou a vírou (Juřeníková, 2010, s. 10).

## 1.2 Edukátor

Edukátorem ve zdravotnictví se rozumí lékař, všeobecná sestra, fyzioterapeut a podobně. Jedná se o osobu zprostředkovávající edukační aktivity (Juřeníková, 2010, s. 10).

Požadavky na edukaci klientů se stále zvyšují. Na edukátora jsou kladeny vysoké nároky a předpoklady. Mezi ty se řadí předpoklady charakterové (trpělivost, svědomitost), intelektové (operativní řešení problému), senzomotorické (zručnost), sociální (umět komunikovat), autoregulační (schopnost přizpůsobit se), odborné znalosti a dovednosti včetně oblasti edukace.

Zdravotník edukátor musí zastat roli poradce a podporovatele. Během edukačního procesu se stává projektantem, diagnostikem a realizátorem celé edukace. Každý edukátor by měl provádět upřímnou sebereflexi (sebehodnocení), díky které se může vyvarovat chybám v budoucnosti (Juřeníková, 2010, s. 69-70).

## 1.3 Edukační metody

Při volbě vhodné edukační metody musí edukátor přihlídnout k osobnosti edukanta, jeho vědomostem, dovednostem a zkušenostem. Současně také ke stanovenému cíli, obsahu a formě. Zvolená metoda musí korespondovat s aktuálním zdravotním a psychickým stavem edukanta.

Edukační metody jsou děleny na metody teoretické, praktické a teoreticko-praktické (Juřeníková, 2010, s. 37-38).

- **Přednáška**

- Touto metodou předává edukátor nové poznatky a myšlenky v ucelené formě. Během přednášky lze využít různé pomůcky (PC, dataprojektor), které vytvářejí lepší představu o probíraném tématu. Největší výhodou přednášky je, že díky ní lze předávat informace velké skupině lidí najednou. Nevýhodou je malá zpětná vazba a nízká aktivita posluchačů. (Juřeníková, 2010, s. 37-47).

- **Vysvětlování**
  - Snaha o objasnění příčiny a souvislostí pomocí popisování a dokazování. Vždy je dobré postupovat logicky, systematicky a srozumitelně (Juřeníková, 2010, s. 37-47).
  
- **Instruktaž a praktické cvičení**
  - Instruktaž je chápána jako teorie před praktickou činností, navazující na teoretické znalosti edukantů. Během první ukázky je nutno činnost předvést pomalu za současného slovního doprovodu. Na podruhé je již činnost předvedena v plné rychlosti. Na instruktaž navazuje praktické cvičení. Cvičení je doprovázeno slovní instruktaží, edukátor během ní upozorňuje na chyby, ke kterým může dojít (Juřeníková, 2010, s. 37-47).
  
- **Rozhovor**
  - Spočívá v kladení otázek od edukátora jednomu či více edukantům. Kladené otázky by měly být spisovné, v logické posloupnosti a obsahovat pouze jeden problém. Rozhovor se řadí mezi velmi náročné metody. Aby byl efektivní, je zásadní mít předem naplánované otázky (Juřeníková, 2010, s. 37-47).
  
- **Diskuze**
  - Pro úspěšný průběh diskuze je důležitý výběr tématu. Téma by mělo být všem účastníkům známo s předstihem. Účastníci mají díky diskuzi možnost argumentace, prezentace svých myšlenek, znalostí a nápadů. Edukátor musí diskuzi po celou dobu sledovat a korigovat. Na závěr je provedeno shrnutí (Juřeníková, 2010, s. 37-47).
  
- **Konzultace**
  - Jedná se o setkání edukanta s odborníkem, se kterým edukant prodiskutovává svůj problém. Ke konzultacím dochází nejčastěji v přímém kontaktu, jsou kombinovány i s dalšími metodami (instruktaž, vysvětlování) (Juřeníková, 2010, s. 37-47).

- **Brainstorming, brainwriting**
  - Při brainstormingu je snaha v určitém časovém limitu získat co nejvíce nápadů a způsobů řešení ve skupině lidí, jejíž ideální velikost je 12 osob. U brainwritingu se skupina skládá ideálně z 6 osob, které své nápady zapisují na papír (Juřeníková, 2010, s. 37-47).
- **Práce s textem**
  - Text, nejčastěji ve formě letáků, brožur, knih a plakátů je hojně využíván pro edukaci například v ambulancích. Vždy by měl být doplněn další edukační metodou (Juřeníková, 2010, s. 37-47).
- **E-learning**
  - Jedná se o výuku probíhající nejčastěji prostřednictvím počítačových kurzů. V ČR jsou kurzy využívány spíše jako metoda celoživotního vzdělávání zdravotníků (Juřeníková, 2010, s. 37-47).

#### 1.4 Edukace pacienta po laparoskopické cholecystektomii

Po laparoskopické cholecystektomii je pacient propuštěn během 3-5 dnů. Aby mohlo dojít k propuštění, musí pacient tolerovat naordinovanou dietu, spontánně se vyprazdňovat, umět pečovat o operační ránu, být bez známek infekce a znát doporučený stupeň aktivity. Rekonvalescence trvá přibližně 2-3 týdny. (Janíková, 2013, s. 194-196)

Při edukaci po operaci žlučníku je důležité zaměřit se především na **oblast výživy**. Dietní režim je nutné dodržovat minimálně po dobu 1 měsíce. První 3 dny po operaci se podává dieta 4S, která spočívá v přísném omezení tuků. Jedná se o převážně sacharidovou dietu, při níž je ze stravy vyloučeno maso, volný tuk, mléčné výrobky a vaječné žloutky. Jídla jsou připravována vařením, smažením či pečením ve vodní lázni. Takto zpracovaná strava je pro pacienta lehce stravitelná a nenadýmavá. Dle aktuálního stavu pacienta se následně přechází na dietu č. 4. Dieta stojí na omezení tuků a je lehce stravitelná. Sestra edukuje o vhodné formě přípravy potravin, kterou je vaření, dušení či pečení. Nepříjemné je smažení nebo grilování. Připravené jídlo by mělo být servírováno teplé, ale ne horké či studené, v malých porcích 5-6krát denně. Z **mléčných výrobků** jsou doporučovány nízkotučné jogurty, kefiry, sýry do 30% tuku, netučný tvaroh či tavené, tvarohové sýry. Pacienti přijímají rybí, telecí, králičí, krůtí, kuřecí, libové hovězí a vepřové **maso**. Zakázáno



je tučné kachní, jehněčí a husí maso, vnitřnosti. Z **uzenin** lze do jídelníčku zařadit libovou šunku, drůbeží párky a dietní nebo drůbeží salám. Jako vhodné se udává starší žitné a pšeničné **pečivo**, piškoty, suchary, ovesné vločky a veka. Pro pacienty po cholecystektomii je ideální nenadýmavá **zelenina**. Tedy mrkev, celer, rajčata, dýně, hlávkový salát, červená řepa apod. Jako za zcela nevhodnou je označována cibule, zelí, hrách, česnek či fazole. **Ovoce** má volit pacient bez slupky a vyzrálé. Doporučovány jsou banány, pomeranče, meruňky, jablka, švestky, broskve, ovocné přesnídávky, džemy a kompoty. Vyhýbat se má malinám, rybízu, višním, kokosu a podobným. Vaječné bílky lze přijímat bez omezení. Omezené je ale množství žloutků a jídel z nich připravovaných. Mezi nejideálnější **přílohy** se řadí rýže, bramborová kaše, těstoviny, brambory nebo dietní knedlík. Všeobecně je při přípravě potravin dobré využívat spíše rostlinné tuky a oleje. Při dochucování volit neдрáždivé a nepálivé koření. Ke slazení pak použít třtinový cukr, med či sladidla. Důležité je, aby sestra také edukovala pacienta o nutnosti dodržování **pitného režimu**. Nejlépe pít čistou vodu, nesyčené minerálky, eventuálně bylinkové čaje v množství 2-2,5l/24 hodin. Špatné jsou alkoholické nápoje a káva. (zdraví.euro.cz, 2021; dietologie.cz, 2010)

Dále probíhá edukace v **oblasti péče o jizvu**. Úkolem sestry je edukovat pacient tak, aby byl schopen o jizvu pečovat i po propuštění z nemocnice. Základem je dodržovat zásady asepse a nevystavovat jizvu přímému slunečnímu záření nejméně po dobu 3 měsíců. Samozřejmostí je taktéž vynechání návštěv solárií a saun. Vlivem tohoto rizikového chování by mohlo dojít k výrazné pigmentaci jizvy, která je nežádoucí. Vhodné a prospěšné jsou tlakové masáže jizvy. Ty se provádí týden po odstranění stehů v intervalu 3x denně 10 minut. Pacient jizvu stlačí a počká, dokud nezbělá. Následně povolí a počká, dokud se stlačené místo znovu neprokrví. Stejným způsobem pokračuje po celé délce jizvy. K promazávání jsou doporučovány jakékoliv mastné krémy, vepřové sádlo nebo vazelína. Sestra pacientům doporučí provádět hygienu formou sprchování vlažnou vodou bez parfermovaného mýdla. Na alespoň 6 týdnů je nutné omezit veškeré sportovní aktivity, aby nedocházelo k natahování kůže v okolí jizvy. (fyzioklinika.cz, 2018)

Edukace v rámci **pohybového režimu** je taktéž nedílnou součástí práce sestry. Kontraindikována je nadměrná fyzická zátěž po dobu 7-10 dní od propuštění. Pokud se pacient po propuštění cítí dobře, může začít s postupným zatěžováním. Ze začátku jsou doporučovány aktivity jako chůze, jízda na kole, plavání či jóga. Naprosto nevhodná jsou silová cvičení a běh. Zvedání těžkých předmětů je první 3 měsíce omezeno na maximálně

3kg, do 6 měsíců pak na 5kg. U obézních pacientů je vhodná redukce hmotnosti. (zdraví.euro.cz, 2012)

Následná péče probíhá cestou obvodního lékaře dle doporučení. Pokud se po propuštění vyskytnou komplikace v podobě zarudnutí, sekrece z operační rány, bolesti břicha nebo teploty musí pacient ihned navštívit chirurgickou ambulanci (Janíková, 2013, s. 194-196).

## 2 ONEMOCNĚNÍ ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST

Onemocnění žlučníku a žlučových cest se řadí k nejčastějším onemocněním zažívacího traktu. V České republice postihuje 20-30% populace, častěji ženy.

Hlavními příčinami vzniku onemocnění jsou genetické předpoklady, poruchy přeměny cholesterolu a žlučových kyselin, stagnace žluči, bakterie a dietní chyby, jako je například konzumace smažených a mastných jídel. Onemocnění se projevuje zejména ikterem, bolestí v pravém podžebří nebo nadbříšku, plynatostí, nauzeou, zvracením. Léčba může být konzervativní, endoskopická nebo radiální chirurgická (Janíková, 2013, s. 167-169).

### 2.1 Patofyziologie

Cholecystolithiasa (žlučové kameny) bývá nejčastější patologií. Žlučové kameny se nachází ve žlučníku nebo ve žlučovodu. Konkrementy ve žlučníku způsobují překážku zabraňující vyprázdnění žlučníku, která vede ke vzniku biliární koliky. Konkrementy ve žlučových cestách zabraňují odtoku žluče do duodena a mohou způsobit vznik obstrukčního ikteru (Hoch a kol., 2011, s. 157-158).

#### 2.1.1 Vznik a složení žlučových kamenů

Žlučové kameny jsou tvořeny především cholesterolem, bilirubinem a vápníkem. Velikost a počty kamenů jsou v každém případě rozdílné. Od téměř neviditelných, kterých může být několik stovek, až po několikacentimetrové, vyplňující celý orgán. Nejčastěji se vyskytují v oválném nebo kulatém tvaru, s povrchem hladkým, zrnitým či ostnatým (Mačák, 2012, s. 235).

V České republice se objevují především kameny smíšené, dále pak cholesterolové a bilirubinové. Litogenní žluč v játrech hraje zásadní roli při vzniku těchto kamenů. Ve vodě nerozpustný cholesterol zde nalezneme ve formě smíšených micel, které jsou nasyceny cholesterolem ze 70-90%. Kapacita micel se určuje podle vzájemného poměru koncentrace žlučových kyselin a fosfolipidů. Při malé odchylce v poměru nebo zvýšené produkci cholesterolu může dojít k vypadnutí cholesterolu z roztoku v krystalech.

U patologického žlučníku zaniká funkce žlučníku jako zásobníku žlučových kyselin, tudíž vypadlé krystalky cholesterolu společně s dalšími složkami žluči precipitují kolem bakterií nebo odloučených částí epitelii (Zeman a kol., 2014, s. 254).

### 2.1.2 Cholecystolithiáza

Přestože je dnes symptomatická cholecystolithiáza považována za civilizační chorobu, u 70-80% populace probíhá po celý život bez příznaků (Mačák, 2012, s. 1215).

Přesný důvod vzniku cholecystolitiázy není zcela znám, jako nejčastější příčina je udávána litogenní žluč. Dalšími faktory jsou obezita, genetika, gravidita, vysokokalorická strava, obstrukce nebo zúžení vývodu žlučnicku a podobně. Symptomatologicky se dá hovořit o neurčitých dyspeptických obtížích, o typicky kolikovitých bolestech břicha, nauze, zvracení, zástavě odchodu plynů a pozitivním Murphyho znamení, čímž se projeví postižení žlučnicku zánětem. Lékař přiloží dlaň své pravé ruky do oblasti epigastria pod mečík a pomocí levé ruky vyvíjí tlak na místo předpokládaného uložení žlučnicku. Poté požádá vyšetřovaného o hluboký nádech a zjišťuje, zda vyvolal manévr bolest. Nejčastějšími komplikacemi jsou zánět a hydrops žlučnicku, pozdní komplikací může být karcinom. Jednoznačně nejspolehlivější diagnostická metoda cholecystolitiázy je ultrasonografie (Vodička a kol., 2014, s. 208-209; Nejedlá, 2015, s. 97).

Biliární kolika se léčí nejčastěji ambulantně podáním spazmolytik a dietním opatřením. Asymptomatická cholecystolitiáza se neoperuje, symptomatická je řešena cholecystektomií (Vodička a kol., 2014, s. 208-209).

### 2.1.3 Cholecystitidy

Cholecystitidy jsou děleny na akutní a chronické.

- **Akutní cholecystitida** – akutní zánět způsobují bakterie E. coli, enterokoky, klostridie, dostávající se do žlučnicku ze střev, hematogenně nebo lymfogeně. Při rozvoji zánětu dochází k uvolnění tekutiny do podjaterní krajiny. Může dojít až k perforaci žlučnicku a následnému vzniku píštěle s okolními orgány, Ohraničená peritonitida vznikne při perforaci do peritoneální dutiny, difúzní peritonitida při perforaci do volné břišní dutiny. Projevuje se bolestí v pravém podžebří, která vystřeluje pod pravou lopatku a do ramene, nauzeou, zvracením a teplotou. (Schneiderová, 2014, s. 132-134)
- **Chronická cholecystitida** - vzniká po prodělaném akutním zánětu či přítomností konkrementů, dráždících stěnu žlučnicku. Klinicky se projevuje bolestí v pravém podžebří a dyspeptickými potížemi. Akutní ohraničený zánět je řešen konzervativně za pomoci antibiotik, spazmolytik, diety a

klidového režimu a po jeho odeznění je indikována cholecystektomie. Chronický zánět lze léčit pouze cholecystektomií (Schneiderová, 2014, s. 132-134).

#### 2.1.4 Cholangitidy

Jedná se o zánět žlučových cest, vznikající nejčastěji po neléčené obstrukci žlučových cest konkrementem. Intenzivní léčba je nutná, jinak může dojít ke vzniku závažnému jaternímu poškození či cirhóze jater (medicína, nemoci, studium na 1. LF UK, 2011).

- **Akutní cholangitida** - akutní zánět žlučových cest, jehož nejčastější příčinou je cholestáza. Jedná se o poruchu tvorby a vylučování žluči. Organismus při ní není schopen dodat do duodena odpovídající množství a složení žluči. Nejčastějším důvodem překážky jsou tumory a stenózy. Infekce se ascendentně rychle šíří do nitrojaterních žlučovodů, z nich do žilního systému a v konečné fázi i do celého organismu, což vede k sepsi. Pro toto onemocnění je typická Charcatova triáda, pro kterou jsou charakteristické bolesti v pravém podžebří, ikterus a horečka (Vodička a kol., 2014, s. 213).

Diagnóza se určí za pomoci UZ, ERCP a laboratorního vyšetření krve, u něhož bude zvýšená hodnota CRP, leukocytů, bilirubinu a transaminázy. Léčba spočívá v zaléčení zánětu antibiotiky, infúzní terapií a parenterální výživou, poté odstranění konkrementu. Odstranit konkrement lze dvěma způsoby, a to pomocí ERCP a následným zavedením stentu nebo chirurgicky cholecystektomií či choledochotomií a založením T-drénu (Schneiderová, 2014, s. 134).

- **Chronická cholangitida** - vzniká při recidivující akutní infekci. Následkem opakovaných zánětů je zhrubnutí stěny žlučových cest a vznik stenóz včetně zánětlivých infiltrátů. U chronické primární sklerotizující cholangitidy není známa příčina vzniku, tvoří se při ní difúzní nebo segmentální stenózy žlučovodů s cystickou dilatací nad zúžením. Onemocnění se projevuje únavou, ikterem, pruritem a váhovým úbytkem. Při diagnostice se klade důraz především na anamnézu – zjišťují se ataky předchozích a akutních zánětů, dále pak UZ a vyšetření krve. Hledají se známky cholestázy, vzestupu

eozinofilů a IgM. Léčba je obdobná jako u akutní formy, překážka se odstraní pomocí ERCP, drenáže nebo chirurgicky. V případě biliární cirhózy transplantací jater (Vodička a kol., 2014, s. 213-214).

### 2.1.5 Nádorová onemocnění

Nádory se dělí na benigní a maligní, přičemž benigními nádory jsou papilomy a adenomy, maligními pak adenokarcinomy. Benigní nádory bývají často bezpříznakové, ale mohou se u nich objevit obdobné příznaky jako u cholecystolitiázy. Diagnostika probíhá pomocí CT nebo SONO vyšetření, Tyto nádory jsou léčeny cholecystektomií. (Schneiderová, 2014, s. 134; Vodička a kol., 2014, s. 215).

- **Karcinom žlučníku** - karcinom žlučníku je čtvrté nejčastější nádorové onemocnění GIT. Jedná se většinou o adenokarcinom s rychlým infiltrativním růstem do okolí, metastazující do jater, plic a okolních lymfatických uzlin. Zpočátku bývá bezpříznakový, poté se začínají objevovat bolesti v pravém podžebří, ikterus nebo dokonce hmatná rezistence.

Karcinom bývá zpravidla diagnostikován v pokročilém stádiu, většinou náhodně při cholecystektomii prováděné z jiné indikace. Dalšími diagnostickými metodami jsou CT a USG, při ikteru pak MRCP nebo ERCP. Léčba spočívá v provedení radikální cholecystektomie, v pokročilých stádiích se přistupuje k paliativní péči. Celková prognóza tohoto onemocnění je nepříznivá. I po operaci se 5-15% nemocných nedožije více než pětiletého období (Vodička a kol., 2014, s. 215).

- **Cholangiokarcinom** - tento maligní karcinom vzniká z buněk žlučovodu a projevuje se bolestmi břicha, únavou, nevolnostmi a kachexií. Jedinou možnou léčbou je chirurgické odstranění tumoru (Lukáš a kol., 2019, s. 108).
- **Ampulární karcinom** - mezi periampulární karcinomy se řadí nádory Vaterovy papily, duodena a okrajové části společného žlučovodu a pankreatu. Z převážné většiny se projevují obstrukčním ikterem. V ostatních případech se projevují bakteriálním zánětem žlučových cest, acholickou stolicí a krvácením z nádoru. Nejčastější diagnostickou metodou je endoskopie. Možná je pouze chirurgická léčba (Lukáš a kol., 2019, s. 108).

- **Ostatní nádory žlučníku a žlučových cest** - u žlučníku se jedná nejčastěji o lipomy, hemangiomy a lymfangiomy. U žlučového pak o adenomy, cysty, cystadenomy a adenofibromy. Všechny tyto typy nádorů se začínají projevovat po uzávěru žlučových cest a jsou histologicky diagnostikovány (Lukáš a kol., 2019, s. 108-109).

## **3 VYŠETŘENÍ ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST**

### **3.1 Anamnéza**

Anamnéza je výpověď nemocného, vedená lékařem či sestrou, při které se zjistí všechny údaje o zdravotním stavu nemocného od narození až po současnost. Jedná se o navození vztahu mezi lékařem a nemocným. Komunikuje-li lékař přímo s nemocným, jedná se o anamnézu přímou. V případě vážného poranění, kdy je nutná komunikace s osobou blízkou, se jedná o anamnézu nepřímou (Nejedlá, 2015, s. 17-20).

V gastroenterologii se lékař zaměří zejména na poruchy trávení, bolesti v oblasti břicha, jejich intenzitu a charakter.

U osobní anamnézy se zjišťují všechna prodělaná onemocnění. Při odběru farmakologické anamnézy nemocný uvede léky, které užívá. Velmi důležitá je anamnéza rodinná – zejména otázka na výskyt onemocnění žlučníku v rodině (Ferko a kol., 2015, s. 45).

### **3.2 Fyzikální vyšetření**

Při vyšetření u onemocnění žlučníku je nejvýznamnější metodou pohmat, kdy lékař zjistí velikost žlučníku, který bývá hmatný, pouze pokud se na něm nachází nějaká patologie. Nejprve se začíná s palpací povrchovou, díky níž lékař získá informace o uložení jater a až poté pokračuje hlubokou palpací. Zda se nejedná o zánět, zjistí lékař pohmatem pomocí Murphyho příznaku. Při přítomnosti patologie má žlučník hruškovitý tvar. Může se jednat o hydrops žlučníku, žlučnickové kameny nebo nádory (Jelínková, 2020, s. 138-140; Nejedlá, 2015, s. 97)

### **3.3 Laboratorní vyšetření**

Krev se odebírá za účelem stanovení sérové hladiny bilirubinu, včetně konjugovaného bilirubinu. Odběry ALT, AST a GGT ukáží, zda se jedná o postižení jater, popřípadě obstrukční či parenchymatózní ikterus. Nesmí se opomenout vyšetření zánětlivých markerů (KO, CRP) (Kala a kol., 2010, s. 105).

Přítomnost bilirubinu v moči a naopak jeho nepřítomnost ve stolici je známkou biliární obstrukce (Zeman a kol., 2014, s. 253).



### 3.4 Zobrazovací metody

Pacienta s podezřením na onemocnění žlučníku a žlučových cest odešle lékař na zobrazovací vyšetření, které však nezaručí nikdy 100% přesnost (Kala a kol., 2010, s. 16).

Zobrazovací metody umožňují získat obraz orgánu v reálném čase, popřípadě pomocí záznamového média. Dělí se na metody rentgenologické, ultrazvukové, nukleární, radioizotopové a termografické (Nejedlá, 2015, s. 134).

První volbou při vyšetření žlučníku je **sonografie**. Jedná se o neinvazivní, rychlou, bezpečnou a dostupnou metodu, při které se zjišťuje přítomnost kamenů ve žlučníku a rozšíření žlučových cest za pomoci ultrazvukových vln. Toto vyšetření nenesení radiční zátěž, a proto ho lze provádět opakovaně. Sonografie odhalí přítomnost konkrementů, dilataci žlučových cest, zánětlivé postižení nitrobřišních orgánů a prokáže volnou nebo ohraničenou tekutinu v dutině břišní. Udávaná přesnost se pohybuje od 53 do 83%. Adekvátní typy sond jsou vybírány podle toho, zda se vyšetřují tkáně v hloubce nebo pod povrchem těla. Před sonografickým vyšetřením žlučníku je doporučováno, aby byl pacient lačný, jiná příprava není nutná (Nejedlá, 2015, s. 143; Lukáš a kol., 2019, s. 408).

Další možností je provedení **nativního snímku břicha**. RTG záření dokáže díky elektromagnetickému vlnění pronikat orgány lidského těla. Diagnostická přesnost nativního snímku břicha je 47-56%. Objevují se vysoké počty falešně pozitivních nebo negativních nálezů. U žlučníku je prováděn prostý snímek břicha ve stoje. Mohou při něm být objeveny konkrementy, jež mohou dát pozitivní kontrast v důsledku vápenatých solí. Toto vyšetření nevyžaduje žádnou speciální přípravu, je jednoduché a všeobecně dostupné. Kontraindikací u žen je ovulace a těhotenství. Snímování v tomto období se provádí pouze v naléhavých případech (Lukáš a kol., 2019, s. 408, Zeman a kol., 2014, s. 194; Nejedlá, 2015, s. 136).

**Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP)** je metoda využívající kombinaci rentgenu a endoskopie. Umožňuje zobrazit žlučové cesty a pankreatické vývody za pomoci kontrastní látky. Jednotlivé části se následně snímají pomocí RTG. Indikována je při známkách obstrukce žlučových cest a dysfunkci Oddiho svěrače, který uzavírá společné vyústění žlučového a pankreatického vývodu. Před vyšetřením musí být pacient lačný, nesmí pít ani kouřit. Bude seznámen s průběhem vyšetření, jeho riziky, podepíše informovaný souhlas. Aplikují se mu sedativa a znecitliví hrdlo. Po vyšetření sestra sleduje fyziologické funkce, celkový stav pacienta a podává

infuzní terapii dle ordinace lékaře. Nemocnému je doporučeno dodržet 24 hodinový klidový režim (Jelínková, 2020, s. 234-235; Schneiderová, 2014, s. 137).

Často je lékaři využívána i **magnetická rezonanční cholangiografie**. Tato moderní radiologická metoda zobrazuje vyšetřované tkáně v řezech. Vyšetření je stejně přesné jako metoda ERCP, avšak neinvazivní a není při něm možné provádět léčebné intervence. Při MRCP není organismus vystaven ionizujícímu záření a umožňuje detailní rozlišení. Má však i své nevýhody, ať už je to dlouhá vyšetřovací doba (standardně 10-30 minut) nebo vysoké provozní náklady. Kontraindikací k vyšetření je kov v těle, ať už se jedná o kardiostimulátory, stomatologické implantáty, endoprotézy a další. Před vyšetřením je důležité zaměřit se na psychickou přípravu pacienta – upozornit na hluk, délku vyšetření a pečlivě odebrat anamnézu (Kala a kol., 2010, s. 106; Nejedlá, 2015, s. 145-146).

Méně často prováděné neinvazivní vyšetření, umožňující zavedení drenáže, popřípadě stentů do žlučových cest, se nazývá **perkutánní transhepatická cholangiografie** dále jen PTC. PTC je indikována při poruchách odtoku žluči žlučovodem, tumorech, stenózách žlučových cest a v případech, kdy není možné překážku odstranit pomocí ERCP. Intrahepatální žlučovod je napíchnut pod UZ nebo CT kontrolou. Při zjištění překážky se provádí perkutánní transhepatická biliární drenáž, jejímž úkolem je odvádět žluč. Příprava na vyšetření spočívá v odebrání krve na INR k vyloučení poruch srážlivosti krve, zavedení permanentního žilního katetru, poučení pacienta o důležitosti lačnění a nekouření 6-8 hodin před zákrokem a podání antibiotik z důvodu prevence vzniku infekce žlučových cest (Zeman a kol., 2014, s. 195; Schneiderová, 2014, s. 137; medicína, nemoci, studium na 1. LF UK, 2011).

Tam, kde ultrazvukové vyšetření selhává, je využívána **počítačová tomografie**. Jedná se o radiologickou vyšetřovací metodu, která díky RTG záření a digitálnímu zpracování zobrazuje orgány v řezech. V současné době je CT běžně dostupné vyšetření, které má význam zejména u nemocných s atypickými příznaky nebo k upřesnění diagnózy u abscesu či nádoru. CT je možné provádět s kontrastní látkou, ale i nativně – bez kontrastní látky. Při použití kontrastní látky určuje její množství lékař v závislosti na hmotnosti pacienta. Pacient, kterému bude podána kontrastní látka, musí být od půlnoci nalačno, ráno nekouřit. Tekutiny jsou v malém množství povoleny z důvodu vazkosti krve a prevence dehydratace (Nejedlá, 2015, s. 142-143; Lukáš a kol., 2019, s. 409).

Kombinace ultrazvukové a endoskopické metody, při které je ultrazvuková sonda zaváděna do dutých orgánů, nese název **endoskopická ultrasonografie**. Toto vnitřní zobrazení je přesnější než klasické ultrazvukové vyšetření. Hojně se využívá k diagnostice nádorů. Lze při ní i odebrat vzorek tkáně k histologickému vyšetření. Příprava před endosonografií je téměř minimální, pacient nesmí 8 hodin před zákrokem jíst ani pít, podávají se tlumící látky, kvůli kterým nesmí po vyšetření řídit motorová vozidla (medicína, nemoci, studium na 1. LF UK, 2011).

## 4 CHOLECYSTEKTOMIE

Historicky poprvé provedl klasickou cholecystektomií Carl Johann Langenbuch v Berlíně v roce 1882. V Čechách byla poprvé provedena na České chirurgické klinice roku 1891 v Praze Karlem Maydlem. (Zeman a kol., 2014, s. 205)

Cholecystektomie je operační odstranění žlučníku. Jedná se o jeden z nejčastěji prováděných výkonů v chirurgii a lze ho provést buď laparotomicky nebo laparoskopicky. Konverze (změna operačního postupu z laparoskopie na laparotomii) se provádí při anomáliích, komplikacích či technických problémech během operace u 2-7% případů. Standardně se provádí ze šikmého nebo transrektálního řezu v pravém podžebří. Méně často se volí přístup z horní střední laparotomie (Zeman a kol., 2014, s. 205; Janíková, 2013, s. 187).

### 4.1 Rozdělení a indikace cholecystektomie

Cholecystektomie se dělí na urgentní, akutní, odloženou a plánovanou.

Urgentní cholecystektomie je život zachraňující operace, prováděna při perforaci s následnou peritonitidou nebo po urgentním poškození při ERCP.

Do 72 hodin od začátku prvních potíží při akutní cholecystitidě, hydropsu žlučníku a obstrukčním ikteru je prováděna akutní cholecystektomie (Janíková, 2013, s. 187).

Odložená cholecystektomie se provádí po odeznění akutního zánětu žlučníku mezi devátým a dvanáctým dnem po začátku onemocnění, během jedné hospitalizace. Její výhodou je prevence opakovaných ataků nemoci.

K plánované cholecystektomii přichází pacient ve stádiu klidu s kompletním předoperačním vyšetřením. Před samotným výkonem se u pacienta provede standardní předoperační příprava. Po domluvě s nemocným lékařem rozhodne, zda se provede laparotomická nebo laparoskopická cholecystektomie (Zeman a kol., 2014, s. 206).

### 4.2 Laparoskopická cholecystektomie

Laparoskopie je šetrná endoskopická metoda, jejíž výhodou je především kratší doba rekonvalescence, snížené krvácení, menší bolestivost a lepší kosmetický výsledek. V současné době se jedná o metodu běžně využívanou především v chirurgii, urologii a gynekologii. Tímto způsobem lze provádět operaci téměř všech orgánů v dutině břišní. (zdravi.euro.cz, 2020)

První zmínka o provedení laparoskopické cholecystektomie pochází z roku 1987. Byla provedena ve francouzském Lyonu Philipem Mouretem. V současnosti je řazena mezi nejrozšířenější chirurgické výkony (MC Kee, Eraut, 2013, s. 218).

Při laparoskopické operaci se při komplikacích může stát, že bude nutná konverze na laparotomii. Přesto lékaři často upřednostňují opětovné provedení laparoskopie. Děje se tomu například při vzniku žlučové píštěle (Schein et al., 2011, s. 365).

Kontraindikací k provedení je vysoká gravidita, rozsáhlá adheze po předchozích operacích břišní dutiny či prodělaných zánětech, hemodynamická nestabilita nebo respirační insuficience (Schneiderová, 2014, s. 96 a 136).

Na operačním sále je pacient uložen vleže na zádech a je provedena dezinfekce operačního pole. Operatér stojící z levé strany pacienta následně skalpelem rozřízne podélným řezem kůži nad pupkem. Podkoží se rozhrne pinzetou a nůžkami a fascie se dvěma kochry vytáhne směrem nahoru. Následně je do dutiny břišní mezi kochry vpíchnuta Veressova jehla, na kterou je napojena insuflační hadice, díky které je založeno pneumoperitoneum na tlak 10-15 mmHg. Po naplnění dutiny břišní oxidem uhličitým se insuflační jehla vyjme a místo ní je do dutiny zaveden trokar s bodlem. Bodlo se následně vyjme, odstraní se kochry, napojí insuflační hadice a zavede se optika napojená na trokar se světelným kabelem (Duffková, Frei, 2015, s. 38-40).

Operatér se musí zorientovat v dutině břišní, lokalizuje žlučník a provede další incizi, do které zavede pracovní trokar pod mečík. Další dva trokary umístí napravo od pupku. Z důvodu prevence poranění viditelných cév jsou trokary zaváděny po prosvícení stěny břišní optikou. Fundus žlučníku chirurg zachytí kleštěmi a tlačí ho pod bránici. V tu chvíli se žlučník napne a je vidět Callotův trojúhelník (topografický útvar v dutině břišní). Infundibulum žlučníku je nataženo nahoru za pomoci druhých kleští (Duffková, Frei, 2015, s. 38-40).

Ductus cysticus se vypreparuje a dvěma klipy je zaklipován jeho průběh k ductus choledochus a žlučníku, mezi kterými je přestřižen. Poté se vypreparuje arteria cystica, uzavře se klipsy a provede se odstranění žlučníku. Následuje výplach fyziologickým roztokem a odsátí koagul z pod jater a z prostoru vpravo nad játry. Po kontrole krvácení se zavede drén, který se přišije ke kůži. V tuto chvíli se sešije i incize po trokaru. Kamera je přemístěna do pracovního trokaru. Do extrakčních kleští se zachytí žlučník, vyjme se,

zastříhne se a ukáže se operatérovi. Následuje opláchnutí a naložení do 10% formaldehydu (Duffková, Frei, 2015, s. 38-40).

Nakonec se odstraní asistentův trokar, kamera a pracovní trokar. Incize v oblasti pupku je sešita silonovými stehy. Podkoží se vypláchne fyziologickým roztokem a sešije vstřebatelnými stehy. Kožní incize jsou sešity nevstřebatelným stehem (Duffková, Frei, 2015, s. 38-40).

## 5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO LAPAROSKOPICKÉ CHOLECYSTEKTOMII

Tato kapitola se bude zabývat zejména ošetrovatelskou péčí o pacienta v předoperačním, perioperačním a pooperačním období z pohledu sestry.

### 5.1 Předoperační péče

Předoperační péče se odvíjí od typu operačního výkonu – ty se dále rozdělují na plánované, urgentní a z vitální indikace.

Samostatná předoperační příprava je rozdělena na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Díky kvalitní přípravě pacienta lze zabránit vzniku nežádoucích pooperačních komplikací (Slezáková, 2019, s. 34).

- **Dlouhodobá předoperační příprava**

- V rámci dlouhodobé přípravy je pacient odeslán na interní předoperační vyšetření, které zahrnuje fyzikální vyšetření, změření fyziologických funkcí, sběr anamnézy, natočení EKG – dle klinického stavu pacienta a věku, RTG srdce a plic, kompenzace chronického onemocnění (DM, ICHS), profylaxe tromboembolického onemocnění a v neposlední řadě biochemický a hematologický screening. U biochemického screeningu se odebere moč na M+S, K+C a krev na JT, CRP, urea, kreatinin, minerály, celkovou bílkovinu. Při hematologickém screeningu odebere sestra krev na krevní obraz, krevní skupinu + Rh faktor a koagulaci. Lékař následně výsledky zhodnotí a vyjádří se, zda je operační výkon možný. Platnost vyšetření je 14 dní (Jedličková, 2012, s. 231-232).

- **Krátkodobá předoperační příprava**

- Jedná se o péči prováděnou 24 hodin před operačním výkonem. Zahrnuje přípravu fyzickou, psychickou a anesteziologickou.

**Fyzická příprava** začíná den před operací tím, že jsou pacientovi anesteziologem naordinována sedativa a hypnotika, podávána vždy na noc. Samozřejmostí je lačnění a to minimálně 6-8 hodin před

operací. Dále do fyzické přípravy patří péče o vyprazdňování – spontánní vyprázdnění močového měchýře těsně před výkonem, u náročných operací je indikována katetrizace močového měchýře. Vyprázdnění tlustého střeva naordinguje lékař dle typu operačního výkonu. Provádí se formou očištného klyzma či podáním vyprazdňovacího roztoku. Důležitou součástí je hygienická péče – především dezinfekce pupku. Ženy jsou od sester edukovány, aby byly odlíčené, s nenalakovanými nehty. Dle zvyklostí oddělení je provedena příprava operačního pole, která zahrnuje oholení a dezinfekci.

Velice důležitá je prevence TEN. Provádí se nízká nebo vysoká bandáž dolních končetin. V dnešní době jsou často využívány antiembolické punčochy. (Libová, 2019, s. 42-43)

V neposlední řadě se pacientovi odstraní šperky a protetické pomůcky. Před každou operací musí pacient podepsat informovaný souhlas, ve kterém potvrzuje, že byl seznámen s operačním výkonem a jeho možnými riziky (Slezáková, 2019, s. 35-36).

Na **psychické přípravě** se podílí lékař i sestra. Cílem je minimalizace stresu a strachu z nadcházející operace. Pacientovi je vysvětleno jakým způsobem bude zákrok probíhat, jsou mu zodpovězeny všechny jeho otázky. Důležitý je vlídný a milý přístup (Jedličková, 2012, s. 235).

**Anesteziologické konzilium** probíhá nejčastěji u lůžka pacienta. Anesteziolog zhodnotí pacientův zdravotní stav, seznámí ho s typem a rizikem anestézie, doplní anesteziologické ordinace před výkonem a zvolí vhodnou premedikaci. Pacienta poté vyzve k podepsání anesteziologického souhlasu (Jedličková, 2012, s. 233-234).

- **Bezprostřední předoperační příprava**

- Je vymezena na 2 hodiny před operací. Sestra provádí kontrolu dokumentace, operačního pole, lačnění, vyprázdnění, bandáží. Proveďte kontrolu chrupu a plní speciální ordinace lékaře. Mezi ty



patří zavedení permanentního močového katetru, žilního vstupu a podobně. Nakonec pacientovi podá premedikaci dle anesteziologa (Slezáková, 2019, s. 36).

Pokud je k operaci připravován diabetik, je péče rozšířena o návštěvu diabetologické poradny, kde je pacientovi proveden velký glykemický profil. Na základě vyhodnocení jeho výsledků diabetolog rozhodne o dávkách PAD či množství a způsobu aplikace inzulínu. Diabetik musí být přijat k hospitalizaci minimálně 1 den před operací a v operačním programu být zařazen na první místo. Sestra zajistí žilní vstup a provádí kontroly glykemického profilu. Jelikož musí být i diabetik před operací nalačno je lékařem naordinována infuzní terapie glukózou, do které je přidán inzulín dle aktuální hladiny glykémie. Pacienti užívající PAD jsou převedeni na inzulín. Všichni diabetici jsou více ohroženi rizikem vzniku komplikací (Slezáková, 2019, s. 36).

Při urgentní operaci se předoperační příprava skládá z vyšetření krve a moče na biochemický a hematologický screening STATIM. Odeberou se šperky, umělá zubní náhrada, odstraní se hrubé nečistoty a připraví operační pole. Sestra zavede periferní žilní katetr, provede bandáže dolních končetin a aplikuje premedikaci. V případě, že pacient není nalačno je nutná konzultace s anesteziologem, který eventuálně naordinuje zavedení žaludeční sondy a odsátí žaludečního obsahu. Klyzma i sprcha jsou u urgentních operací kontraindikovány. Z důvodu nedostatku času při přípravě se zvyšuje riziko vzniku komplikací (Slezáková, 2019, s. 37).

## **5.2 Perioperační péče**

Perioperační péče začíná přeložením pacienta na operační sál. Z pohledu perioperační sestry zahrnuje dezinfekci, kontrolu funkčnosti přístrojů, přípravu instrumentačních nástrojů a dalších pomůcek, které budou k operaci potřeba.

Poté následuje přivítání pacienta, ověření dokumentů, uložení do vhodné polohy, aplikace anestezie, příprava operatérů a zarouškování operačního pole. V průběhu operace plní sestra požadavky operátora, asistuje a pozorně sleduje počet podaných nástrojů a obvazového materiálu. V případě odběru biologického materiálu je vzorek uložen do předem připravené nádoby. Obíhající sestra vzorek označí identifikačními údaji, provede záznam do deníku a postará se o jeho transport.

Poslední fází je krytí operační rány a její následná fixace. Dle potřeby jsou napojeny drény. Perioperační období končí probuzením pacienta a předáním zpět na oddělení (Jedličková, 2012, s. 155-157).

### 5.3 Pooperační péče

Pooperační období nastává po skončení operace. Může být v rozmezí od 2 hodin od ukončení výkonu až po několik dnů. Toto období je součástí léčebné a ošetrovatelské péče. Je důležité pozorně sledovat a zaznamenávat stav vědomí, fyziologických funkcí a možné pooperační komplikace. Péče je poskytována na dospávacím pokoji, standardním oddělení nebo v případě obtížnějšího výkonu na JIP či ARO (Slezáková, 2019, s. 37; Jedličková, 2012, s. 239).

- **Monitorace fyziologických funkcí a zajištění vhodné pooperační polohy**

- Jsou sledovány hodnoty krevního tlaku, pulsu, dechu, tělesné teploty a stavu vědomí. První hodinu se funkce měří po patnácti minutách, poté dvakrát po půl hodině a následně každou hodinu do 24 hodin. Naměřené údaje sestra pečlivě zaznamenává do dokumentace (Slezáková, 2019, s. 37-38).

Po laparoskopické cholecystektomii bývá pacient uložen do Fowlerovy polohy (Zeleníková, 2013, s. 190).

- **Léčba bolesti**

- K pooperačním bolestem dochází po odeznění anestezie. Jedná se o stav, při kterém jsou drážděna nervová zakončení chemickými podněty, uvolňující se z porušených tkání. Po laparoskopické cholecystektomii udává pacient bolesti v epigastriu či hypogastriu. Objevují se i bolesti pravého ramene způsobené zbytky nevstřebaného CO<sub>2</sub>, který je během laparoskopie použit. Tyto bolesti odezní během jednoho až tří dnů. Úkolem sestry v pooperačním období je v pravidelných intervalech sledovat a hodnotit bolest. Dle její intenzity následně aplikuje lékařem předepsaná analgetika. První den, kdy je bolest zpravidla nejsilnější, jsou analgetika aplikována intramuskulárně nebo intravenózně. Důležitou součástí léčby bolesti

je psychická podpora a polohování pacienta (Zeleníková, 2013, s. 190-191).

- **Péče o operační ránu včetně drénu**

- Po operaci je rána překryta sterilním krytím 24-48 hodin. Pokud po uplynutí této doby lékař zhodnotí hojení rány per primam, je krytí odstraněno. Sestra pravidelně sleduje vzhled a okolí rány, možné známky krvácení, sekrece či infekce v ráně. Pacient je edukován, aby ránu při činnostech, kdy dochází ke zvýšenému nitrobršíšnému tlaku, fixoval přiložením ruky nebo polštáře na jizvu.

Zavedení drénu není u cholecystektomie nezbytné. Pokud byl pacientovi drén zaveden, musí sestra sledovat jeho funkčnost, vzhled, barvu a množství odváděného sekretu. Důležité je sledovat zda nedochází k případným známkám infekce v okolí drénu. Všechny tyto úkony jsou následně zaznamenávány do dokumentace (Zeleníková, 2013, s. 191).

- **Nauzea a zvracení**

- Do 24 hodin po operaci jsou nauzea a zvracení považovány za vedlejší účinek anestezie. Častěji se tato komplikace vyskytuje u žen, diabetiků a lidí trpících nadváhou. Při zvracení je vysoké riziko vdechnutí zvratků do dýchacích cest. Pokud pacient zvrací nebo pociťuje nauzeu, uloží ho sestra do polohy na boku a po domluvě s lékařem podá žilní cestou antiemetika (Slezáková, 2019, s. 38-39; Jedličková, 2012, s. 242)

- **Péče o vyprazdňování**

- Úkolem sestry je sledovat, zda se pacient do 6-8 hodin po operaci spontánně vymočí. Pokud se tak nestane, musí být jednorázově vycévkován. První pooperační dny dochází ke zvýšenému odchodu plynů z důvodu nafouklého břicha po laparoskopii. K plné funkci střev dochází během 2-3 dnů (Zeleníková, 2013, s. 193).

- **Vodní a elektrolytová rovnováha**
  - Jelikož se u cholecystektomie jedná o operační výkon na trávicím traktu, dostává pacient tekutiny především infuzní cestou. Po 2-4 hodinách je povolen příjem tekutin per os po malých douškách. Vše je pečlivě zaznamenáváno do bilančního listu. Ve chvíli, kdy se začne pacient normálně stravovat je evidence příjmu a výdeje zpravidla ukončena (Zeleníková, 2013, s. 193).
  
- **Péče o výživu**
  - Naordinování diety je vždy úkolem ošetřujícího lékaře. Lékař musí brát v patrnost stav nemocného, přidružená onemocnění a činnost střevní peristaltiky. Standardně je doporučováno postupovat následovně: NPO – OS po lžičkách – OS – 0 – 1 – 4S – 4. Pokud nemocný není schopen přijímat potravu per os, je výživa aplikována buď enterálně nasogastrickou nebo nasojejunální sondou či parenterálně (Zeleníková, 2013, s. 193; Jedličková, 2012, s. 243).
  
- **Péče o hygienu**
  - Hygienická péče zahrnuje péči o dutinu ústní, kůži, invazivní vstupy, převazy operační rány a prevenci dekubitů. Z důvodu sníženého příjmu tekutin často dochází k osychání sliznice ústní dutiny a jazyka, což má za následek zápach z úst. Tomu lze zamezit pravidelným vyplachováním dutiny (Slezáková, 2019, s. 38-39).

## 5.4 Prevence pooperačních komplikací

Mezi pooperační komplikace u cholecystektomie se řadí krvácení, pankreatitida, poranění žlučových cest, žaludku nebo střev. K poranění žlučových cest dochází u 0,3-0,8% případů, čímž se řadí mezi úplně nejčastější komplikaci. Nejzávažnější možnou komplikací této operací je poranění ductus hepaticus, choledochus či cysticus. Možné známky krvácení lze odhalit sledováním fyziologických funkcí, operační rány a citlivostí břicha. Pokud se u pacienta vyskytne zvýšená tělesná teplota, nechutenství, zvracení a bolest, může se jednat o rozjízďející se infekci. Jako prevence tromboembolie je doporučována časná mobilizace a dostatečná hydratace. Vertikalizace je prováděna ze sedu přes bok – pokud není možná,

provádí se alespoň dechová a kondiční cvičení na lůžku. Vzniku plicních komplikací lze zamezit dechovou rehabilitací (Zeleníková, 2013, s. 193).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 FORMULACE PROBLÉMU

V současné době jsou operace žlučníku a žlučových cest na chirurgickém oddělení každodenní součástí. Četností převládají technicky méně náročné operace žlučníku, ty ale mají i svá rizika pro velké množství anatomických anomálií a variet žlučových cest i cévního zásobení jater. V ošetrovatelské péči o klienta po cholecystektomii je zajímavou problematikou edukace v oblasti výživy, vyprazdňování, tišení bolesti a péči o operační ránu.

## **7 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **7.1 Hlavní výzkumná otázka**

Jak je realizována edukace pacientů od sester po laparoskopické cholecystektomii?

### **7.2 Dílčí výzkumné otázky**

Jaké jsou oblasti edukace od sestry u laparoskopické cholecystektomie?

Jaké tištěné edukační materiály zabývající se laparoskopickou cholecystektomií jsou pacientům na oddělení k dispozici?

### **7.3 Hlavní cíl**

Popsat realizaci edukace sestrou u laparoskopické cholecystektomie.

### **7.4 Dílčí cíle**

C1: Zjistit oblasti edukace u laparoskopické cholecystektomie.

C2: Zjistit, jaké tištěné edukační materiály týkající se laparoskopické cholecystektomie jsou pacientům na oddělení k dispozici.

## 8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro svůj výzkum jsem si záměrně vybrala 4 participanty. Tito participanti byli o průběhu výzkumného šetření předem informováni a podepsali informovaný souhlas s rozhovorem. Všechny osobní informace o účastnících výzkumu jsou anonymní.

Vzorek participantů tvořily 2 všeobecné sestry a 2 pacienti (1 žena a 1 muž). Kritériem pro zařazení sester do výzkumu bylo, aby se jednalo o všeobecnou sestru pracující na plný úvazek na chirurgickém oddělení. Kritériem pro pacienty bylo, aby podstoupili v měsíci listopad 2021 laparoskopickou cholecystektomii na chirurgickém oddělení Stodské nemocnice.

První rozhovor byl veden se všeobecnou sestrou ve věku 36 let, s titulem DiS + specializací ARIP, pracující na chirurgickém oddělení od roku 2007. Touto sestrou byla edukována paní A.S. narozena v roce 1982. Pacientka vystudovala SOU v oboru kuchař, číšník a momentálně pracuje jako dělnice v MD Elektronik. K plánované laparoskopické cholecystektomii indikované z důvodu cholelithiázy byla přijata 9.11.2021. Trvale se léčí pro arteriální hypertenzi a hypothyreózu. Užívá Euthyrox 50mg tbl ½-0-0, Tezeo HCT tbl 80/12,5 mg 1-0-0 a Lerpin tbl 0-0-1. V pořadí druhý rozhovor byl proveden se 62 letou všeobecnou sestrou, která má též specializaci ARIP. Na chirurgickém oddělení pracuje od roku 1980. Ta edukovala pacienta R.H. narozeného v roce 1972, jehož nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské ukončené maturitou. Pracuje jako manažer v ZÚD Zbůch. Trvale se s ničím neléčí, léky neužívá, přichází elektivně k laparoskopické cholecystektomii 18.11.2021 z důvodu rostoucího polypu žlučníku.



## 9 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je analytický postup, spočívající v analýze zkoumaných jevů, charakteristice jejich struktury a interpretace. Jedná se o metodu pro badatele velmi náročnou na čas, dovednosti i vědomosti. Z velkého množství informací musí vyzdvihnout ty nejdůležitější informace, což se neobejde bez teoretických znalostí zkoumaného oboru. (Kutnohorská, 2009, s. 22-23)

Za metodu sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Jedná se o částečně řízený rozhovor, před kterým si jedinec dopředu připraví otázky a jejich pořadí. Během rozhovoru se pak tyto otázky mohou měnit či tvořit další. (Mišovič, 2019, s. 18)

Celý výzkum probíhal ve Stodské nemocnici, a.s.. Před zahájením výzkumného šetření jsem žádala o souhlas s výzkumným šetřením od hlavní sestry Stodské nemocnice, a.s. Mgr. Pavlíny Tůmové. Sběr dat probíhal v období měsíce listopad 2021. Všichni čtyři participanti splňovali předem stanovená kritéria a byli seznámeni s tím, že získané informace budou sloužit výhradně k účelům bakalářské práce. Následně došlo k podpisu informovaného souhlasu. Rozhovory se uskutečnily v soukromí, v prostorech chirurgického oddělení, každý byl naplánován přibližně na 1 hodinu. Čas se přizpůsobil tomu, jak se dialog dále vyvíjel.

## 10 ANALÝZA A VYHODNOCENÍ ROZHOVORU

Každý rozhovor byl nahráván na diktafon a následně přepsán do textové podoby. Přepisy tvořily 11 stran formátu A4, jsou součástí neveřejných příloh bakalářské práce a jsou u mě, jakožto autorky textu, k dispozici.

K vyhodnocení dat jsem využila způsobu otevřeného kódování, metody tužka-papír. Vytvořila jsem dvě kategorie v souladu s dílčími výzkumnými otázkami a k nim příslušné subkategorie. Text přepsaných rozhovorů jsem barevně rozlišila a přesunula k jednotlivým subkategoriím. V těch jsem následně hledala stejné či odlišné znaky. Ke každé subkategorii jsem posléze vytvořila tabulku, ve které jsou jednotlivé vazby uvedeny.

*Tabulka 1 - Schéma 1. kategorie*

### **1. KATEGORIE: EDUKACE V RÁMCI HOSPITALIZACE**

#### **SUBKATEGORIE: Edukace v předoperačním období**

- OBLASTI: - Informace při příjmu
  - Priority v edukaci
  - Předoperační příprava
  - Post-laparoskopická bolest ramene

#### **SUBKATEGORIE: Edukace v bezprostředním pooperačním období**

- OBLASTI: - PMK
  - Drén
  - Tlumení bolesti

#### **SUBKATEGORIE: Edukace v dlouhodobém pooperačním období**

- OBLASTI: - Péče o operační ránu
  - Dieta + spolupráce s nutričním terapeutem
  - Mobilizace

*Zdroj: vlastní*

*Tabulka 2 - Schéma 2. kategorie*

## **2. KATEGORIE: EDUKACE PŘI PROPUŠTĚNÍ**

SUBKATEGORIE: Péče o jizvu

- OBLASTI: - Tlakové masáže
- Vhodné přípravky
- Rizikové faktory

SUBKATEGORIE: Dietní režim

- OBLASTI: - Vhodné potraviny
- Nevhodné potraviny

SUBKATEGORIE: Rekonvalescence

- OBLASTI: - Dimise
- Tišení bolesti
- Fyzická aktivita

*Zdroj: vlastní*

*Tabulka 3 - Schéma 3. kategorie*

## **3. KATEGORIE: ZHODNOCENÍ EDUKACE A DOSTUPNÉ TIŠTĚNÉ EDUKAČNÍ MATERIÁLY**

SUBKATEGORIE: Spokojenost s poskytnutými informacemi

- OBLASTI: - Zpětná vazba
- Školení

SUBKATEGORIE: Edukační materiál

- OBLASTI: - Dostupnost
- Forma edukačního materiálu

*Zdroj: vlastní*

## **10.1 Kategorie: Edukace v rámci hospitalizace**

Na základě prvního dílčího cíle byla stanovena kategorie „Edukace v rámci hospitalizace“. Po analýze dat došlo k vytvoření 3 subkategorií – Edukace v předoperačním období, Edukace v bezprostředním pooperačním období, Edukace v dlouhodobém pooperačním období.

### 10.1.1 Subkategorie: Edukace v předoperačním období

Tabulka 4 - Zhodnocení subkategorie edukace v předoperačním období

OBLASTI	P1	S1	P2	S2
Informace při příjmu	Pouze všeobecné informace při příjmu, hodnotí jako nedostačující	Seznámení s chodem odd., právy pacientů, prostudování info. souhlasu od lékaře	Mobilizace, strava, péče o operační ránu	Seznámení s chodem odd., právy pacientů, prostudování info. souhlasu od lékaře
Priority v edukaci	Strava, rekonvalescence	Mobilizace, strava	Rekonvalescence	Mobilizace, hygiena, asepse
Předoperační příprava	Hygiena před operací, prevence TEN, lačnění	Prevence TEN, lačnění, hygiena, PŽK, premedikace	Lačnění, prevence TEN, hygiena, zvládnání sebedpěče po operaci	Prevence TEN, lačnění, premedikace, nácvik sebedpěče po operaci, hygiena, psychická podpora
Post.-lap. bolest ramene	needukována	Needukuje, pouze po přímém dotazu	Needukován	Needukuje, pouze po přímém dotazu

Zdroj: vlastní

Edukace v předoperačním období je pro pacienty naprosto zásadní. Při příjmu je pacient seznámen s chodem oddělení, právy pacientů a vyzván k prostudování a následnému

podpisu informovaného souhlasu. Pro pacienty je tato forma edukace nedostačující. P1 i P2 se shodli, že nejvíce prahnou po edukaci ohledně rekonvalescence. P1 by si přála podrobnou edukaci v oblasti stravy. P2 byl stejně jako P1 informován o povinnosti lačnění od půlnoci, prevenci TEN, hygienické péči před operačním výkonem a navíc také o zvládnání sebepéče po operaci. S1 dodává, že edukuje pacienty i v oblasti péče o periferní žilní katetr a užití premedikace. S2 na rozdíl od S1 klade v předoperačním období důraz na psychickou pohodu pacientů a nácvik zvládnání sebepéče po operaci. O časté pooperační komplikaci – post-laparoskopické bolesti ramene, sestry needukují, pouze vysvětlí důvod bolesti po přímém dotazu. Respondenti ze strany pacientů jejich slova razantně odmítají a uvádí, že instruováni nebyli ani po vyřčení stížnosti na bolest ramene.

Tabulka 5 - Výroky respondentů k subkategorii edukace v předoperačním období

<b>Subkategorie: Edukace v předoperačním období</b>
<p><b>P1:</b> „...dostala jsem jenom všeobecné informace při příjmu, nic extra.. nejvíce bych chtěla informace ohledně diety a rekonvalescence.. sestra mi řekla, ať od půlnoci nejím, nepiju, nekouřím, ráno jdu do sprchy a že dostanu injekci do břicha a punčochy.. rameno mě po operaci bolelo fakt hodně a nedokázala jsem si vysvětlit, čím to je..“</p>
<p><b>S2:</b> „...pacienty seznámím s chodem oddělení, jejich právy a nechám je prostudovat informovaný souhlas.. prioritou je rozhodně dodržování asepse, mobilizace a dietní režim.. před operací edukuji ohledně prevence TEN, lačnění, premedikace, zavedení PŽK a hygienické péči.. pouze pokud se mě na důvod bolesti zeptají...“</p>
<p><b>P2:</b> „...při příjmu mi sestra říkala, jak to na oddělení chodí.. od půlnoci nejíst, nepít, ráno sprcha, spolknout prášky na utlumení pře operaci, dostanu léky na ředění krve a bandáže a ukázka jako budu po operaci vstávat z postele.. víc mě bolelo břicho a na rameno jsem se tolik nesoustředil..“</p>
<p><b>S2:</b> „...nejprve proběhne seznámení s chodem oddělení.. prioritní z pohledu sestry je rozhodně mobilizace a asepse.. v předoperačním období podávám informace ohledně prevence TEN, od půlnoci NPO, premedikace, hygiena, nácvik sebepéče a dbám na psychickou pohodu pacientů.. o spojitosti laparoskopie s bolestí ramene předem needukuji..“</p>

Zdroj: vlastní

### 10.1.2 Subkategorie: Edukace v bezprostředním pooperačním období

Tabulka 6 - Zhodnocení subkategorie edukace v bezprostředním pooperačním období

OBLASTI	P1	S1	P2	S2
PMK	Nebyl zaveden	Ve většině případů nezaveden	Nebyl zaveden	Ve většině případů nezaveden
Drén	Zaveden, needukován, odstranění 1. pooperační den	Ve většině případů zaveden, needukuje, odstranění 1.-2. pooperační den	Zaveden, needukován, odstranění 1. pooperační den	Ve většině případů zaveden, needukuje, odstranění 1.-2. pooperační den
Tlumení bolesti	I.v. analgetika, názvy nezná	I.v., i.m. opiáty či silnější analgetika	I.v. analgetika, názvy nezná	I.v. opiáty, při nižší intenzitě bolesti slabší analgetika

*Zdroj: vlastní*

Všichni dotazovaní se shodli, že PMK nebyl po operaci zaveden. Taktéž proběhla shoda ohledně zavedení drénu. Všichni 4 participanti potvrdili, že byl drén zaveden a odstraněn 1. pooperační den, avšak ze strany sester neproběhla žádná edukace. Bolest je tlumena dle ordinace lékaře. Nejčastěji intravenózně opiáty či jinými druhy analgetik. Pacienti potvrzují způsob tišení bolesti intravenózně a konstatují, že jim nebyly oznámeny názvy analgetik, které jim byly aplikovány.



Tabulka 7 - Výroky respondentů k subkategorii edukace v bezprostředním pooperačním období

<b>Subkategorie: Edukace v bezprostředním pooperačním období</b>
<b>P1:</b> „...cévku mi nedali, drén jsem měla, den po operaci mi ho odpoledne vyndali.. co vám dávají za léky se člověk vůbec nedozví, všechno jsem měla přes kapačku.“
<b>S2:</b> „...PMK se zpravidla nezavádí, drén zaveden téměř pravidelně a k jeho odstranění dochází první maximálně druhý pooperační den.. Needukuju, předpokládám edukaci ze strany lékaře.. dle ordinace lékaře i.v. nebo i.m. opiáty nebo jiná silnější analgetika..“
<b>P2:</b> „...cévku naštěstí ne, drén jo, bál jsem se vyndání druhej den, ale bylo to v pohodě.. všechno jsem dostával rovnou do ruky přes kapačku..“
<b>S2:</b> „...PMK zaváděn zcela výjimečně, drén běžnou součástí.. needukuji, k odstranění dochází nejčastěji první pooperační den.. bolest tlumena i.v. opiáty, při menší intenzitě aplikujeme slabší druhy analgetik..“

Zdroj: vlastní

### 10.1.3 Subkategorie: Edukace v dlouhodobém pooperačním období

Tabulka 8 - Zhodnocení subkategorie edukace v dlouhodobém pooperačním období

OBLASTI	P1	S1	P2	S2
Péče o operační ránu	Neumývat ránu mýdlem, pouze vodou, označila edukaci za nedostatečnou	Ránu udržovat v suchu a čistotě, kryt sterilním krytím	Neumývat ránu mýdlem, pouze vodou, při potížích návštěva ambulance	Ránu udržovat v suchu a čistotě, kryt sterilním krytím, při potížích návštěva ambulance
Dieta + spolupráce s nutričním terapeutem	Needukována, info. hledala na internetu	1. den NPO, 2. den dieta č. 4, spolupráce v případě potřeby	Dietu dodržoval již před operací, nepotřeboval edukovat	1. den NPO, 2. den dieta č. 4 s postupným zatěžováním, spolupráce v případě primárních záchyťů
Vertikalizace	Poprvé po třech hodinách, cesta na toaletu	Po čtyřech hodinách, cesta na toaletu	Poprvé po čtyřech hodinách, cesta na toaletu	Po pár hodinách formou cesty na toaletu

Zdroj: vlastní

Oblast edukace v péči o operační ránu se zdá P1 jako nedostatečná a uvítala by podrobnější informace. Všichni respondenti shodně uvedli, že operační rána musí být udržována v suchu a čistotě. Sestry pacienty poučují o důležitosti krytí rány sterilním krytím. Pacienti jejich tvrzení popírají. Shoda mezi sestrami panovala v oblasti diety. V den operace mají pacienti naordinovanou dietu NPO, povolen mají pouze příjem tekutin 2-3 hodiny po příjezdu z operačního sálu. 1. pooperační den již standardně dietu číslo 4. Nemocnice poskytuje zdravotnickému personálu ke spolupráci nutričního terapeuta, který je využíván

zejména v případech primárních záchyťů. P1 nebyla o dietních opatřeních edukována a veškeré potřebné informace hledala samostatně na internetu. R2 edukaci v oblasti stravy nevyžadoval, jelikož žlučnickovou dietu dodržoval již před nástupem k operaci. Pokud sestra neshledá žádnou kontraindikaci k mobilizaci, vstává pacient z lůžka po třech až čtyřech hodinách po operaci.

Tabulka 9 - Výroky respondentů k subkategorii edukace v dlouhodobém pooperačním období

<b>Subkategorie: Edukace v dlouhodobém pooperačním období</b>
<p><b>P1:</b> „...akorát mi řekli, ať na ránu nepoužívám mýdlo... kdybych si sama nenašla na internetu co jíst, tak vůbec nic nevím.. poprvé jsem vstávala na záchod asi po třech hodinách..“</p>
<p><b>S1:</b> „...pacientovi řeknu, aby ránu udržoval v suchu, čistotě a po osprchování kryl sterilními čtverci.. v den operace je naordinována dieta NPO, po 2 až 3 hodinách povolujeme čaj po douškách, druhý den přecházejí na dietu číslo 4.. v případě potřeby přivoláme ke spolupráci nutričního pracovníka.. pokud jsou schopný, může dojít k mobilizaci čtyři hodiny po operaci..“</p>
<p><b>P2:</b> „...ať na ránu nedávám mýdlo, jenom vodu, abych si vždycky umyl ruce a nezanesl infekci. Při potížích jet na pohotovost.. něco málo mi řekla, ale já držel dietu už dřív, takže jsem řekl, že to není potřeba.. asi po čtyřech hodinách se se mnou sestra poprvé posadila..“</p>
<p><b>S2:</b> „...nejdůležitější je dodržování zásad asepse, ránu kryt sterilním krytím, udržovat v suchu. V případě potřeby ihned kontaktovat naši chirurgickou ambulanci.. v den operace NPO, následně 4 s postupným zatěžováním.. služby nutričního terapeuta využíváme spíše u primárních záchyťů.. mobilizace již pár hodin po příjezdu z operačního sálu..“</p>

Zdroj: vlastní

## 10.2 Kategorie: Edukace při propuštění z hospitalizace

Na základě taktéž prvního dílčího cíle byla stanovena kategorie „Edukace při propuštění z hospitalizace“. Po analýze dat došlo k vytvoření 3 subkategorií – Péče o jizvu, Dietní režim a Rekonvalescence.

### 10.2.1 Subkategorie: Péče o jizvu

Tabulka 10 - Zhodnocení subkategorie péče o jizvu

OBLASTI	P1	S1	P2	S2
Odstranění stehů a tlakové masáže	7. pooperační den, needukována	7.-12. pooperační den, Needukuje	7.-12. pooperační den, Needukován	7.-12. pooperační den, Needukuje
Vhodné přípravky	Needukována, dle rad na internetu vepřové sádlo či Bi-Oil	Žádné nedoporučuje, přepokládá edukaci na chirurgické ambulanci při kontrole	Needukován, přepokládá vepřové sádlo či mastné krémy	Žádné nedoporučuje, přepokládá edukaci od lékaře
Rizikové faktory	Needukována, ale umí je vyjmenovat	Needukuje	Needukován, ale umí je vyjmenovat	Needukuje

Zdroj: vlastní

Stehy jsou pacientům odstraněny na chirurgické ambulanci 7. - 12. pooperační den. Jak o jizvu správně pečovat sestry pacienty nepoučují, jelikož se domnívají, že edukace probíhá ze strany lékaře při kontrole na chirurgické ambulanci. Pacienti edukaci v této oblasti velmi postrádají. P1 pátrala po informacích na internetu, k péči o jizvu by využila vepřové sádlo či Bi-Oil. P2 předpokládá, že vhodnými přípravky jsou vepřové sádlo nebo mastné krémy. Rizikové faktory v období hojení jizvy dokáží oba pacienti vyjmenovat i bez předchozího ponaučení. Správně určili, že se mají vyhýbat slunečním paprskům, soláriím a saunám. Taktéž neproběhla edukace zabývající se tlakovými masážemi jizvy.

Tabulka 11 - Výroky respondentů k subkategorii péče o jizvu

<b>Subkategorie: Péče o jizvu</b>
<b>P1:</b> „...o tlakové masáži už jsem někdy slyšela, ale ne od sestry.. na internetu psali klasicky vepřové sádlo nebo mi známá doporučila Bi-Oil.. co vím, tak nesmím chodit na sluníčko a do solárka..“
<b>S1:</b> „...o rizikových faktorech a tlakových masážích needukuji.. žádné konkrétní přípravky nedoporučuji, přepokládám, že informace předává lékař při kontrole na naší ambulanci..“
<b>P2:</b> „...tlakové masáže znám z předchozí operace.. typuju, že to bude sádlo, mastné krémy a podobně.. to vím, že se mám vyhýbat opalování a sauně..“
<b>S2:</b> „...nenapadlo by mě nějaké přípravky doporučovat, jelikož jsou to všeobecně známé informace, stejně tak rizikové faktory a technika provedení tlakových masáží..“

Zdroj: vlastní

### 10.2.2 Subkategorie: Dietní režim

Tabulka 12 - Zhodnocení subkategorie dietní režim

OBLASTI	P1	S1	P2	S2
Vhodné přípravky	Dle rad na internetu nízkotučné jogurty, libové maso, nenadýmavá zelenina, dušení, pečení	Libové maso, nenadýmavá zelenina, netučné mléčné výrobky, starší pečivo dušení, pečení	Zná z předoperačního období, rýže, brambory, libové maso, přesnídávka, banán, starší pečivo	Libové maso, starší pečivo, nenadýmavá zelenina, bylinkové čaje, suchary, rýže
Nevhodné přípravky	Dle rad na internetu žádné uzeniny, káva, alkohol, grilované jídlo	Zákaz mastných, kořeněných a tučných potravin	Alkohol, káva, tučné, grilované, mastné potraviny	Alkohol, káva, višně, klobásy, smetana, uzeniny, vnitřnosti, mastné jídlo,

Zdroj: vlastní

Z rozhovoru je patrné, že sestry mají vědomosti o dietním opatření po cholecystektomii. S1 vyjmenovala jako vhodné potraviny libové maso, netučné sýry, jogurty a nenadýmavou zeleninu. Naopak za nevhodné označuje veškerá mastná, kořeněná a tučná jídla. S2 přidala mezi vhodné potraviny suchary, rýži a bylinkové čaje. Nepřijatelná je dle jejích slov konzumace smetany, kávy, alkoholu, višně, klobás a vnitřností. Ani jeden pacient nebyl při propouštění o dietním režimu edukován. P2 má se žlučnickovou dietou zkušenosti již z předoperačního období a vhodné i nevhodné potraviny zvládl správně vyjmenovat. P1 edukaci postrádala, informace hledala na internetu.

Tabulka 13 - Výroky respondentů k subkategorii dietní režim

<b>Subkategorie: Dietní režim</b>
<b>P1:</b> „...kdybych si to sama nenašla, tak nic nevím.. četla jsem, že můžu nízkotučné jogurty, libové maso.. všechno péct nebo dusit.. vyhýbat se uzeninám, grilování, kávě, alkoholu..“
<b>S1:</b> „...základem je, aby nedostali pacienti nic mastného, kořeněného a tučného.. spíše libové kuřecí, krůtí maso, nenadýmavou zeleninu, netučné mléčné výrobky..“
<b>P2:</b> „...něco málo mi řekla, ale já držel dietu už před operací a znám to..“
<b>S2:</b> „...jako vhodné bych rozhodně doporučila libové maso, starší pečivo, rýži, brambory, suchary.. nedoporučuji vnitřnosti, klobásy, višně, smetanu, alkohol, kafe..“

Zdroj: vlastní

### 10.2.3 Subkategorie: Rekonvalescence

Tabulka 14 - Zhodnocení subkategorie rekonvalescence

OBLASTI	P1	S1	P2	S2
Dimise	3. den	Bez komplikací 3.-4. den	3. den	Bez komplikací 3. den
Tišení bolesti	Needukována, zvolila by Algifenové kapky	Edukace minimální, běžná analgetika (Ibalgin)	Needukován, zvolil by Ibalgin	Edukace minimální, Nimesil
Fyzická aktivita, pracovní neschopnost	Mírná fyzická aktivita, nezvedat těžké předměty, 2-3 týdny pracovní neschopnost	10 dní od propuštění mírná fyzická aktivita, plavání, nezvedat těžké předměty, 2-3 týdny pracovní neschopnost	Žádné silové tréninky, běh, spíše chůze, mírná zátěž, 2-3 týdny pracovní neschopnost	10 dní od propuštění mírná fyzická aktivita, nezvedat těžké předměty, chůze, 2-3 týdny pracovní neschopnost

Zdroj: vlastní

Mezi všemi účastníky rozhovoru panovala při odpovědi na otázku, kolikátý pooperační den jsou při bezproblémovém průběhu propuštěni do domácího léčení shoda. Jedná se o třetí, maximálně čtvrtý pooperační den. O tišení bolesti v domácím prostředí nejsou pacienti poučeni vůbec, což je z rozhovoru se sestrami potvrzeno. Na přímý dotaz od pacienta by S1 doporučila užívat běžně dostupná analgetika – například Ibalgin. P2 by doporučila Nimesil. Pacienti by v případě potřeby zvolili Algifenové kapky a Ibalgin. V oblasti fyzické aktivity edukace proběhla. Všichni dotazovaní správně určili fyzické omezení a vhodné aktivity. Pracovní neschopnost většinou nepřesáhne 2-3 týdny.



Tabulka 15 - Výroky respondentů k subkategorii rekonvalescence

<b>Subkategorie: Rekonvalescence</b>
<b>P1:</b> „...řekli, ať počítám se třemi dny.. vyřeším to tak, že sáhnu po Algifenu.. nesmím zvedat nic těžkého a celkově se spíše šetřit..“
<b>S1:</b> „...pokud nenastanou v průběhu komplikace tak třetí, čtvrtý den.. odcházejí už téměř bez bolesti, tak moc needukuji.. fyzická aktivita v prvních deseti dnech jen mírná, vyhýbat se zvedání těžkých břemen..“
<b>P2:</b> „...3 dny.. vezmu si nějakéj Ibalgin co mám doma.. neběhat, necvičit ve fitku, preferovat chůzi..“
<b>S2:</b> „...standardně třetí pooperační den.. osobně bych doporučila Nimesil.. prvních deset dní mírná zátěž, poté postupné zvyšování aktivity, doporučuji především chůzi..“

Zdroj: vlastní

### 10.3 Kategorie: Zhodnocení edukace a dostupné edukační materiály

Na základě druhého dílčího cíle byla stanovena kategorie „Zhodnocení edukace a dostupné edukační materiály“. Po analýze dat došlo k vytvoření 3 subkategorii – Zpětná vazba po edukaci a Edukační materiály.

#### 10.3.1 Subkategorie: Zpětná vazba po edukaci

Tabulka 16 - Zhodnocení subkategorie zpětná vazba po edukaci

OBLASTI	P1	S1	P2	S2
Spokojenost se sdělenými informacemi	Převážně nespokojena, postrádala edukaci o dietě a péči o operační ránu	Neověřuje si, zda pacient edukaci pochopil	Spíše spokojen	Neověřuje si, zda pacient edukaci pochopil
Školení	Nedotazována	Ne	Nedotazován	Ne

Zdroj: vlastní

P1 byla s edukací od sestry spíše nespokojena. Nejvíce postrádala informace týkající se diety a péče o operační ránu. S1 ani S2 neověřují, zda pacienti edukaci pochopili. Namísto toho se snaží informace opakovat vícekrát během hospitalizace. Ani jedna ze sester neprošla školením o edukaci.

Tabulka 17 - Výroky respondentů k subkategorii zpětná vazba po edukaci

<b>Subkategorie: Zpětná vazba po edukaci</b>
<b>P1:</b> „...no co vám budu povídat, spokojená nejsem, téměř všechno jsem si musela zjistit sama, hlavně věci okolo diety a starání se o ránu..“
<b>S1:</b> „...kontrolní otázky nepokládám, spíše všechny důležité informace opakuji několikrát během hospitalizace.. školení nemáme..“
<b>P2:</b> „...ale jo řekl bych, že se sestra snažila na všechno odpovědět a poradit mi..“
<b>S2:</b> „...to si neověřuji.. školením jsem neprošla..“

Zdroj: vlastní

### 10.3.2 Subkategorie: Edukační materiál

Tabulka 18 - Zhodnocení subkategorie edukační materiál

<b>OBLASTI</b>	<b>P1</b>	<b>S1</b>	<b>P2</b>	<b>S2</b>
Dostupnost	Nebyl nabídnut, pouze informovaný souhlas, souhlas s anestezií a propouštěcí zpráva	K dispozici pouze informovaný souhlas, souhlas s anestezií a propouštěcí zpráva	Nebyl nabídnut, pouze informovaný souhlas, souhlas s anestezií a propouštěcí zpráva	K dispozici pouze informovaný souhlas, souhlas s anestezií a propouštěcí zpráva
Forma edukačního materiálu	Leták	Leták	Leták	Brožura, leták

Zdroj: vlastní

Sestry pacientům nemohou nabízet edukační materiál zabývající se laparoskopickou cholecystektomií, jelikož na oddělení není k dispozici. Pacienti dostávají k prostudování

pouze informovaný souhlas, souhlas s narkózou a na konci hospitalizace propouštěcí zprávu. Jako ideální formu edukačního materiálu všichni respondenti označili leták.

*Tabulka 19 - Výroky respondentů k subkategorii edukační materiál*

<b>Subkategorie: Edukační materiál</b>
<b>P1:</b> „...dostala jsem jenom při příjmu souhlas s operací a narkózou a když jsem odcházela tak propouštěcí zprávu.. bylo by skvělý, kdybych si mohla před i po operaci něco přečíst a mít z čeho čerpat.. asi leták..“
<b>S1:</b> „...edukační materiál jako takový bohužel na oddělení k dispozici nemáme.. například letáček..“
<b>P2:</b> „...nedostal jsem nic takového.. určitě bych si to rád přečetl.. třeba leták..“
<b>S2:</b> „...vysloveně edukační materiál není na oddělení pacientům k dispozici.. rozhodně bychom ho využili, hlavně schopnější pacienti, by si rádi počteli.. ideálně brožurka nebo letáčky..“

*Zdroj: vlastní*

## DISKUZE

V diskuzi jsou hodnoceny výsledky kvalitativního výzkumu, jehož cílem bylo popsat realizaci edukace pacientů sestrou u laparoskopické cholecystektomie. Pro výzkumné šetření byli zvoleni čtyři respondenti, dva z řad pacientů a dva z řad všeobecných sester.

### **Výzkumná otázka č. 1 – Jaké jsou oblasti edukace od sestry u laparoskopické cholecystektomie?**

V první výzkumné otázce spadající pod první dílčí cíl, jsme se zabývali oblastmi edukace u laparoskopické cholecystektomie. Sestry v rozhovoru uvádějí, že pacienty edukují v oblasti předoperační přípravy, vertikalizace, tlumení bolesti, stravy, péče o operační ránu, péče o jizvu a následné rekonvalescenci.

V rámci **předoperační přípravy** sestry z chirurgického oddělení informují o povinnosti lačnění od půlnoci, prevenci TEN, hygieně, premedikaci, péči o periferní žilní katétr, nácviku sebeděže a psychické pohodě po operaci. Libová (2019, s. 42-43) v knize uvádí obdobné oblasti vhodné k edukaci. Dle klinické studie American University of Beirut Medical Center dokončené 28.6. 2018 je po laparoskopii běžná bolest ramene, která tvoří hlavní příčinu nespokojenosti pacienta. Tvrzení bylo ve výzkumu potvrzeno, dotazovaní bolesti ramene popisují, avšak shodně uvádějí, že o jejím důvodu nebyli edukováni. Zeleníková (2019, s. 190-191) ve své knize uvádí, že bolest samovolně odezní do dvou dnů, což výzkum taktéž potvrdil. Podle SurGal Clinic (28.2. 2014) probíhá **vertikalizace** po operaci za 2-3 hodiny. Totožný způsob je aplikován i ve Stodské nemocnici, kde dochází k vertikalizaci standardně za 3-4 hodiny. **Tlumení bolesti** probíhá intravenózní či intramuskulární aplikací opiátů nebo jiných silnějších druhů analgetik po celou dobu hospitalizace. P1 i P2 uvedli, že po operaci pociťovali bolest. P1 byla podávána silnější analgetika intravenózně, aby se dostavila požadovaná úleva od bolesti. Při propouštění sestry dle svých slov o vhodné formě tlumení bolesti nepoučují, což pacienti potvrzují. V případě potřeby by pacienti zvolili Algifenové kapky či Ibalgin. Sestry na mou otázku jaká analgetika by doporučily pro tlumení bolesti v domácím prostředí odpověděly, že pacienty primárně needukují, jelikož předpokládají sdělení od lékaře. V případě potřeby by zvolily Ibalgin nebo Nimesil. Zeleníková (2013, s. 190-191) se s postupem tlumení bolesti v pooperačním období ztotožňuje. V knize uvádí, že v prvních dnech má být bolest tlumena zpravidla silnějšími analgetiky intravenózně a postupně pacienti přecházejí na slabší perorální analgetika. Za naprosto zásadní označily sestry i pacienti edukaci v oblasti **stravy**.

V den operace je naordinována dieta NPO. 2-3 hodiny po odeznění anestezie je nemocnému umožněno přijímat čaj po lžičkách. Druhý den má již dietu číslo 4. Jedná se o odlišný způsob, než je popisován v knize Jedličkové (2012, s. 243), ve které je psáno, že v den operace mají pacienti naordinovanou dietu NPO, po několika hodinách následuje čaj po lžičkách, druhý den tekutá dieta, posléze kašovitá a až v poslední řadě dieta číslo 4S s postupným přechodem na dietu číslo 4. Před tím, než bude pacient propuštěn do domácího léčení, je naprosto nezbytné, aby znal veškerá dietní omezení. Participantky z řad sester v rozhovoru uvedly, že před propuštěním poučují o vhodných a nevhodných potravinách, avšak pacienti jejich slova popírají. P1 uvádí, že veškeré informace týkající se diety hledala samostatně na internetu a edukaci velmi postrádala. Za vhodné potraviny byly označovány nízkotučné jogurty a sýry, nenadýmavá zelenina, libové maso, starší pečivo, brambory, rýže, přesnídávky, banán, bylinkové čaje apod. Vše připravované formou dušení, vaření či pečení. Naopak nevhodné jsou dle participantů například vnitřnosti, klobásy, smetana, višně, káva, alkohol a veškeré masné, tučné, grilované a kořeněné pokrmy. Stejná doporučení udává i Zlatohlávek (2016, s. 248). V péči o **operační ránu** je kladen důraz především na aseptu, udržování rány v suchu, čistotě, krytou sterilním krytím. Při hygienické péči nepoužívají pacienti na ránu mýdlo, ale pouze čistou vodu. Vytečková (2015, s. 220) udává, že stehy jsou odstraňovány 7. – 10. pooperační den a její tvrzení bylo ve výzkumu potvrzeno. Z rozhovoru vyplynulo, že pacienti nejsou edukováni o rizikových faktorech v období **hojení jizvy**, vhodných přípravků k péči o jizvu ani o provádění tlakových masáží. Pacienti informace hledali na internetu nebo o nich měli podvědomí po předchozích zkušenostech. Při bezproblémovém průběhu hospitalizace je dimise naplánována na 3. pooperační den. Celkovou dobu rekonvalescence a pracovní neschopnosti určily sestry na 2-3 týdny. Dle Janíkové (2013, s. 194-196) mohou být pacienti propuštěni z hospitalizace po 3-5 dnech za předpokladu, že tolerují naordinovanou dietu, umí pečovat o operační ránu, spontánně se vyprazdňují a znají doporučený stupeň aktivity. Taktéž udává dobu rekonvalescence na 2-3 týdny. Tíšení bolesti v domácím prostředí je ze stran sester bez edukace. Pacienti by v případě potřeby zvolili Ibalgin či Algifenové kapky. Sestry doporučují vyhýbat se v prvních 10 dnech od propuštění nadměrné fyzické zátěži. Po uplynutí této doby mohou nemocní začít s postupnou mírnou fyzickou zátěží, jako je například chůze, plavání apod. Striktně sestry nedoporučují silové tréninky nebo běh. Shodné informace lze nalézt i na webových stránkách [zdravi.euro.cz](http://zdravi.euro.cz) (2012).

Sestry žádným způsobem neověřují, zda pacienti edukaci pochopili či jestli jim přišla dostatečná. P1 odpověděla, že byla s poskytnutými informacemi spíše nespokojena a dohledávala si je převážně sama na internetu. Ze všeho nejvíce postrádala hlubší edukaci týkající se diety a péče o operační ránu. Ani jedna ze sester neprošla školením o edukaci. Myslím si, že tento fakt hrál zásadní roli v nespokojenosti pacientů s poskytnutými informacemi.

## **Výzkumná otázka č. 2 – Jaké tištěné edukační materiály jsou pacientům na oddělení k dispozici?**

Ve druhé výzkumné otázce spadající pod druhý dílčí cíl, jsme se zabývali zjišťováním, jaké edukační materiály jsou pacientům na chirurgickém oddělení nabízeny.

Stodská nemocnice pacientům podstupujícím laparoskopickou cholecystektomií nabízí jako edukační materiál pouze informovaný souhlas, souhlas s anestezií a v samotném závěru hospitalizace propouštěcí zprávu. V informovaném souhlasu se lze dočíst o indikacích k výkonu, předoperační přípravě, průběhu operace, komplikacích během a po operaci, pooperační péči a době trvání pracovní neschopnosti. Souhlas s anestezií obsahuje popis podání anestezie, možné komplikace a rizikové faktory spojené s anestezií. Propouštěcí zpráva informuje o průběhu operačního výkonu a léčení, případných kontrolách na chirurgické ambulanci a preventivních opatřeních po cholecystektomií. Sestry i pacienti se shodli, že by uvítali edukační materiál zabývající se problematikou laparoskopické cholecystektomie a to nejlépe ve formě edukačního letáku. Pacienti jsou při příjmu dle svých slov ve stresu a sdělení poskytované v informovaném souhlasu si následně příliš nepamatují. Edukační materiál by si mohli prostudovat v klidném prostředí na pokoji v průběhu celého dne. Blažková (2016, s. 60) došla při svém výzkumu ke stejnému závěru. Participant by ve většině případů taktéž uvítali edukační materiál a to nejlépe ve formě letáku.

## **DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Vyhodnocením rozhovoru jsme došli k závěru, že jako vhodný prostředek k získání potřebných informací je pro pacienty edukační leták. Leták byl vytvořen za spolupráce vedoucí bakalářské práce, primáře a vrchní sestry chirurgického oddělení Stodské

nemocnice, a.s. Byl graficky zpracován a vytvořen tak, aby odpovídal požadavkům konkrétního oddělení. Obsahuje předoperační a pooperační péči, péči o operační ránu a jizvu, dietní doporučení, pohybový režim, rekonvalescenci, propuštění z hospitalizace, informace o lázeňské léčbě a důležité telefonní kontakty. Tento leták by byl pacientům k dispozici na chirurgickém oddělení a chirurgické ambulanci. O šíření letáku by se staraly sestry. Edukační materiál je k dohledání v přílohách práce. Tato bakalářská práce by mohla sloužit sestrám jako přehledný materiál zabývající se laparoskopickou cholecystektomií, ošetrovatelskou péčí a následnou edukací.



## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo popsat realizaci edukace sestrou u laparoskopické cholecystektomie. Dílčími cíli bylo zjistit, jaké jsou oblasti edukace a jaké edukační materiály jsou pacientům podstupujícím laparoskopickou cholecystektomii na oddělení k dispozici.

Teoretická část práce popisuje problematiku onemocnění žlučníku a žlučových cest. Je zde popsána edukace, patofyziologie, vyšetřovací metody, laparoskopická cholecystektomie, včetně historie a operačního postupu a v samotném závěru také ošetrovatelská péče v předoperačním, perioperačním a pooperačním období, nevyjímaje komplikací.

Praktická část se zabývá zkoumáním oblastí, ve kterých probíhá edukace pacientů a jaké edukační materiály týkající se laparoskopické cholecystektomie jsou na oddělení k dispozici. Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní metodou, pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Poznatky z výzkumného šetření jsme shrnuli v diskuzi. Sestry během rozhovoru uvedly, že pacienty edukují v oblasti předoperační přípravy, vertikalizace, tlumení bolesti v pooperačním období, stravy, péče o operační ránu a následné rekonvalescenci. Jejich tvrzení ale nebylo pacienty potvrzeno, postrádali poučení především v oblasti stravy a péče o operační ránu. Z rozhovoru vyplynulo, že edukace týkající se postlaparoskopické bolesti ramene, důvodech zavedení permanentního močového katetru či drénu, péče o jizvu a tlumení bolesti v domácím prostředí je minimální. Sestry dle svých slov předpokládají sdělení ze strany lékaře. Dále bylo ve výzkumu zjištěno, že pacientům není na oddělení nabídnut žádný materiál, který by se zabýval konkrétně laparoskopickou cholecystektomií, kromě informovaného souhlasu. Všichni oslovení účastníci uvedli, že by uvítali edukační materiál ve formě letáku. Všechny cíle byly při psaní práce splněny.

Dle mého názoru je edukace nedílnou součástí práce všeobecné sestry a měl by se na ní brát dostatečný zřetel. Vzhledem k neustálému zlepšování ošetrovatelské péče je nutné pacienty pečlivě instruovat. Z tohoto důvodu jsme jako výstup z bakalářské práce vytvořili leták, který se problematikou laparoskopické cholecystektomie zabývá. Návrhem pro systémové zlepšení edukace je účast sester na školení.

## SEZNAM LITERATURY

1. American University of Beirut Medical Center. *Good Clinical Practice NETWORK: Post laparoskopie Bolest ramene a pooperační poloha Trendelenburg* [online]. 16.10. 2019 [cit. 2022-02-01]. Dostupné z: <https://ichgcp.net/cs/clinical-trials-registry/NCT04129385>
2. BLAŽKOVÁ, Petra. *Edukace pacienta po cholecystektomii* [online]. Liberec, 2016 [cit. 2022-02-22]. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií. Mgr. Tereza Kučerová. Dostupné z: [https://dspace.tul.cz/bitstream/handle/15240/25234/BP\\_Blazkova\\_P.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.tul.cz/bitstream/handle/15240/25234/BP_Blazkova_P.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
3. ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. Vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3602-0.
4. ČOUPKOVÁ, Hana, Pavel MARCIÁN, Vladislava MARCIÁNOVÁ, Lucie PŘIKRYLOVÁ, Ludmila RÁŽKOVÁ a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetřovatelství v chirurgii*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2900-8.
5. *Dietologie.cz: Dieta s omezením tuků (dieta č.4)* [online]. 12.12. 2010 [cit. 2021-11-13]. Dostupné z: <http://www.dietologie.cz/dieta/zakladni-dieta/diety-s-omezenim-tuku/energeticka-dieta-s-omezenim-tuku-dieta-c-4.html>
6. DUFFKOVÁ, Lucie a Jiří FREI. *Praktické rady pro instrumentárky*. Plzeň: Euroverlag, s.r.o., 2015, ISBN 978-80-7177-051-0.
7. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2111-3.
8. FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT a Tomáš DĚDEK, ed. *Chirurgie v kostce*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-7345-253-7.
9. *Fyzioklinika.cz: Uvolnění jizvy* [online]. 1.11. 2018 [cit. 2022-01-20]. Dostupné z: <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/uvolneni-jizvy>
10. HOCH, Jiří a Jan LEFFLER. *Speciální chirurgie*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 9788073452537.

11. INSTITUT BIostatistiky A ANALÝZ, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita. *SurGal Clinic: Žlučník (laparoskopická cholecystektomie)* [online]. 28.02.2014 [cit. 2022-02-22]. Dostupné z: <https://www.surgalclinic.cz/index.php?pg=chirurgie--centrum-miniinvazivni-chirurgie--zlučník-laparoskopicka-cholecystektomie>
12. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
13. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.
14. JELÍNKOVÁ, Ilona. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy. 2., doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-1052-0.
15. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
16. KALA, Zdeněk a Vladimír PROCHÁZKA. *Perioperační péče o pacienta v digestivní chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-519-8.
17. LIBOVÁ, Eubica, Hilda BALKOVÁ a Monika JANKECHOVÁ. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2466-4.
18. LUKÁŠ, Karel, Jiří HOCH a Jiří NEVORAL, ed. *Bolest břicha*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5249-8.
19. MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie. 2., dopl. vyd.* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3530-6.
20. MANDYSOVÁ, Petra. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Vydání: I. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2016. ISBN 978-80-7395-971-5.
21. MC KEE, Anne., ERAUT, Michael. *Learning Trajectories, Innovation and Identity for Professional Development*. Berlín: Springer Verlag, 2013. ISBN 9789400737259.
22. MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon, 2019. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2.

23. NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4402-5.
24. PRAŽSKÝ, Bohumil. *Zdraví.euro.cz: Předoperační a pooperační péče u L-CHCE a L-APPE*. [online]. 14.5. 2012 [cit. 2021-11-13]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/predoperacni-a-pooperaacni-pecce-u-l-chce-a-l-apppe-464794>
25. SCHEIN, Moshe, ed. a ROGERS, Paul N., ed. *Urgentní břišní chirurgie: Schein's common sense emergency abdominal surgery*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2011. xxi, 419 s. ISBN 978-80-247-2357-0.
26. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.
27. ŠPIČÁK, Julius a Ondřej URBAN. *Novinky v digestivní endoskopii*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5283-9.
28. ŠTEFÁNEK, Jiří. *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK: Endosonografie*. [online]. 2011 [cit. 2021-10-02]. Dostupné z: <https://www.stefajir.cz/endosonografie>
29. ŠTEFÁNEK, Jiří. *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK: Perkutánní transhepatální cholangiografie*. [online]. 2011 [cit. 2021-10-02]. Dostupné z: <https://www.stefajir.cz/perkutanni-transhepatalni-cholangiografie>
30. ŠTEFÁNEK, Jiří. *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK: Zánět žlučových cest*. [online]. 2011 [cit. 2021-10-02]. Dostupné z: <https://www.stefajir.cz/zanet-zlucovy-cest>
31. TANCEROVÁ, Tereza. *Zdraví.euro.cz: Laparoskopie patří k nejšetrnějším operačním metodám. Jak výkon probíhá?*. [online]. 6.3. 2020 [cit. 2021-10-05]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/laparoskopie/>
32. TANCEROVÁ, Tereza. *Zdraví.euro.cz: Při žlučnickové dietě vysad'te tučná a nadýmavá jídla. Důležitá je pravidelnost a dostatečný pitný režim*. [online]. 5.5. 2021 [cit. 2021-11-13]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/zlucnikova-dieta-jidelnicek/>
33. VODIČKA, Josef. *Speciální chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2512-6.
34. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Speciální chirurgie*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-128-5.
35. ZLATOHLÁVEK, Lukáš. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media, 2016. Medicus. ISBN 978-80-88129-03-5.

## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Informovaný souhlas s rozhovorem
- Příloha B – Žádost o realizaci výzkumného šetření
- Příloha C – Struktura polostrukturovaného rozhovoru
- Příloha D – Informovaný souhlas s operací
- Příloha E – Informovaný souhlas s podáním anestezie
- Příloha F – Rozmístění trokarů u laparoskopické cholecystektomie
- Příloha G – Edukační leták

# PŘÍLOHY

## Příloha A – Informovaný souhlas s rozhovorem

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

**NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:** Edukace pacienta po laparoskopické cholecystektomii.

**STUDENT:**

Lucie Stoklasová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU Plzeň

**VEDOUcí BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:**

Mgr. Kateřina Klírová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU Plzeň

**CÍL VÝZKUMU:**

Cílem výzkumu je zjistit, jakým způsobem je realizována edukace všeobecnou sestrou při laparoskopické cholecystektomii.

Žádám Vás o souhlas s provedením rozhovoru, který bude zaznamenán na diktafon. Tento záznam bude k dispozici pouze studentovi a vedoucímu bakalářské práce. Veškeré citace z poskytnutého rozhovoru budou anonymní a budou bez vazby na Vaši osobu.

**SOUHLAS S VÝZKUMNÝM ŠETŘENÍM**

Já ..... souhlasím s poskytnutím rozhovoru Lucii Stoklasové, který bude zaznamenán na diktafon. Jsem si plně vědom/a, že citace z rozhovoru budou zcela anonymní a rozhovor mohu kdykoliv ukončit.

Datum a podpis studenta .....

Datum a podpis účastníka výzkumu .....

*Zdroj: vlastní*

## Příloha B - Žádost o realizaci výzkumného šetření



**Stodská  
nemocnice**

Nemocnice  
Plzeňského  
kraje

Žádost o realizaci výzkumného šetření a získání dat k vypracování  
vysokoškolské/ jiné práce pro nelékařské zdravotnické pracovníky  
ve Stodské nemocnici a.s.

Jméno a příjmení studentky/a:

Kontaktní údaje (telefon, e – mail):

Název vysoké/ vyšší školy a fakulty/katedry:

Studijní obor:

Název vysokoškolské/jiné práce:

Cíl vysokoškolské/jiné práce:

Termín sběru dat:

Metoda sběru dat:

Skupina respondentů (pacienti, NLZP...):

Ve Stodu dne:

Podpis:

**Stanovisko hlavní sestry Stodské nemocnice a.s.:**

Ve Stodu dne:

Podpis: Mgr. Pavlína Tůmová

## Příloha C – Struktura polostrukturovaného rozhovoru

### **1. KATEGORIE: EDUKACE V RÁMCI HOSPITALIZACE – všeobecná sestra**

#### **1. SUBKATEGORIE: EDUKACE V PŘEDOPERAČNÍM OBDOBÍ**

*Jaké informace poskytujete pacientovi při příjmu na oddělení?*

*Jaká oblast je pro Vás při edukaci prioritní?*

*Jaké informace poskytujete pacientovi o předoperační přípravě?*

*Edukujete pacienta před operací o post-laparoskopické bolesti ramene? Pokud pacient pociťuje bolest ramene, kolikátý den nejčastěji vymizí?*

#### **2. SUBKATEGORIE: EDUKACE V BEZPROSTŘEDNÍM POOPERAČNÍM OBDOBÍ**

*Mají pacienti po příjezdu z operačního sálu zaveden PMK a drén? Edukujete o*

*důvodech zavedení a kolikátý den dochází k případnému odstranění?*

*Jakým způsobem tišíte u pacientů pooperační bolesti?*

#### **3. SUBKATEGORIE: EDUKACE V DLOUHODOBÉM POOPERAČNÍM OBDOBÍ**

*Jakým způsobem má pacient pečovat o svou operační ránu?*

*Jaká dieta je naordinována během hospitalizace? Edukujete pacienta v této oblasti?*

*Spolupracujete s nutričním terapeutem?*

*Po kolika hodinách a jakou formou je u pacientů poprvé realizována vertikalizace?*

### **2. KATEGORIE: EDUKACE PŘI PROPUŠTĚNÍ Z HOSPITALIZACE**

#### **1. SUBKATEGORIE: PÉČE O JIZVU**

*Kolikátý pooperační den jsou pacientům odstraněny stehy? Edukujete o technice provádění tlakových masáží?*

*Jaké přípravky pacientům k péči o jizvu doporučujete?*

*Informujete pacienty o rizikových faktorech při hojení jizvy?*

#### **2. SUBKATEGORIE: DIETNÍ REŽIM**

*Jaké potraviny jsou vhodné a jaké naopak nevhodné pro pacienta po laparoskopické cholecystektomii?*

#### **3. SUBKATEGORIE: REKONVALESCENCE**

*Kolikátý pooperační den bývají pacienti propuštěni z hospitalizace?*

*Edukujete pacienty jakým způsobem tlumit pooperační bolesti v domácím prostředí?*

*Jaká doporučení poskytujete pacientům v rámci fyzickým aktivit po operaci?*

### **3. KATEGORIE: ZHODNOCENÍ EDUKACE A DOSTUPNÉ EDUKAČNÍ MATERIÁLY**

#### **1. SUBKATEGORIE: ZPĚTNÁ VAZBA PO EDUKACI**

*Ověřujete si po edukaci, zda pacienti správně pochopili všechny řečené informace?*

*Zjišťujete spokojenost pacienta s edukací?*

*Byla jste proškolená v oblasti edukace?*

#### **2. SUBKATEGORIE: EDUKAČNÍ MATERIÁL**

*Jaké tištěné edukační materiály jsou pacientům na oddělení k dispozici?*

*Uvítala byste edukační materiál týkající se laparoskopické cholecystektomie na oddělení? V jaké formě by dle Vašeho názoru měl ideálně být?*



## **1. KATEGORIE: EDUKACE V RÁMCI HOSPITALIZACE – pacient**

### **1. SUBKATEGORIE: EDUKACE V PŘEDOPERAČNÍM OBDOBÍ**

*Jaké informace Vám byly při příjmu poskytnuty?*

*Jaké oblast je pro Vás při edukaci prioritní?*

*Jaké informace Vám byly poskytnuty ohledně předoperační přípravy?*

*Byly Vám poskytnuty informace o post-laparoskopické bolesti ramene? Pokud jste trpěl/a po operaci bolestí ramene, kolikátý den bolest vymizela?*

### **2. SUBKATEGORIE: EDUKACE V BEZPROSTŘEDNÍM POOPERAČNÍM OBDOBÍ**

*Byl Vám během operace zaveden PMK či drén? Pokud ano, edukovala Vás sestra o důvodech zavedení a případném odstranění?*

*Jakým způsobem Vám byla tlumena pooperační bolest?*

### **3. SUBKATEGORIE: EDUKACE V DLOUHODOBÉM POOPERAČNÍM OBDOBÍ**

*Bylo Vám vysvětleno, jakým způsobem máte pečovat o svou operační ránu?*

*Jakou dietu jste konzumoval/a během hospitalizace? Edukovala Vás sestra v této oblasti?*

*Po kolika hodinách a jakou formou u Vás bylo poprvé realizováno vstávání z lůžka?*

## **2. KATEGORIE: EDUKACE PŘI PROPUŠTĚNÍ Z HOSPITALIZACE**

### **1. SUBKATEGORIE: PÉČE O JIZVU**

*Kolikátý pooperační den Vám byly odstraněny stehy? Edukovala Vás sestra o provádění tlakových masáží?*

*Byly Vám doporučeny přípravky k péči o jizvu? Popřípadě jaké?*

*Byl/a jste informován/a o rizikových faktorech při hojení jizvy?*

### **2. SUBKATEGORIE: DIETNÍ REŽIM**

*Byl/a jste edukován/a o vhodných a nevhodných potravinách po cholecystektomii?*

*Dokážete je vyjmenovat?*

### **3. SUBKATEGORIE: REKONVALESCENCE**

*Kolikátý pooperační den jste byl/a propuštěn/a z hospitalizace?*

*Byl/a jste edukován/a o způsobu tlumení bolesti v domácím prostředí? Víte jaké léky užívat?*

*Byl/a jste edukován/a o doporučených v rámci fyzických aktivit po operaci? Dokážete je vyjmenovat?*

## **KATEGORIE: ZHODNOCENÍ EDUKACE A DOSTUPNÉ EDUKAČNÍ MATERIÁLY**

### **1. SUBKATEGORIE: ZPĚTNÁ VAZBA PO EDUKACI**

*Byly pro Vás všechny informace od sestry pochopitelné?*

*Byl/a jste spokojen/a s poskytnutými informacemi?*

*Byly Vám zodpovězeny všechny Vaše dotazy?*

### **2. SUBKATEGORIE: EDUKAČNÍ MATERIÁL**

*Byl Vám na oddělení nabídnut edukační materiál týkající se laparoskopické cholecystektomie, vyjma informovaného souhlasu?*

*Pokud ne – Uvítal/a byste takový materiál? V jaké formě by dle Vašeho názoru měl ideálně být?*

*Zdroj: vlastní*

# Příloha D – Informovaný souhlas s operací

strana 1/2



**Stodská nemocnice, a.s.**

Hradecká 600, 333 01 Stod, fax: 377 193 610

IČ: 26361086, info@nemocnice-stod.cz www.nemocnice-stod.cz

**Chirurgické oddělení**

Identifikace

Narozen/a

Pohlaví

Plátce

Adresa

20.2.2022

INS Laparoskopická operace žlučníku

## Informovaný souhlas LAPAROSKOPICKÁ OPERACE ŽLUČNÍKU

Vážená paní, vážený pane,

na podkladě posouzení Vašeho zdravotního stavu a výsledků z provedení odborných vyšetření Vám byla doporučena laparoskopická operace žlučníku (tzn. výkon za použití laparoskopu, tj. trubcový nástroj s optikou a zařízením umožňujícím provedení výkonu - odstranění žlučníku). K provedení tohoto výkonu je třeba Vašeho souhlasu. Tímto informovaným souhlasem Vám chceme podat následující informace pro Vaše rozhodnutí.

### DŮVOD PROVEDENÍ VÝKONU

Operace je často jediným nebo hlavním krokem k terapii Vašeho onemocnění. Alternativní možností je provést výkon tzv. klasicky, tj. z většího řezu otvírajícího dutinu břišní. Výhodou laparoskopického výkonu je však kratší doba hospitalizace a další rekonvalescence, mírnější pooperační bolesti a v neposlední řadě i kosmetický efekt menších řezů bude příznivější.

### PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Na chirurgickém oddělení Stodské nemocnice a.s. se provádějí laparoskopické výkony lékaři zabývajícími se touto problematikou. Tyto operace se většinou provádějí v celkové narkóze (anestezii), pokud by tomu ve Vašem případě tak nebylo, důvod Vám sdělí specializovaný lékař anesteziolog.

### OPERACE

Laparoskopický výkon je zahájen drobným kožním řezem v oblasti pupku a napuštěním dutiny břišní bezpečným plynem (kyslík uhlíčitý) pod kontrolou tlaku do břišní dutiny. Poté je zavedena kamera do dutiny břišní, umožňující trvalou zrakovou kontrolu operačního týmu příslušného zákroku. Poté jsou dále zaváděny z dalších drobných kožních řezů pracovní nástroje, jejichž pomocí probíhá vlastní výkon. V případě odstranění orgánu se provede takový řez, který bezpečně umožní jeho bezpečně vytažení.

Postup příslušného laparoskopického výkonu a ev. komplikací spojených s výkonem Vám vysvětlí operátor pověřený operačním zákrokem.

### KOMPLIKACE VÝKONU

Při laparoskopickém výkonu Vám musíme upozornit na možnost tzv. **konverze**, tzn. převedení laparoskopického výkonu na výkon klasický s otevřením dutiny břišní. Toto riziko se podle typu operace pohybuje do 10%. Důvodem ke konverzi jsou převážně chorobné změny operovaného orgánu, které neumožňují bezpečné ukončení laparoskopického výkonu. Nejčastějšími komplikacemi mohou být infekce operačních ran (preventivně podáváme antibiotika - protibakteriální léky), zánět plicní a tromboembolické příhody (tzn. uzávěr žilního řečiště krevní sraženinou s následnou tvorbou vmetků do plic), jejichž prevencí je podání léků ovlivňující krevní srážlivost a včasná pooperační rehabilitace (úkony vedoucí k návratu do původního či zlepšeného stavu organismu nemocného).

Méně časté komplikace: pooperační krvácení, netěsnost střevních spojek u výkonů na trávicím traktu, u starších pacientů psychické poruchy na podkladě povšechného kornatění tepen.

**Všechny tyto stavy jsou pečlivě sledovány a léčeny, v případě nutnosti i chirurgickým postupem.**

### Možná omezení a chování po výkonu

Po laparoskopickém výkonu se pacient převážně vrací na standardní oddělení, ovšem s ohledem na rozsah výkonu je možnost hospitalizace i na jednotce intenzivní péče (JIP). Pooperačně se postupně přechází na plný perorální příjem, tj. normální strava přijímaná ústy. Zotavení po laparoskopickém výkonu je při nekomplikovaném pooperačním průběhu v řádu dnů, max. týdne.

Po operaci pečujeme o dýchací cesty zvlhčováním vdechovaného vzduchu, podáním léků umožňující snadnější odkašlávání a tlumení bolesti, dle závažnosti pooperačního stavu jsou pacienti sledovány základní životní funkce (napojení na monitor).

Omezení v pracovní neschopnosti nepřesáhne většina výkonů 2 - 3 týdny. Po otevřených operacích (tzn. konverze) může omezení trvat 4 - 6 týdnů. Ke změně zdravotní způsobilosti většinou nedochází. Případná kontrolní vyšetření a preventivní opatření budou doporučena v propouštěcí zprávě.

### **PROHLÁŠENÍ**

**Pacient prohlašuje**, že mu byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace v souvislosti s provedení operace. Byly mu vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl také možnost zeptat se lékaře na všechno, co ho ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel vysvětlení, kterému porozuměl. Lékařem byl též poučen o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.

**Tímto prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, že jsem všemu plně porozuměl/a a souhlasím s navrženým postupem.**

**Při výskytu neočekávaných komplikací, které vyžadují neodkladné provedení dalších úkonů a výkonů nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny.**

Ve Stodě dne .....20.2.2022 10:02.... hod.

Pacient/ka: [redacted]

Zákonný zástupce: ..... příbuzenský vztah: .....

Podpis pacienta/pacientky: .....

Lékař provádějící poučení: ..... [redacted]

V případě, že pacient/ka s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen informovaný souhlas podepsat, z důvodu: .....

Způsob projevu souhlasu: ..... (kývnutím hlavy, gestem, očima, jiným způsobem)

Svěděk: .....

# Příloha E – Informovaný souhlas s podáním anestezie

strana 1/2



Stodská nemocnice

nemocnice  
Přístavského  
kóta

## Stodská nemocnice, a.s.

Hradecká 600, 333 01 Stod, fax: 377 193 610

IČ: 26361086, info@nemocnice-stod.cz www.nemocnice-stod.cz

ARO

Identifikace

Primář

Narozen/a

Pohlaví

Plátce

Adresa

Vyžádal Chirurgie lůžka, Chirurgické oddělení, tel: 377193557

4.11.2021

INS Podání anestézie

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA PODÁNÍ ANESTÉZIE

Vážený pane, vážená paní,

na základě doporučení lékaře a Vašeho rozhodnutí se v nejbližší době podrobíte operačnímu nebo vyšetřovacímu zákroku. Naše anesteziologicko-resuscitační oddělení Vám zajistí anestezii při provádění výše uvedeného zákroku, bez které by nebylo možné výkon provést.

Anestezii Vám poskytne lékař a sestra našeho oddělení, kteří jsou v tomto oboru specializovaní a zvolí pro Vás s Vaším souhlasem nejvhodnější způsob anestezie podle zamýšleného zákroku, podle Vašeho zdravotního stavu a výsledků předoperačních vyšetření. Naším cílem je provést Vás bezbolestně a bezpečně celým léčebným procesem se zaměřením na vlastní operační zákrok.

### Co je to vlastně anestézie?

Je to léčebný postup, který má za cíl snížení nebo úplné odstranění bolesti z důvodu umožnění provedení operačního, či jinak bolestivého zákroku.

### Jakou anestezii můžeme zvolit? - vyberte -

- Celkovou (tj. "narkózu")** - kdy Vás anesteziolog přivede vlivem nitrožilně nebo inhalálně podaných léků do stavu hlubokého spánku, který odstraní všechny bolestivé podněty z celého těla.
- Místní (nejčastěji svodnou)** - kdy Vám lékař aplikuje vpichem injekce anestetikům do blízkosti nervu či do páteřního kanálu, které způsobí přechodné znecitlivění a někdy až obrnu té části organismu, kde bude prováděn bolestivý zákrok.
- Kombinovanou** - v tomto případě se kombinují oba předchozí typy znecitlivění, tímto způsobem lze u některých operací zajistit i dlouhodobou pooperační bezbolestnost a vyhnout se opakovaným nitrosvalovým injkcím k potlačení bolesti.
- Analgosedaci** - je metoda, která se používá u některých bolestivých nebo nepříjemných výkonů, kdy pacient dostává léky v takovém množství, že zůstává při zákroku při vědomí, ale bolest a dyskomfort jsou sníženy na přijatelnou úroveň.

### Má anestézie nějaké riziko?

Samozřejmě, jako kterákoliv léčebná činnost. Každá anestézie, a to i ta nejkratší, má svoje specifická rizika, která mohou v krajním případě ohrozit nemocného na zdraví i životě. Výskyt těchto komplikací nelze nikdy zcela odstranit, ale lze jej snížit náležitě provedeným předoperačním vyšetřením a předoperační přípravou za spolupráce nemocného. Na zvýšení anesteziologického rizika se významně podílejí tyto faktory:

- nedodržení doporučené přípravy nemocným (lačnění, kouření apod.)
- závažnost a počet přidružených komplikujících onemocnění (nemocný většinou neovlivní)
- stupeň neodkladnosti operace (nemožnost náležité přípravy u neodkladných operací)
- náročnost a délka operace

### Možná rizika s podáním premedikace:

Premedikace je farmakologický postup vedoucí k uklidnění a přípravu před operací a anestézií. Podává se většinou večer před výkonem a pak druhý den asi půl nebo i hodinu před operací. Léky zde mohou způsobit alergickou reakci s vyrážkou,

SN/III/INS/021/02

nevolnost, zvracení, mdloby apod. Jmenované i jiné nežádoucí účinky hlaste prosím zdravotnickému personálu.

**Možná rizika s podáním celkové anestezie:**

Přes náležitě provedené předoperační vyšetření, optimální přípravě a při zohlednění komplikujících chorob a celkového stavu nemocného, se mohou vzácně při všech metodách znecitlivění vyskytnout následující problémy:

Bolest v místě vpichu nitrožilní kanyly s krevním výronem, poranění rtů, jazyka, dutiny nosní - krvácení, zlomení či úplné vylovení zubů, vdechnutí žaludečního obsahu (převážně u nedodrženého lačnění a pauzy v kouření), poruchy srdeční činnosti nebo krevního oběhu, poškození kůže desinfekcí, útlak jednotlivých nervů s poruchou citlivosti nebo hybnosti. V pooperační době jsou někdy popisovány bolesti v krku nebo svalu.

**Možná rizika spojená s podáním svodné anestezie:**

Alergické nebo toxické reakce, křeče, poruchy citlivosti, hybnosti, selhání oběhu, bolesti hlavy, přechodné poruchy vyprazdňování močového měchýře. Snahou lékaře - anesteziologa je všem uvedeným komplikací předcházet a pokud se vyskytnou, pak je včas diagnostikovat a neprodleně léčit. Po skončení operace budete uloženi/a na své původní lůžko, v případě, že si to Váš zdravotní stav vyžádá, můžete být dočasně uloženi/a na lůžko jednotky intenzivní péče.

**Údaje o souhlasu s poskytnutím dalších alternativních výkonů v případě neočekávaných komplikací v průběhu prováděného výkonu (včetně transfuze krve)**

Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že během anestezie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně mého zdraví nebo života. Souhlasím s podáním krve nebo krevních derivátů, jestliže pro to vznikne důvod během výkonu nebo bezprostředně po něm. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že ve výjimečných případech může dojít k možným komplikacím v důsledku transfuze krve nebo krevních derivátů (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob). Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a) o možnosti vzniku výjimečně se vyskytujících, závažných a naprosto ojediněle i život ohrožujících komplikací v průběhu anestezie. Zároveň souhlasím s použitím omezovacích prostředků v pooperačním průběhu pro neklid včetně farmakologického omezení.

Pokud jste něčemu nerozuměl/a, neváhejte se zeptat na cokoliv lékaře, který bude s Vámi tento protokol podepisovat.

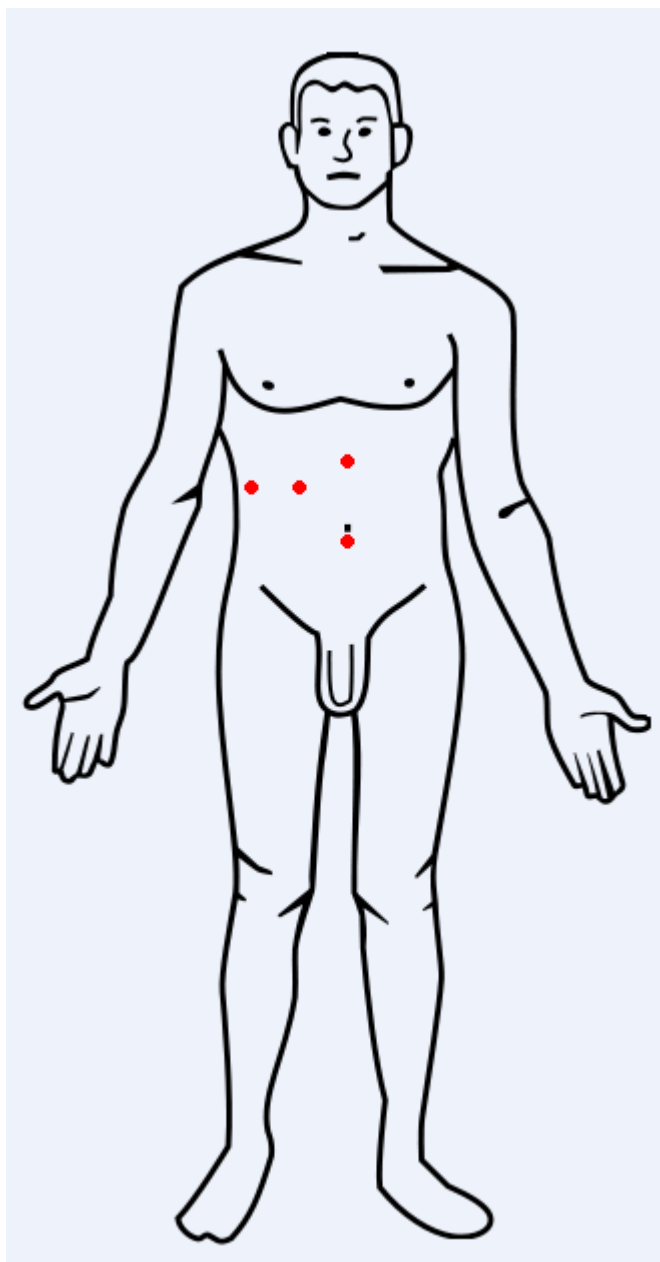
Prohlašuji, že jsem byl/a při osobním pohovoru dostatečně a srozumitelně informován/a o způsobu znecitlivění, které mi bude poskytnuto, o přípravě k němu. Na základě tohoto jsem si vědom/a i rizik, která jsou s tímto spojena a s tímto způsobem znecitlivění souhlasím.

Pacient: ..... číslo pojištěnce: ..... podpis: .....

.....  
Anesteziolog provádějící poučení ..... jmenovka a podpis

.....  
Ve Stodě dne: ..... hodin

## Příloha F – Rozmístění trokarů u laparoskopické cholecystektomie



*Zdroj: Wikiskripta.eu*

## Příloha G – Edukační leták



Stodská  
nemocnice

Nemocnice  
Plzeňského  
kraje



Stodská  
nemocnice

Nemocnice  
Plzeňského  
kraje

### Edukační materiál pro pacienty podstupující laparoskopickou cholecystektomii



Stodská  
nemocnice

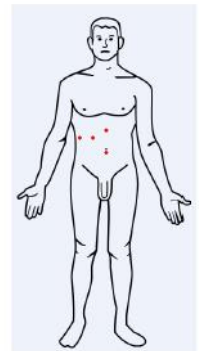
Nemocnice  
Plzeňského  
kraje

Vážená paní, vážený pane,

v rukách držíte edukační materiál zabývající se předoperační a pooperační péčí o pacienty po laparoskopické cholecystektomii. Budete-li mít po přečtení další otázky, neváhejte se nás zeptat, rádi Vám odpovíme.

#### Laparoskopická cholecystektomie

Nejčastějším důvodem k indikaci laparoskopické cholecystektomie jsou žlučové kameny, funkční poruchy nebo zánět žlučníku. Při laparoskopické operaci může dojít ke konverzi (změně) na laparotomii. Důvodem mohou být komplikace jako např. rozsáhlé břišní srůsty či těžký zánět znemožňující provedení laparoskopie.



#### Předoperační období

Den před operací se za Vámi dostaví anesteziolog, který provede anesteziologické vyšetření, zhodnotí Váš zdravotní stav, vysvětlí rizika spojená s anestézií a zvolí vhodný typ premedikace (lék sloužící k útlumu před chirurgickým zákrokem). Jako prevence tromboembolické nemoci (trombóza, plicní embolie...) Vám bude aplikován nízkomolekulární heparin.



Stodská  
nemocnice

Nemocnice  
Plzeňského  
kraje



**Stodská  
nemocnice**

Nemocnice  
Plzeňského  
kraje

Od půlnoci nebudete jíst, pít, žvýkat ani kouřit

V den operace si odstraníte veškeré šperky a protetické pomůcky. Následně provede ošetřující personál oholení v oblasti operačního pole a sestra Vám zabandážuje dolní končetiny kompresivním obinadlem. Následně Vám přinese léky navozující uklidnění před operací, které zapijete malým douškem vody, nebo Vám aplikuje léky injekční formou do svalu na hýždích. Po jejich aplikaci udržujte klid na lůžku. Kanyla do žíly na horní končetině Vám bude zavedena buď před odjezdem na operační sál, nebo až přímo na sále.



**Pooperační péče**

Po operaci budete převezeni/a zpět na pokoj. Sestra bude v pravidelných intervalech sledovat Váš zdravotní stav. Monitorovat krevní tlak, pulz, tělesnou teplotu, vědomí, krvácení, bolest a odpad z drénu (pokud byl během operace drén zaveden). V případě výskytu jakékoliv komplikace přivolejte ihned sestru pomocí signalizačního zařízení. Po laparoskopické operaci můžete pocítovat bolest ramene, tlak v podžebrí či pocit „nafouknutí“ břicha. Tyto potíže během několika dní samovolně odezní po vstřebání přebytečného vzduchu v dutině břišní zavedeného během operace.

4 hodiny po operaci Vám budou nabídnuty tekutiny. První vstávání z lůžka se provádí dle aktuálního stavu, nejdříve ve večerních hodinách za asistence sestry.



**Stodská  
nemocnice**

Nemocnice  
Plzeňského  
kraje



**Stodská  
nemocnice**

Nemocnice  
Plzeňského  
kraje

**Propuštění**

Při bezproblémovém průběhu hospitalizace budete propuštěni/a třetí pooperační den. Aby mohlo dojít k propuštění, musíte tolerovat naordinovanou dietu, spontánně se vyprazdňovat, umět pečovat o operační ránu, být bez známek infekce a znát doporučený stupeň aktivity. V den ukončení hospitalizace obdržíte od lékaře propouštěcí zprávu. S touto zprávou se budete hlásit do tří pracovních dní u svého obvodního lékaře. V propouštěcí zprávě naleznete datum odstranění stehů na naší ambulanci.

**Péče o operační ránu a jizvu**

Před i po ošetřování rány si VŽDY důkladně umyjte ruce!

Ránu sprchuje vodou, popřípadě použijte dezinfekční mýdlo, osušte a kryje sterilním krytím. Po 10-12 dnech Vám budou odstraněny stehy na naší chirurgické ambulanci. Po odstranění stehů je doporučováno provádět tlakové masáže jizvy v intervalech 3x denně 10 minut. Jizvu stlačíte a počkáte, dokud se stlačené místo znovu neprokrví. Stejným způsobem pokračujte po celé délce jizvy. K promazávání jsou doporučovány mastné krémy, vepřové sádlo nebo vazelína. Jizvu nevystavujte přímému slunečnímu záření, vyvarujte se návštěv soláří a saun minimálně po dobu 3 měsíců.



**Stodská  
nemocnice**

Nemocnice  
Plzeňského  
kraje





**Stodská  
nemocnice**

Nemocnice  
Plzeňského  
kraje

#### Dietní omezení

V den operace bude Vaše dieta 0 (tekutá). První pooperační den dieta 4 (s omezením tuků). Dietní režim je nutné dodržovat minimálně po dobu 1 měsíce. Potraviny je vhodné připravovat formou vaření, dušení či pečení. Nepřijatelné je smažení nebo grilování. Připravované jídlo by mělo být servírováno teplé, ale ne horké či studené, v malých porcích 5-6krát denně.

Mléčné výrobky	nízkotučné jogurty, kefiry, netučný tvaroh, tavené sýry, plátkové sýry do 30% tuku...
Maso	kuřecí, krůtí, králičí, telecí, rybí, libové vepřové nebo hovězí...
Uzeniny	libová šunka, drůbeží párky, dietní či drůbeží salám...
Pečivo	žitné, pšeničné, suchary, piškoty, ovesné vločky...
Zelenina	nenadýmavá, mrkev, celer, rajčata, červená řepa, hlávkový salát, dýně...
Ovoce	bez slupky, vyzrálé, banán, pomeranče, jablka, švestky, broskve, kompoty, přesnídávky...
Přilohy	ryže, těstoviny, brambory, bramborová kaše...
Nápoje	čaj, voda, neperlivé minerálky...



**Stodská  
nemocnice**

Nemocnice  
Plzeňského  
kraje



**Stodská  
nemocnice**

Nemocnice  
Plzeňského  
kraje

#### Pohybový režim

Nadměrné fyzické aktivity se vyvarujte po dobu 7-10 dní od propuštění. Můžete začít s postupným zatěžováním. Ze začátku se doporučují aktivity typu chůze, jízda na kole, plavání či jóga.



#### Rekonvalescence

Je zcela individuální – přibližně 2-3 týdny.

#### Lázeňská léčba

Na lázeňskou léčbu máte nárok, pokud jste po komplikované operaci nebo pokud se u Vás objevily pooperační komplikace (např. zánět žlučových cest, žloutenka...). Pojišťovna proplácí třítýdenní plně hrazený pobyt do půl roka po operaci. Doporučení na lázeňskou léčbu Vám musí navrhnout chirurg či gastroenterolog. Na základě tohoto doporučení Vám Váš praktický lékař vystaví návrh, který následně musí schválit revizní lékař pojišťovny.



**Stodská  
nemocnice**

Nemocnice  
Plzeňského  
kraje



**Stodská  
nemocnice**

Nemocnice  
Plzeňského  
kraje



**Stodská  
nemocnice**

Nemocnice  
Plzeňského  
kraje

**PŘI KOMPLIKACÍCH (ZARUDNUTÍ RÁNY, BOLEST...) IHNEDE KONTAKTUJTE NAŠÍ  
AMBULANCI!**

**Důležité kontakty**

**Ambulance všeobecné chirurgie a příjmová ambulance**

Po.-Pá.: 7:00-15:30 (mimo běžný provoz funguje pro akutní případy jako ústavní  
pohotovost a podléhá regulačnímu poplatku)

Tel.: 377 193 563

**Poradna pro chronické a nehojící se rány**

St.: 9:00 – 13:00 (v případě nutnosti v jiném smluveném termínu)

Tel.: 377 193 563

**Chirurgické oddělení**

Tel.: 377 193 557

**Lékařský pokoj chirurgické oddělení**

Tel.: 377 193 551, 377 193 553

Příjemnou rekonvalescenci přeje personál Stodské nemocnice.

**Vytvořila:** Stoklasová Lucie

**Konzultant:** Mgr. Kateřina Klírová, Petra Jílková

**Odborný konzultant:** MUDr. David Šmíd, Ph.D.



**Stodská  
nemocnice**

Nemocnice  
Plzeňského  
kraje



**Stodská  
nemocnice**

Nemocnice  
Plzeňského  
kraje

*Zdroj: vlastní*