



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

*ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ*

*ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ*

**EDUKACE PACIENTA PŘED PLÁNOVANOU**  
**CHOLECYSTEKTOMIÍ**

*Bakalářská práce*

Autor práce: Milada Žampachová

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Schneiderová

Prim. MUDr. Jiří Svoboda

2010

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**  
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**EDUCATION OF PATIENTS BEFORE AN ELECTIVE  
CHOLECYSTECTOMY**

*Bachelor's thesis*

Author: Milada Žampachová  
Supervisor: Mgr. Michaela Schneiderová  
Prim. MUDr. Jiří Svoboda

2010

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval (a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal (a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové .....

(podpis)

## PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji Mgr. Michaele Schneiderové za odborné vedení bakalářské práce a za poskytování cenných rad při jejím zpracování. Dále děkuji primáři chirurgického oddělení nemocnice CLINICUM a.s. v Praze, MUDR. Jiřímu Svobodovi za poskytování odborných konzultací při zpracování druhé kapitoly teoretické části práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem vyučujícím Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

## **OBSAH:**

ÚVOD .....	8
I TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 EDUKACE .....	11
1.1 Základní pojmy související s edukací .....	11
1.2 Edukační proces .....	12
1.3 Edukační lekce .....	15
1.4 Komunikace v edukačním procesu .....	18
1.5 Dokumentace edukačního procesu .....	19
1.6 Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků k poskytování informací .....	21
1.7 Edukace pacienta před cholecystektomií .....	22
2 ŽLUČNÍK .....	26
2.1 Anatomie žlučníku a žlučových cest .....	26
2.2 Fyziologie žlučového systému .....	27
2.3 Nejčastější příčiny odstranění žlučníku, etiologie .....	28
2.3.1 Cholecystolitiáza .....	28
2.3.2 Cholecystitida .....	30
2.3.3 Karcinom žlučníku .....	31
2.4 Klinický obraz .....	31
2.5 Diagnostika .....	32
2.6 Chirurgická terapie cholecystolithiasy .....	34
2.7 Komplikace cholecystektomie .....	38
2.8 Předoperační příprava .....	39
2.9 Pooperační péče .....	42
2.10 Žlučnicková dieta .....	45
II EMPIRICKÁ ČÁST .....	48
1 CÍL VÝZKUMU .....	48
2 METODA VÝZKUMU .....	48
2.1 ZDROJE ODBORNÝCH POZNATKŮ .....	48
2.2 CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ .....	48
2.3 UŽITÁ METODA ŠETŘENÍ .....	49
2.4 REALIZACE VÝZKUMU .....	51
2.5 ZPRACOVÁNÍ DAT .....	51
3 INTERPRETACE DAT .....	52

DISKUZE .....	85
ZÁVĚR .....	94
ANOTACE .....	96
LITERATURA A PRAMENY .....	98
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	101
SEZNAM GRAFŮ .....	102
SEZNAM TABULEK .....	103
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	104
SEZNAM PŘÍLOH.....	105

## ÚVOD

Nemoci žlučníku a žlučových cest (především cholelitiáza a s ní spojené komplikace), patří zejména ve střední Evropě k nejčastějším onemocněním zažívacího traktu. V České republice je cholelitiáza diagnostikována celkově u více, než miliónu obyvatel. Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) byla incidence tohoto onemocnění v roce 2008, 313 případů na 100 000 obyvatel, přičemž onemocnění u žen je dvakrát častější než u mužů. Z těchto údajů je patrné, že s tímto onemocněním se setkávají prakticky všichni lékaři, počínaje praktickými a odbornými lékaři, až po oddělení chirurgická a interní, která řeší komplikovanější případy. V posledních letech prodělala léčba tohoto onemocnění značný pokrok. Pomineme-li konzervativní léčbu (která není obsahem této práce), velké změny zaznamenala zejména chirurgická léčba. Na prvotně prováděnou klasickou cholecystektomii navázala laparoskopická a v posledních letech i její různé modifikace v podobě operace metodou SILS (Single Incizion Laparoscopic Surgery, znamená chirurgický výkon prováděný z jednoho malého řezu) a N.O.T.E.S. (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery, označující chirurgický výkon využívající přirozených přístupových cest).

Platné právní normy zajišťují pacientovi svobodu rozhodování při poskytování zdravotní péče či lépe řečeno svobodně se rozhodnout, zda bude či nebude konkrétní preventivní, diagnostický či léčebný výkon akceptovat a podrobí se mu. Aby se pacient mohl kvalifikovaně rozhodnout, musí být o doporučené péči dostatečně, srozumitelně a podrobně informován, edukován.

Potřeba informovanosti patří k základním potřebám člověka. Z nedostatku informací vzniká často strach, který následně zhoršuje celkový zdravotní stav, zvyšuje vnímání bolesti a komplikuje spolupráci mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Onemocnění samotné je pro každého zátěžovou situací a přičteme-li působení neznámého nemocničního prostředí, nutnost podrobit se operačnímu zákroku v kombinaci s představami zprostředkovanými filmem či televizí na klidu pacienta nepřidají.

V této pro pacienta stresové situaci je třeba jeho strach a obavy snižovat na nejnižší možnou úroveň a k tomu přispívá mimo jiné hlavně dobrá informovanost. Umožníme pacientovi vytvořit si představu o svém onemocnění a jeho léčbě a tím zbavit se iracionálního strachu z něčeho neznámého. Čím více mu toto poznání zprostředkujeme, tím více můžeme snížit jeho obavy.



Zvýšenou informovanost můžeme zajistit prostřednictvím kvalitních edukačních programů. Edukace, tedy výchova, vzdělávání a vyučování by měla být samozřejmou součástí profesionální činnosti zdravotnických pracovníků.

Zdravotnický pracovník vykonávající nelékařské zdravotnické povolání způsobilý k výkonu zdravotnického povolání, je oprávněn poskytovat informace pouze o zdravotních výkonech, které je sám oprávněn provádět, tedy o výkonech, které jsou součástí ošetrovatelské péče.

V této práci jsem se zaměřila na problematiku edukace pacientů před cholecystektomií, kterou podstupují na chirurgickém oddělení nemocnice CLINICUM a.s. v Praze, kde pracuji. Ročně je na tomto oddělení cholecystektomie prováděna zhruba u 200 pacientů. V roce 2009 proběhla revize informovaných souhlasů a letáků poskytovaných pacientům a proto mě zajímalo, zda se pacienti cítí být dostatečně a kvalitně poučeni, zda všem informacím správně rozumí nebo nějaké informace postrádají.

Chtěla jsem si také ověřit, zda znají a dodržují zásady žlučnickové diety a uvědomují si nutnost jejího dodržování i po odstranění žlučníku.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část práce ve své první kapitole je věnována rozboru pojmu „edukace“, jejímu významu, zásadám správného provádění, dokumentaci a kompetencím k jejímu poskytování. Zvláštní pozornost je soustředěna na edukaci při samotném onemocnění žlučníku.

Druhá část teoretické části pojednává o onemocnění žlučníku. Zmiňuje anatomii, fyziologii, klinický obraz onemocnění, diagnostiku a možnosti operační léčby. Dále předoperační a pooperační ošetrovatelskou péči a zásady žlučnickové diety.

# 1 EDUKACE

Edukace patří mezi základní role sester. Společně s dalšími rolami, mezi které patří: ošetřovatelka, komunikátorka, edukátorka (ve smyslu zdravotně výchovného působení), poradkyně, pacientova advokátka, nositelka změn, manažerka, výzkumný pracovník (Kutnohorská, 2007), se setra podílí na zlepšování zdravotního stavu jednotlivců i skupin, na zvyšování efektivity zdravotní péče a v neposlední řadě zvyšuje úroveň osobní spokojenosti při plnění náročných úkolů v zaměstnání.

Proces edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělání jedince. Oba dva pojmy se navzájem prolínají a nelze je od sebe příkře oddělit. (Juřeniková, 2010)

Průcha uvádí, že „...*ve filozofii výchovy znamená edukace proces celkové výchovy vztahující se jen na člověka a termín je tu odvozován z lat. educatio (vychovávání).*“ (Průcha, 2009)

Bez výchovy nelze vzdělávat a bez vzdělávání nelze vychovávat.

Aby byla edukace účinná a smysluplná, musí se provádět kontinuálně, cílevědomě a srozumitelně, v případě edukace ve zdravotnictví je edukace prováděná činnost, která má mít přínos hlavně pro pacienta. Kvalitně prováděná edukace upevňuje vztah mezi pacientem a sestrou. Edukaci lze označit jako učební proces, během kterého by se mělo dosáhnout změny kvality života u vzdělávaného jedince. Cílem je naučit pacienta, jak se má vyrovnat s nově vzniklou situací, již může být plánovaná operace. Edukační činnost by měla v tomto případě přispět k zabránění vzniku pooperačních komplikací, k získání pacienta ke spolupráci, zvýšit jeho informovanost, podpořit jeho komfort a servis.

## 1.1 Základní pojmy související s edukací

K pochopení samotného edukačního procesu, je zapotřebí znát základní důležité pojmy, mezi které patří:

*Edukant* je subjekt (posluchač, člověk) výchovně-vzdělávacího procesu bez rozdílu věku a prostředí, ve kterém edukace probíhá. Ve zdravotnickém prostředí bývá nejčastějším subjektem učení buď zdravý, nebo nemocný pacient. Každý je individuální osobností,

kteřá je charakterizována svými fyzickými, afektivními a kognitivními vlastnostmi. (Juřeniková, 2010) V této práci je za edukanta pokládán každý pacient přicházející na operaci žlučníku.

*Edukátor* je člověk (vyučující, učitel), který soustavně odborně vzdělává a vychovává. Je to tedy aktér edukační aktivity. (Juřeniková, 2010) V nemocnici je edukátorem lékař, všeobecná sestra, fyzioterapeut, nutriční terapeut, atd. Všichni tito pracovníci mají všechny potřebné informace a veškeré pravomoci k vykonávání edukačního procesu.

*Edukační procesy* jsou všechny činnosti, během kterých dochází k učení a k pochopení podstaty zvoleného tématu. Jeden subjekt (v nemocnici lékař, sestra) instruuje a druhý subjekt (pacient nebo skupina pacientů) se učí. Do procesu edukace vstupují čtyři determinanty: edukanti a jejich charakteristika, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí (Průcha, 2002, In Juřeniková, 2010)

*Edukační konstrukty* jsou plány, zákony, předpisy, edukační materiály a standardy, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu. Mezi edukační konstrukty patří učebnice, letáky, léčebné plány, filmy, apod. Tímto pojmem lze označit také propouštěcí zprávu, protože obsahuje údaje, kterými se pacient má řídit, různá doporučení, užívání léků, aj.

*Edukační prostředí* (edukační realita) je jakékoli prostředí, v němž probíhá nějaký řízený proces učení. Má své parametry fyzikální (velikost prostoru, architektura, aj.), ergonomické (zařízení, pomůcky, aj.) a především psychosociální (typy vztahů a komunikace mezi zúčastněnými subjekty). (Průcha, 2009) Je to místo, ve kterém edukace probíhá. Vymezuje požadavky na prostředí, kde k edukaci dochází. Příkladem může být v nemocnici ambulance, kde edukátorem je lékař spolu se všeobecnou sestrou a edukantem je pacient přicházející na objednání k operačnímu výkonu.

## **1.2 Edukační proces**

Edukační proces je součástí ošetrovatelského procesu.

Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je změna zdravotního stavu klienta. Dnes je mezinárodním standardem ošetrovatelská péče. Cílem ošetrovatelského procesu je kvalitní ošetrovatelská péče uspokojováním individuálních potřeb klienta. (Mastiliaková, 2002)

Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení a to buď záměrně (intencionálně), nebo nezáměrně (incidentálně). (Juřeníková, 2010)

Je chápán jako jedna z forem sociální interakce. Zahrnuje veškeré činnosti lidí, při nichž dochází k učení a ke změnám ve vědomostech, dovednostech, či postojích edukantů. Edukační proces v ošetrovatelství je tvořený záměrně tak, aby pacient získával vědomosti a dovednosti, které souvisejí se zdravotní problematikou. Jde o výchovně-vzdělávací proces, který je součástí ošetrovatelského procesu. (příloha č. 1, obr. č. 1)

Edukační proces ve zdravotnickém zařízení má svá specifika. Zdravotnická zařízení se zabývají především péčí o zdraví svých klientů a edukace by měla být součástí této péče, proto se musí přizpůsobit systému a metodám péče ve zdravotnickém zařízení – měla by být s nimi v souladu. (Juřeníková, 2010)

Edukační proces se zpravidla dělí do pěti fází, mezi které patří (příloha č. 1, tabulka č. 1):

**1) Fáze počáteční pedagogické diagnostiky**, slouží edukátorovi k odhalení úrovně vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta, zjišťuje jeho edukační potřeby. K tomuto využívá například pozorování, či rozhovor. Informace, které jsou v průběhu první fáze získávány, by měly být přesné, komplexní, systematické. K získávání potřebných informací se využívá například pozorování, či rozhovor. Tato fáze je významná pro stanovení budoucích cílů edukace. (Juřeníková, 2010)

**2) Fáze – plánování** (projektování), vede edukátora ke snaze naplánovat cíle, zvolit metodu, formu, obsah edukace, pomůcky, časový rámec a způsob evaluace edukace. (Juřeníková, 2010) V této fázi je nutné si položit několik otázek, na něž je třeba si také odpovědět.

**Proč** edukovat (důvod)? Určit, čeho se edukace bude týkat, k jaké změně a v jaké oblasti by mělo dojít tak, aby bylo pozitivně ovlivněno zdraví pacienta. Jaký je tedy smysl a cíl edukace?

**Koho** edukovat (člověk, osoby)? Koho do edukace zahrneme? Stanovené cíle musí odpovídat potřebám edukantů. Musí se tedy zohlednit věk, pohlaví, zdravotní a psychický stav, motivace, postoje, kognitivní vlastnosti, vzdělání, zvyky, sociálně-kulturní a ekonomické zvláštnosti, životní styl, i jazyk.

**Co** (náplň edukace)? Tedy samotný obsah edukace ve vztahu k potřebám pacienta. Zda bude zvolena edukace základní nebo reedukační. (Juřeníková, 2010)

**Jak** edukovat (způsob)? Účastníkům edukace by měl být stanovený obsah zprostředkovan vhodnými metodami a prostředky.

Je nutno zvolit takové formy, či metody, které jsou pro daného pacienta vyhovující a budou odpovídat jeho edukačním potřebám. Pomocí správně zvolené metody se nejlépe dosáhne daného cíle edukace.

**Kdo a kdy** (popis)? Který člen z multidisciplinárního zdravotnického týmu poskytne vzhledem ke své profesi i obsahu edukace ve správný čas kvalitní edukaci. Nutné je promyslet posloupnost a časový rozsah edukace. Nezbytnou podmínkou je multidisciplinární spolupráce celého zdravotnického týmu. (Juřeníková, 2010)

**Kde a za jakých podmínek** edukovat (volba místa)? V jakém prostředí by měla edukace probíhat, zda budou využity podpůrné materiály a z jakých prostředků bude edukace financována. V tomto případě je nutné si uvědomit, že k provádění edukace by měla být vyhrazena místnost, která splňuje potřebné požadavky na její kvalitu. Měla by být prostorná, dobře osvětlená a dostatečně technicky i materiálně vybavená. Během edukace by neměl nikdo vstupovat, ani odcházet, nevhodné je rovněž vyzvánění telefonu.

**S jakým výsledkem** (zpětná vazba)? Je důležité promyslet způsob hodnocení jednotlivých změn a zvolit jaké nástroje se k vyhodnocení zvolí. Zjišťuje se, do jaké míry edukant porozuměl výukové látce.

**3) fáze - realizace** spočívá ve schopnosti edukátora motivovat edukanta k účinné spolupráci během edukace. Během této fáze jsou edukantům zprostředkovávány nové poznatky o konkrétním tématu. Měla by vycházet z plánu edukace, který byl stanoven v předchozí fázi (projektování). Vše by mělo směřovat k naplnění cíle edukace. Nemělo by jít pouze o předávání informací ze strany edukátora, ale edukant by se na něm měl aktivně podílet. (Juřeníková, 2010)

Během realizování edukačního procesu musí být edukátor připraven zodpovědět všechny případné dotazy. Dělí se na fázi *motivace*, na kterou navazuje *expozice*, při které se edukantovi zprostředkovávají nové informace. Následuje *fixace*, kdy je nutné, aby získané vědomosti a dovednosti byly procvičovány a opakovány. Během *průběžné diagnostiky* se prověřuje a testuje pochopení učiva, i zájem edukanta. Posledním krokem je *aplikace*, kde edukant má být schopen získané vědomosti a dovednosti použít. (Juřeníková, 2010)

**4) fáze upevnění a prohlubování učiva** je potřebná k uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Nezbytné je systematické opakování a procvičování učiva tak, aby docházelo k jeho fixaci. Ve struktuře smíšené edukační lekce se prolínají fáze opakování dříve probraného

tématu a poskytování nových informací s fázemi seznamování s novým učivem, jeho následným opakováním, případně procvičováním.

**5) fáze zpětné vazby** (hodnocení, evaluace) je poslední fází edukačního procesu. Hodnotit se mohou různé fáze edukačního procesu. Nejčastěji hodnotí edukátor edukanta, jakých výsledků a efektů bylo u něho dosaženo. Hodnocení se může provádět jak v průběhu edukace, tak na jejím konci. Existují dva druhy hodnocení (formativní a sumativní). *Formativní* je zaměřeno na odhalování možných chyb, či nedostatků v průběhu edukace. Zjišťují se bezprostřední vědomosti, dovednosti a návyky jako zpětná vazba pro edukátory a edukanty, kdy se na základě zjištěných nedostatků může edukace aktuálně přizpůsobit potřebám edukanta. *Sumativní* (konečné, shrnující) hodnocení určuje úroveň vědomostí za časový úsek.

Hodnocení všeobecná sestra používá k tomu, aby zjistila, zda stanovený cíl, který si určila, byl splněn. Má být v souladu se stanoveným cílem a každá edukace jím musí být ukončena. Bez hodnocení nemůže edukační proces probíhat.

Uvedené fáze edukace by měly být přizpůsobeny nejčastěji užívané metodě péče o nemocného – ošetrovatelskému procesu. (Juřeníková, 2010)

### **1.3 Edukační lekce**

Edukační lekcí lze označit i porozumět každou záměrnou učební jednotku, v níž má být dosaženo změny kvality u vzdělávaného jedince. Je tím míněna každá lekce (učební jednotka) bez ohledu na časové ohraničení. (Kudlová, Tomanová, 2005)

#### **Struktura edukační lekce:**

**a) Cíl** je představou kvality (co má edukant vědět, pochopit, co má citově přijmout, v čem se angažovat, co a jak správně vykonat), k níž je směřováno. Jeho struktura by měla postihovat celou osobnost jedince – kognitivní, afektivní i psychomotorickou. Cíle by měly být formulovány srozumitelně, jasně. Cíl se týká edukátora i edukovaného jedince. Jedním z cílů edukace sestry je, že prokáže znalost specifiky jednotlivých klientů (zná, umí zjistit) a cíl pro klienta je znát sám sebe a svoje bariéry. Při realizaci a kontrole výstupu lekce jsou tyto cíle stále přítomnou myšlenkovou šablonou účastníků vzdělání, jimiž je poměřován průchod lekcí.

Příklad:

- Cílem odborného zdravotnického personálu na chirurgickém oddělení je uplatnit své odborné znalosti a dovednosti na nejvyšší úrovni v péči o pacienty, mít na paměti individualitu každého z nich a snaha zapojit do edukace i ostatní členy rodiny.
- Cílem hospitalizovaného pacienta na chirurgickém oddělení je být rovnocenným partnerem, který může na základě svých vědomostí a dovedností spolurozhodovat o svém zdraví a umět objektivně pojmenovat své těžkosti a problémy.

**b) Obsah** jinak lze nazvat jako učivo. Má tyto tři základní podoby:

- *formální* neboli informační, obsahující fakta, pojmy, soubory informací, operace s informacemi, činnosti provázející nebo aktivující užití informací.
- *realizované* učivo je to, které bylo skutečně zpracováváno účastníky edukace a děje se v učební lekci. Je závislé na schopnosti edukátora postihnout všechny složky edukace, tedy kognitivní, afektivní i psychomotorickou a využít adekvátní metody k učení se u konkrétního klienta v těchto jednotlivých složkách.
- *osvojené* učivo je to, které klient užije v životní situaci. Nejedná se tedy pouze o informaci, kterou zná, má o ní povědomost, ale dokáže s ní správně operovat v rozhodovacích procesech. Je to výstupní kvalita edukovaného jedince a tvoří je vědomosti, dovednosti, schopnosti a postoje.

Příklad:

- vědomosti a znalosti o chirurgické předoperační přípravě
- vědomosti a znalosti o chirurgické pooperační péči
- vědomosti a znalosti o režimových opatřeních, která je nutné dodržovat
- dovednosti a schopnosti, umožňující pozitivně zvládnout předoperační a pooperační období, hospitalizaci
- dovednosti a schopnosti přispívající k rychlejší rekonvalescenci a navrácení zdraví

**c) Metody** znamenají způsoby a činnosti, kterými se jedinec učí danému učivu.

Na použité metodě závisí vytvoření představy nebo porozumění vztahům a souvislostem. Edukátor by měl znát všechny postupy, metody si osvojit tak, aby je byl schopen v dané situaci použít. To platí i pro znalost alternativních postupů pro specifické případy, kam patří edukace jedinců smyslově postižených, či handicapovaných úrovní vzdělávání.

Příklad:

- ústní, písemné (letáky, brožury)
- demonstrační metody (názorné použití pomůcek)



- prezentační nástroje (ukázka přístrojů, pomůcek)
- opakování, reedukace

**d) Materiálně technické vybavení lekce** – lze také pojmenovat jako podmínky patřící do skupiny exogenní = vnější faktory podílející se na edukaci. Je závislé na rozsahu lekce, charakteru učiva, na cílech. Patří sem přístroje a pomůcky k prezentaci učiva, demonstrační modely, záznamové archy, tzv. checklisty, což je jednoduchý strukturovaný pozorovací nebo evidenční nástroj, který obsahuje seznam stanovených prvků, jež pozorovatel zaznamenává. Umožní zjistit, zda byly pozorované prvky v daném čase přítomny. (Kudlová, Tomanová, 2005) Slouží k evidenci projevů dosažené úrovně.

**e) Organizační stránka** zahrnuje prostorové zabezpečení při zachování soukromí, respektování studu, fyzikální prostředí, jako je světlo, teplo, pohodlí k zabezpečení pozornosti, rozvržení času pro jednotlivé etapy, tj. tzv. chronometráž lekce, přítomnost vyučujícího s expertními didaktickými dovednostmi nebo řízený systém samostudia a kontroly. Záleží na tom, zda edukace probíhá kontaktním způsobem, tzv. face to face, distančně nebo kombinují-li se obě formy edukace.

- vyšetřovna vybavená vzdělávacím materiálem, letáky, plakáty
- vyšetřovna zajišťující klid, soukromí a pohodlí k zabezpečení pozornosti pacienta při předávání informací
- edukační místnost s možností využití techniky k prezentaci

**f) Kontrolní – evaluační systém** je proces vyhodnocování, hodnocení a ocenění hodnoceného jevu. Jde o systém diagnostiky – počáteční, průběžné, finální. Tedy systém určený ke zjišťování, posuzování a vyhodnocování vstupních, neboli počátečních, průběžných a výstupních vědomostí. K tomu je využíván rozhovor se zpětnou vazbou, pozorování, dotazování a záznamové listy – checklisty.

**g) Cílová uživatelská skupina** - každá edukační lekce je determinována uživateli, tj. frekventanty vzdělávání. Tak lze předpokládat charakteristické možnosti učícího se jedince. Determinujícími faktory mohou být věkové, individuální, profesní zvláštnosti, vzdělanostní úroveň, styl učení, celkové zkušenosti a schopnosti. (Kudlová, Tomanová, 2005)

- pacienti chirurgického oddělení, kteří se zde objednávají, jsou hospitalizováni, operováni a propouštěni v souvislosti s plánovanou operací žlučníku.

## 1.4 Komunikace v edukačním procesu

Komunikace (z lat. *communicare*, sdílet, radit se, od *communis*, společný), obecně dorozumívání je nedílnou součástí edukace. V edukačním procesu se řadí do sociální komunikace.

Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. (Venglářová, 2006)

Na komunikačním procesu se při edukaci podílí mluvčí (edukátor), který vysílá určitá sdělení posluchačovi (edukantovi), jenž musí zprávu určitým způsobem dekodovat, případně přiměřeným způsobem reagovat. Celý komunikační proces probíhá v určitém situačním kontextu, tím se myslí situace, ve které komunikace probíhá. V průběhu komunikace se mohou objevit tzv. komunikační šumy (možnost zkreslení informací). Ty mohou být způsobeny například nedostatkem pozornosti a koncentrace na edukaci kvůli únavě pacienta, bolesti, kterou trpí apod. (Juřeníková, 2010)

Základní dělení komunikace je na verbální a neverbální.

*Verbální* je vývojově mladší a patří sem vyjadřování pomocí slov, popřípadě jiných znakových symbolů. Je úzce spjata s myšlenkovými procesy a emocemi člověka. Zásadami verbální komunikace jsou jednoduchost, výstižnost, správné načasování a přizpůsobení schopnostem a znalostem člověka. Je nutné věnovat pozornost i dalším prvkům, jako je rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, přítomnost embolických slov (slovních parazitů), délka projevu, intonace. (Venglářová, 2006)

*Neverbální komunikace* je zjednodušeně definována jako řeč těla. Její pomocí můžeme řeč podpořit nebo zcela nahradit. Vyjadřuje emoce a interpersonální postoje. Je považována za upřímnější, než verbální projev. Z antropologických studií vyplývá, že pouze 7% informací z rozhovoru pochází z toho, co slyšíme. Verbálním sdělením se přijímají holá fakta, kdežto neverbálním projevem se odhalují postoje, nálady, pocity. Řeč lidského těla je z velké části záležitostí instinktu. Nejčastěji používané členění neverbální komunikace je od Jara Křivohlavého, který říká, že v neverbální komunikaci jde o to, co si sdělujeme:

- výrazem obličeje (mimika)
- přiblížením a oddálením (proxemika)
- dotekem (haptika)
- fyzickým postojem (posturologie)

- pohybem (kinezika)
- gesty
- pohledy
- úpravou zevnějšku

Mezi prostředky neverbální komunikace podle Vahlstroma se řadí také:

- zacházení s časem (chronemika)
- zacházení s předměty (pořádek na pracovním stole, apod.)

Aby komunikace mezi zdravotníky a pacienty byla úspěšná, je důležité dbát na to, aby komunikace verbální a neverbální byla ve vzájemné harmonii.

Komunikace v edukačním procesu má:

- zprostředkovávat výměnu informací, zkušeností, motivů, postojů a emocí,
- umožnit vzájemný kontakt a působení mezi účastníky edukace,
- ovlivňovat účastníky edukačního procesu,
- sloužit jako prostředek k uskutečnění edukace.

Rozsah, způsob a struktura komunikace v edukačním procesu jsou ovlivněny počtem účastníků edukace, zvolenou metodou a formou edukace. Řídící úlohu v komunikaci v edukačním procesu má ve většině případů edukátor, který řídí činnost edukanta v souladu se stanovenými cíli. (Juřeníková, 2010)

*„Jestliže se chceš vyvarovat chyb, pozorně sleduj pět věcí: s kým mluvíš, o kom, jak, kdy a kde.“ (W. E. Norris)*

## 1.5 Dokumentace edukačního procesu

Ošetrovatelská dokumentace je systematické zaznamenávání plánované i neplánované ošetrovatelské péče poskytované pacientovi všeobecnou sestrou a ostatními členy ošetrovatelského týmu, kteří pod vedením kvalifikované sestry pracují. Vedení záznamu může efektivním způsobem ovlivňovat ošetrovatelskou praxi. (MZČR, 1998)

Povinností každého zdravotnického zařízení je vedení zdravotnické dokumentace. V současnosti je upraveno ustanovením § 67 písm. b) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Bližší podrobnosti o způsobu vedení zdravotnické dokumentace v návaznosti na výše uvedené ustanovení stanoví prováděcí vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

Povinnost vést zdravotnickou dokumentaci zakotvuje i ustanovení § 5 odst. 2 písm. d) zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. Součástí zdravotnické dokumentace by měl být i edukační záznam. (Juřeníková, 2010)

Vedení záznamu o prováděné edukaci umožňuje a podporuje informovanost všech členů multidisciplinárního zdravotnického týmu o stavu edukace, kontinuitu péče o pacienta, napomáhá k soustavnosti edukace, umožňuje včas zachytit možné problémy v oblasti edukace. Usnadňuje hodnocení edukace a v neposlední řadě chrání zdravotnický personál před trestním stíháním. (Juřeníková, 2010) Díky dokumentaci mají všichni přehled o veškeré poskytnuté péči, problémech spojených s onemocněním a s hospitalizací, v neposlední řadě také zda pacient všemu správně rozumí a chápe vše, co se s ním děje. Hlavní zásadou veškeré dokumentace je: *“Co není psáno, není uděláno!”*.

Edukační záznam by měl být, srozumitelný, úplný, pravdivý, stručný, čitelný. Měl by být snadno dostupný zdravotnickému personálu. Zápis by měl být prováděn stejným odborným jazykem. (Juřeníková, 2010) Pro způsob zápisu oprav v jakékoli dokumentaci platí, že původní zápis musí zůstat čitelný, opravy se provádí novým zápisem s uvedením dne opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla. Nepřípustné je škrtnání, gumování, či přelepování.

Dokumentace je základem edukačního procesu o vykonaných edukačních aktivitách sestry a pacienta. Její součástí je edukační plán a záznam o dosažených vědomostech, zručnostech a případně o vzniklých problémech.

Edukační záznam by měl obsahovat (Juřeníková, 2010):

- úroveň znalostí edukanta na počátku a na konci edukace,
- cíl edukace,
- použité metody a formy edukace,
- obsah edukace (alespoň osnovu, či odkaz na číslo edukačního standardu),
- učební pomůcky,
- bariéry edukace,
- odezvu na edukaci (hodnocení cílů),
- kdo, kdy, kde, koho edukoval,
- podpis edukátora,
- podpis edukanta.

Dokumentace edukace nepatří k povinné dokumentaci, přesto by měla tvořit její nedílnou součást. Provedení záznamu o edukaci je důležité z několika důvodů: přesná dokumentace chrání členy ošetrovatelského týmu, vede k aktivizaci klientů a přebírání zodpovědnosti za řešení zdravotního stavu a zaznamenává průběh, vývoj, komplikace edukace a odhaluje to, co už klient/rodinní příslušníci/pečovatelé znají. (Špirudová et al., 2006)

## **1.6 Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků k poskytování informací**

V současné době je v pohledu na zdravotnickou péči stále více kladen důraz na práva pacientů. (příloha č. 2) K nim náleží i možnost svobodného rozhodování v oblasti poskytované zdravotní péče, která je často provázána zásahem do integrity pacientovy osobnosti.

Svobodné rozhodování ale nemůže být absolutní. Aby se mohl ten, kterého se toto týká svobodně rozhodnout a určit další postup léčby, musí být náležitě informován a edukován o svém zdravotním stavu (Špirudová et al., 2006).

Všeobecná sestra má právo podávat poučení pouze v rámci své profesní kompetence a činnosti. Poučuje, edukuje o ošetrovatelských problémech, které identifikuje a řeší, o ošetrovatelských výkonech, očekávané spolupráci pacienta. Všeobecná sestra není ze zákona oprávněna podávat informace související s diagnózou, prognózou, či postupem léčby. Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry/porodní asistentky vychází ze zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání)

Informace pacientům musí tedy být sdělovány v mezích kompetencí jednotlivých pracovníků. Edukační kompetence sester zmiňuje vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

V § 3 činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí v odstavci 1) zdravotnický pracovník uvedený v § 4 až 20 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti, v písm. d) *poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,*

V § 4 všeobecná sestra v odstavci 1) vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména – písm. j) edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály.

V Hlavě I § 48 činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí: všeobecná sestra uvedená v § 49 až 59 po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti podle § 4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče, v oboru specializace, případně zaměření. Přitom zejména:

písm. a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. edukuje pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály

písm. b) na základě indikace lékaře

2. edukuje pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.

## **1.7 Edukace pacienta před cholecystektomií**

Edukace pacientů se stále pokládá spíše za určitý nadstandard. Nicméně je součástí ošetrovatelského procesu, tedy i důležitým prvkem pro hospitalizovaného pacienta. Pacienti během hospitalizace často nejsou schopni vnímat potřebné informace, které se týkají jejich onemocnění, léčby a jednotlivých léčebných i ošetrovatelských intervencí. Je to v důsledku změny zdravotního stavu, neznámého prostředí, strachu, obav i psychického vypětí. K pacientům je třeba přistupovat jednotlivě s ohledem na jejich momentální potřeby spojené s pobytem v nemocnici. Zdravotnický personál se musí naučit nepředávat pouze holé informace, ale umět je také zdůvodnit. Proces edukace by měl být součástí plánu ošetrovatelské péče.

Pokud nejsou zavedeny záznamové listy o edukaci pacientů, tzv. checklisty, je prakticky nemožné dohledat, do jaké míry byli pacienti edukováni. Pacientům může být poskytována kvalitní léčebná a ošetrovatelská péče, ale bez edukace prováděné podle standardních postupů nelze navázat správnou spolupráci mezi pracovníky zdravotnického zařízení a pacienty.

Cílem edukačního procesu v ošetrovatelství je předání pacientovi takových informací, které podpoří jeho aktivity a chování tak, aby dosáhl co nejlepšího fyzického, duševního a sociálního zdraví v nejkratší možné době. Je tedy snahou dosažení co nejvyšší kvality života v co nejkratší době, s co nejdelším následným udržením daného stavu.

Na edukačním procesu v předoperační přípravě se dle možností, zvyklostí a standardů jednotlivých nemocničních zařízení často podílejí:

- praktický lékař a sestra
- specialista lékař a sestra
- lékaři a sestry příslušného chirurgického oddělení
- jiní specialisté dle vyžádání a potřeby (např. rehabilitační pracovníci, interní lékaři, diabetolog...)
- ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení, anesteziolog a anesteziologická sestra
- operační sály – perioperační sestra

Edukační činnost sestry v předoperační přípravě je nepostradatelnou součástí účinné předoperační přípravy. Neskládá se pouze z poučení, co by měl pacient vědět, ale hlavně z dostatečné motivace, výběru vhodných témat edukace, sběru edukační anamnézy, formulace edukační diagnózy, stanovení cílů edukace a organizace edukačního plánu.

Velmi důležitá je efektivní komunikace, bez které by edukační proces nebyl dostatečně účinný. Požadavky ke kvalitní a hlavně oboustranné komunikaci sestry – pacient jsou empatie, individuální přístup, pozitivní vztah a úcta k pacientovi, znalost a využívání verbální i neverbální komunikace a jejich vzájemného sladění.

Cílovou skupinou edukace v tomto případě jsou pacienti s problematikou onemocnění žlučníku a cílem ošetrujícího zdravotnického personálu je realizace edukačního procesu před plánovanou cholecystektomií.

Na základě analýzy získaných informací od pacienta prováděnou dle modelu Gordonové sestry stanovuje ošetrovatelské diagnózy.

Prvním krokem je tedy získání **anamnézy**.

Ke zjištění úrovně znalostí použijeme následující otázky:

- Co myslíte, že způsobilo onemocnění žlučníku?
- Způsobuje Vám toto onemocnění nějaké obtíže?
- V čem Vás onemocnění žlučníku může omezovat?
- Dodržujete dietní opatření při onemocnění žlučníku?

- Víte, jaké potraviny je nutné vyloučit z jídelníčku?
- Znáte možnosti léčby onemocnění?

Na základě odpovědí na tyto otázky lze stanovit **edukační diagnózy (deficitní neznalosti v oblastech informací)**:

- o vlastním onemocnění, jeho příčinách a známkách
- o dietních opatřeních při onemocnění žlučníku
- o možnostech operačního řešení
- neefektivní léčebný režim v souvislosti s nedostatkem informací, nedostatečnou motivací

Po stanovení ošetřovatelských edukačních diagnóz následuje **určení očekávaných cílů** (výsledků):

**Cíle edukace v oblasti kognitivní**, slouží k tomu, aby edukátor věděl, zda pacient problematiku pochopil.

Cílem je, že pacienti mají základní informace:

- O příčinách a projevech onemocnění žlučníku
- O možnostech operačního řešení, včetně nejnovějších operačních postupů
- O nutnosti dodržovat dietní opatření i po provedené operaci
- O skladbě „žlučnickové“ diety, potravinách, které nejsou vhodné
- O předoperační a pooperační péči

**Cíle edukace v oblasti psychomotorické** souvisí s dovedností a činností pacienta

- Pacienti jsou schopni určit vhodné a nevhodné potraviny vzhledem k jejich onemocnění
- Dodržují postupy doporučené lékařem
- Zahájí potřebné změny životního stylu a účastní se léčby

**Cíle edukace v oblasti afektivní** se týkají postojů, hodnot, názorů a emocí.

- Pacienti jsou dostatečně motivováni k aktivní péči o své zdraví
- Projevují zvýšený zájem o nové informace
- Uvědomují si důležitost poznat své onemocnění, aby jej mohli lépe zvládat
- Vědí, že čím více převzou aktivní roli v péči o své zdraví, tím lépe a dříve se s nemocí vypořádají
- Jsou si vědomi, že dodržováním doporučených zásad může onemocnění probíhat bez komplikací a tím dojít k dřívějšímu uzdravení



Poté se mohou stanovit **ošetřovatelské intervence**:

- Zvolte vhodné prostředí pro edukaci
- Všimněte si překážek bránících pacientovi dozvědět se, co potřebuje (smyslové bariéry, zdravotní stav,...)
- Posuďte motivaci pacienta
- Poskytněte pacientovi dostatek informací o podstatě, vzniku a projevech onemocnění žlučníku
- Všimněte si ochoty a schopnosti pacienta učit se novému
- Veďte rozhovor a poskytněte zpětnou vazbu
- Dohodněte se s klientem na vzájemných cílech
- Zapojte do spolupráce i rodinné příslušníky
- Poskytněte pacientovi také písemné materiály, ke kterým se může podle potřeby vracet
- Podporujte pacienta v aktivitě
- Nacvičte s pacientem praktické dovednosti

Hodnocení edukace, vyhodnocení výsledku se provádí v závěru edukačního plánu. Pomocí dotazů, v některých případech lze využít i krátký znalostní test, se vyhodnotí, zda bylo, či nebylo dosaženo vytyčených cílů a v případě potřeby se plán může upravit.

Záznamový list o provedené edukaci se ukládá do zdravotnické dokumentace pacienta.

Na tomto místě je třeba zdůraznit, že proces edukace probíhá během celého období trvání onemocnění, po které se pacient svěřil do péče zdravotnického zařízení.

Týká se každodenního styku s nemocným a všech úkonů, které podstupuje. Je nedílnou součástí přípravy na každé vyšetření, předoperační přípravy a pooperační péče, proces edukace je rovněž nezbytný při propuštění pacienta z nemocnice do domácího ošetřování.

Edukační činnost, má-li být prováděna kvalitně, vyžaduje patřičnou legalizaci. Žádné standardy ani kodexy dosud nejsou pregnantně formulovány. Pro svou časovou náročnost by mohl být eventualitou částečný úvazek pouze na proces edukace, či formulování profese edukátorky, jako samostatné sestry. Pokud má být plněna jakou součástí profese, je nutná její legalizace a kodifikace.

## 2 ŽLUČNÍK

Druhá kapitola teoretické části je věnována charakteristice onemocnění žlučníku, jeho operační léčbě a zásadám ošetrovatelské péče.

### 2.1 Anatomie žlučníku a žlučových cest

**Anatomie žlučníku** (příloha č. 4, obr. č. 2). Žlučník je dutý, hruškovitý orgán, ležící na spodní straně jater. Jeho povrch je kryt viscerálním peritoneem. Pod ním je uložena vazivová stěna protkaná hladkými svalovými vlákny. Sliznici kryje cylindrický epitel tvořící hlen.

Anatomicky se žlučník rozděluje do čtyř částí:

- fundus, což je nejširší část, přesahující asi 1 cm volný okraj jater
- tělo, které je užší a z části je kryté dolní plochou pravého jaterního laloku. Volnou částí se nachází v blízkosti duodena a jaterní flexury tlustého střeva
- infundibulum oblého tvaru tvoří přechodnou část mezi tělem a krčkem
- krček žlučníku je dlouhý 5 - 7 mm a přechází v ductus cysticus

Kapacita žlučníku je cca 30 - 70 ml. Arteriální zásobení zajišťuje v 80 % *arteria cystica*, která odstupuje z *arteria hepatica dextra*. Ta kříží *ductus cysticus* a vytváří síť ve stěně žlučníku. Z 20 % je krevní zásobení zajištěno cévou odstupující z aberantní jaterní tepny nebo z jiné větve *arteria coeliaca*. Venózní odtok je zajištěn přes *vena cystica*, která je součástí portálního systému

Funkcí žlučníku je skladování a zahušťování žluče. Žlučník skladuje žlučové kyseliny, které jsou potřebné pro trávení a vstřebávání tuků. Tyto kyseliny a další složky žluči se do žlučníku dostávají z jater, kde vznikají. Jaterní žluč se zde zahušťuje a podle potřeby se vyprazdňuje do duodena. Kontrakce a vyprazdňování žlučníku se děje reflexně a také hormonálně cholecystokininem.

**Anatomie žlučových cest.** Žlučové cesty začínají intrahepatálně, kde žlučovody začínají jako žlučové kapiláry mezi dvěma k sobě přivrácenými trácemi hepatocytů v jaterním lalůčku. Postupným spojováním vytvoří čtyři hlavní segmentové větve. Spojením žlučovodů pravého jaterního laloku vzniká pravý a spojením žlučovodů levého jaterního žlučovodu vzniká levý žlučovod (*ductus hepaticus dexter et sinister*). Pravý a levý žlučovod se po výstupu

z jaterního hilu v *porta hepatis* spojují ve společný vývod, *ductus hepaticus communis*, jehož délka je asi 2 až 5 cm. Šířka *ductus hepaticus communis* se je průměrně 5 mm. Spojením s *ductus cystikus* vycházejícím ze žlučníku se společným žlučovodem vzniká *ductus choledochus*, který takto pokračuje až ke svému vyústění na vyvýšenině duodena, *papille Vateri*, ležící asi 10 cm za pylorem. *Ductus choledochus* je uložen před *vena portae* a vpravo od *arteria hepatica*. Jeho délka je 3 - 5 cm a lumen zdravého choledochu má průměr 3 - 6 mm. V pankreatickém úseku se obvykle připojuje hlavní vývod pankreatu, *ductus Wirsungi* a oba tyto vývody většinou ústí na Vaterově papile společně. Zhruba ve 20% je společné vyústění obou vývodů odděleno septem. Duodenální část *ductus choledochus* je obkroužena snopci vláken hladké svaloviny, tzv. *Oddiho sfinkter*.

## 2.2 Fyziologie žlučového systému

Žlučník (*vesica fellea*) slouží jako tlakový regulátor celého odvodného žlučového systému. Exokrinní funkci jater představuje tvorba žluči.

Žlučník má 3 základní funkce:

**1. motorickou**, která se sama dále dělí na *interdigestivní* fázi, kdy během plnění dochází k relaxaci žlučníku, k resorpci vody a elektrolytů. Žluč je zahuštěna 2 - 5krát. Po naplnění dochází ke kontrakcím, které žluč promíchávají a zajišťují intermitentní tok žluče do duodena. Další fáze je *digestivní*, kdy dochází k vyprázdnění žlučníku. Během této fáze stoupá tok žluče následkem kontrakce žlučníku a současné relaxace Oddiho svěrače. Vyprázdnění 50 % objemu je dosaženo za 30 minut. První, rychlejší fáze je následována pomalejší, která trvá až do vyprázdnění žlučníku.

**2. sekreční** - sliznice žlučníku secernuje glykoproteiny a  $H^+$ -ionty.

**3. absorpční** - absorpce  $Na^+$  a  $Cl^-$  je hlavním mechanismem koncentrace žluče. Dvě třetiny resorbovaného  $Na^+$  jsou směňovány za  $H^+$ . Voda je absorbována pasivně pomocí osmotických sil, které vedou k poklesu osmotické aktivity uvnitř žlučníku.

**Žluč** je plynule tvořena v játrech, v množství 0,5 – 0,7 litru za den o neutrálním až slabě kyselém Ph. Odtud je odváděna do žlučníku. Zde je ze žluče vstřebávána voda a chlorid sodný a žluč se zahušťuje. Uvolňování žluče ze žlučníku odstartovává hormon *cholecystokinin*, který se uvolňuje z dvanáctníku při přítomnosti potravy v žaludku.

Žluč je složitá tekutina. Obsahuje směs žlučových solí, lipidů, cholesterolů a pigmentů, bílkoviny a minerální soli jako je např. sodík. Žlutohnědá barva žluči je dána žlučovým barvivem bilirubinem, který vzniká rozpadem červených krvinek

Žlučové kyseliny konjugované i nekonjugované jsou v tenkém střevě jednak pasivně reabsorbovány, jednak aktivně resorbovány v terminálním ileu. Reabsorbováno je kolem 95 % žlučových kyselin. Tyto se vracejí do portální cirkulace, jsou vychytávány hepatocyty a zpětně sekretovány do žluče.

Funkce žluči v organismu

- resorpce tuků - přispívá k emulzifikaci tuků a tím je připravuje k trávení a resorpci ve střevě
- resorpce vitamínů rozpustných v tucích (A, D, E, K) a kalcia
- exkrece bilirubinu, cholesterolu, steroidních hormonů, těžkých kovů, léků, toxických látek
- aktivace střevních a pankreatických proteolytických enzymů
- neutralizace střevního obsahu

**Oddího svěrač** má dvě základní funkce. Zabraňuje reflexu duodenálního obsahu do žlučových a pankreatických cest a reguluje průtok žluče svěračem. Je schopen chovat se jako pumpa mechanismem dlouhých peristaltických kontrakcí. Tyto kontrakce umožňují přivádění žluče do duodena i proti tlakovému gradientu.

## 2.3 Nejčastější příčiny odstranění žlučníku

Nejčastějšími důvody k odstranění žlučníku jsou *cholecystolitiáza* (přítomnost žlučových konkrementů ve žlučníku), *cholecystitida* (zánět žlučníku) a *karcinom žlučníku*.

### 2.3.1 Cholecystolitiáza

Cholecystolitiáza (příloha č. 5, obr. č. 3) znamená přítomnost konkrementů (kamenů) ve žlučníku. Patří mezi velmi častá onemocnění, její výskyt stoupá s věkem. Mezi rizikové faktory, podílející se na jejím vzniku patří ženské pohlaví (ženy onemocní 2 - 3krát častěji, než muži), obezita, prudké zhubnutí, dieta s vysokým obsahem cholesterolu a sacharidů, těhotenství, resekce tenkého střeva a některé choroby, jako např. diabetes mellitus, či jaterní cirhóza.

Cholecystolitiáza nepatří mezi časté příčiny smrti, ale svou vysokou prevalencí je častou příčinou morbidit.

Kameny (příloha č. 5, obr. č. 4) vznikají při nepoměru mezi koncentracemi základních složek žluči (cholesterol, soli žlučových kyselin a fofolipidy). Podle toho jaká složka převažuje, se kameny dělí na:

- *cholesterolové*, které jsou většinou solitární, kulovité a vznikají při zvýšené koncentraci cholesterolu ve žluči. Příčinou bývá dieta s vysokým obsahem tuků.

- *pigmentové*, které mohou být černé (tuhé, mnohotné, vyskytují se při hemolytickém ikteru, tedy při zvýšeném obsahu bilirubinu) a hnědé (křehké, mazlavé, které se vyskytují při cholestáze a zánětu). Pigmentové kameny obsahují zejména bilirubin a jeho soli.

Jsou větší a z části rentgen kontrastní.

- *smíšené*, které se u nás vyskytují nejčastěji. Jde o mnohotné fasetované kameny, které se vyskytují v chronicky zánětlivě změněném žlučníku. Jejich přítomnost se považuje za prekancerozu

Kameny mohou být jak příčinou, tak i důsledkem zánětu a cholestázy.

Cholecystolitiáza může probíhat ve třech formách, jako asymptomatická, symptomatická a komplikovaná forma. Nejčastější formou je forma asymptomatická.

Komplikacemi cholecystolitiázy může být biliární uzávěr cystiku, s pozdější možností vzniku hydrodsu až empyému žlučníku, dále vycestování kamene ze žlučníku do choledochu (cholodocholitiáza), kde může způsobit obstrukční ikterus, biliární pankreatitidu nebo cholestázu. Další komplikací může být vznik zánětu (cholangitida), jaterní absces nebo cholangiogenní sepse. Pokud dojde k vycestování konkrementu ze žlučových cest, může způsobit biliární ileus.

Přítomnost kamenů může vyvolat zánět žlučníku (cholecystitida), ale může dojít i ke vzniku tlakové nekrózy stěny žlučníku s perforací. A to buď do peritoneální dutiny, kde způsobí biliární peritonitidu nebo píštělí do střeva, kde opět vzniká biliární ileus.

Smíšené kameny společně s chronickou cholecystitidou jsou spoluzodpovědné za vznik karcinomu žlučníku.

### 2.3.2 Cholecystitida

Toto zánětlivé onemocnění žlučníku se rozděluje na akutní a chronické, dále na kalkulózní a akalkulózní. U více než 90 % nemocných je současně prokázána také cholecystolitiáza. Nejčastěji se objevuje u žen mezi 20. až 50. rokem života, častěji u obézních pacientek. Významným rizikovým faktorem je diabetes mellitus.

*Akutní kalkulózní cholecystitida* je nejčastějším akutním zánětem v oblasti břicha. Ve více než 90 % procentech vzniká na základě obstrukce žlučových cest konkrementy nebo biliárním sedimentem (*sludge*). Obstrukce vyvolá zvýšení tlaku ve žlučníku a spolu s hypersaturací žlučových kyselin cholesterolem způsobí zánět. Mimo to, poranění způsobená konkrementy vyvolávají tvorbu mediátorů zánětu. Asi ve 20 % případů dochází k sekundární infekci, kterou nejčastěji způsobují bakterie *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.* nebo *Streptococcus faecalis*. Výskyt akutní kalkulózní cholecystitidy stoupá s věkem.

*Akutní akalkulózní cholecystitida* je mnohem vzácnější. Její průběh bývá ale těžší a je provázen komplikacemi. Vyskytuje se vzácně do 50. roku života a je častější u mužů. Může vzniknout jako důsledek torze žlučníku, ale častěji se s ní můžeme setkat u osob dlouhodobě hladovějících, u úplné parenterální výživy, po opakovaných transfuzích, při polytraumatech, popáleninách, u osob uměle plicně ventilovaných, po břišních operacích, komplikovaných porodech, při sepsi nebo při šoku.

*Chronická cholecystitida* je nejběžnějším onemocněním žlučníku. Je téměř vždy doprovázena cholecystolitiázou. Může vzniknout z ataky akutní cholecystitidy nebo od samého počátku nenápadně v důsledku mechanického či chemického poškození stěny žlučníku se sekundárně přidruženými zánětlivými změnami. Výsledkem je svráštělý, perlově bělavý žlučník bez lesku se ztlustělou stěnou a někdy i s kalcifikacemi v ní. Ve svém luminu obsahuje žlučník zahuštěnou, často odbarvenou žluč s různým počtem kamenů a sludge (žlučového bláta). Kameny jsou často fixovány ke stěně, ductus cysticus bývá blokován kamenem (Brodanová, 1998).

### 2.3.3 Karcinom žlučníku

Karcinom nepatří mezi časté onemocnění. Nachází se asi u 1 % operovaných žlučníků a tvoří 1 - 3 % všech tumorů. Z tumorů trávicího ústrojí stojí na pátém místě. Incidence tumorů žlučníku však u nás stoupá.

Jeho příčina není doposud známá, předpokládá se vztah k cholecystolitiáze i chronické cholecystitidě, kdy stěna žlučníku chronicky drážděna přítomným kamenem a zánětem je citlivější na vyvolávající momenty. Za predispoziční faktory se považuje léčba estrogeny, obezita, choroby tenkého střeva, poruchy metabolismu žlučových kyselin a lipoproteinů.

Karcinom zprvu roste ze stěny žlučníku, nejčastěji z fundu nebo krčku, posléze vrůstá do jaterní tkáně a do okolních struktur. Postižena může být i břišní stěna. Brzy metastazuje lymfatickou cestou do porta hepatis (jaterní brána).

Karcinom postihuje častěji ženy v 6. - 7. dekádě. Klinické projevy mohou být zprvu necharakteristické. Později si nemocní stěžují na bolest v pravém podžebří, nechutenství, nevolnost, zvracení, ztrátu hmotnosti, nesnášenlivost tučné stravy. Kolikovitě bolesti bývají vzácnější. Ikterus vzniká až při prorůstání nádoru do choledochu. U 20 % nemocných dochází k rozvoji ascitu při metastázách na peritoneu a uzávěru veny portae.

Metastázy se objevují v plicích, v kostech.

Léčba je ve vysokém procentu neúspěšná. Jedinou nadějí je radikální resekce i přilehlé části jater. Častější je paliativní výkon, který směřuje k odstranění obstrukce žlučových cest, řešený většinou endoskopickou cestou.

## 2.4 Klinický obraz

Nemocného k lékaři přivádí obvykle bolest, která onemocnění žlučníku provází. Tato bývá lokalizována do pravého podžebří. Vlastní onemocnění se projevuje (s výjimkou bezpříznakové formy) symptomy a příznaky odpovídajícím komplikacím litiázy. V praxi se rozlišují dvě příznakové formy:

*Forma dyspeptická*, kterou provází soubor nespecifických příznaků v podobě nepříjemného nebo bolestivého tlaku v epigastriu, nauzey, zvracení, říhání, meteorismu, pocitu napětí po tučném jídle, objektivně se vyskytuje bolestivost v pravém podžebří nebo pozitivní Murphyho příznak (viz fyzikální vyšetření)

*Forma kolikovitá* bývá typickým projevem onemocnění žlučníku. Ve své charakteristické podobě mnohdy pomáhá stanovit diagnózu. Jde o náhlé kruté křečovitě bolesti v pravém podžebří, vystřelující pod pravou lopatku, případně je maximum bolesti lokalizováno v epigastriu. Šíření bolesti do prekordia může imitovat akutní infarkt myokardu.

Bolest vzniká po dietní chybě, často v noci. Na rozdíl od zánětu, kdy se pacient pro bolest nehýbe, při prosté kolice je neklidný a hledá úlevovou polohu.

## 2.5 Diagnostika

Diagnóza se stanovuje pomocí invazivních a neinvazivních vyšetřovacích metod. Základní diagnostika onemocnění je založena na anamnéze, klinickém obrazu, fyzikálním vyšetření a na pomocných vyšetřovacích metodách.

**Anamnéza** – směřuje k vyloučení ostatních náhlých příhod břišních (perforovaný vřed, apendicitida, akutní pankreatitida, renální kolika). Vyloučit je nutno také infarkt myokardu, pneumonii, či hiátovou hernii. Při odběru anamnézy lékař pátrá po výskytu biliárních onemocnění v rodině. Výskyt litiázy je téměř pravidlem v několika generacích. Dále se ptá na metabolická onemocnění a žen vždy na těhotenství (rodivší ženy mají litiázu častěji). Zjišťuje všechna chronická onemocnění, dřívější iktery, změny barvy moči a stolice, biliární koliky, pátrá po dyspeptických potížích. Pátrá po změnách tělesné teploty a tělesné hmotnosti, hlavně po jejím spontánním poklesu.

**Fyzikální vyšetření pacienta** - během objektivního vyšetření si lékař všimá ikteru, subikteru na sklérách, či měkkém patře. Při pruritu nalézá stopy po škrábání, někdy nacházíme xantalezmata na očních víčkách. Při déletrvajícím cholestáze se objevují projevy zvýšené krvácivosti a to hlavně na dolních končetinách. U nemocného se může vyskytovat i krvácení z nosu a sliznic.

Ze základního vyšetření pěti P (pohled, poslech, pohmat, poklep a per rektum) se při vyšetření žlučníku uplatňují hlavně pohmat a poklep. Vyšetření *pohledem* je přínosné pouze k rozpoznání ikteru. Samotný žlučník je vidět pouze výjimečně a to při velkém zvětšení a chabé břišní stěně, nejčastěji při nádorovém onemocnění.

*Poklepem* se zjišťuje bolestivost u akutních cholecystitid.

*Pohmatem* zjišťuje lékař zvětšený žlučník. Při zánětu žlučníku je okolní krajina silně napjatá



a bolestivá. Pokud vyšetřující položí prsty na oblast žlučníku a vyzve nemocného, aby se zhluboka nadechl, ten toho není schopen pro velkou bolestivost - tzv. *Murphyho příznak*.

**Laboratorní vyšetření** patří mezi invazivní vyšetření a lékař se zde opírá o vyšetření sérového bilirubinu, jehož zvýšené hladiny provázejí ikterus. Dále vyšetřuje cholestatické (exkreční enzymy) jako je ALP (alkalická fosfatáza) kdy vysoké hladiny jsou u poruchy odtoku žluče, GMT (gamaglutamyltranspeptidáza) zvyšující se u cholestáz, LAP (leucinaminopeptidáza) také stoupající u cholestáz, ale i u hepatitid a některých tumorů. Vyšetření hladiny cholesterolu může prokázat hypercholesterolémii, provázející všechny formy cholestáz. Změna Quickova testu (prodloužený protrombinový čas) je často u cholestáz dána poruchou resorpce vitamínu K. Z tumorových markerů jsou to především CA 19-9 (zvýšení u biliárních tumorů), CA 50 (adenokarcinom žlučových cest), CA 125 (karcinomy žlučové oblasti). Stanovení protilátek, tedy pozitivita AMP, která svědčí pro primární biliární cirhózu. Aminotransferázy (ALT a ASP) zachycují reakci jater na biliární onemocnění. Podstatné je vyšetření zánětlivých změn, kdy je zjišťována leukocytóza, zvýšené CRP a zvýšená sedimentace erytrocytů.

**Zobrazovací vyšetřovací metody** patří mezi základní vyšetření.

**Nativní snímek** může zobrazit značně zvětšený žlučník při hydrospu nebo kontrastní konkrementy ve žlučníku, které se však oproti nekontrastním vyskytují jen vzácně. Toto vyšetření může odhalit eventuální aerobili, což je vzduchová náplň žlučových cest.

**Ultrasonografie** je základní vyšetření žlučníku, které zobrazuje jeho obsah (konkrementy, zahuštěnou žluč, nádorové útvary), ale i stěnu žlučníku a jeho okolí (ztluštění stěny, její infiltrace, infiltrace nebo tekutinu v okolí). Ultrasonograficky je možné diagnostikovat i dilataci žlučových cest. Jde vyšetřovací metodou první volby. (příloha č. 6, obr. č. 5)

**Výpočetní tomografie (CT)** doplňuje ultrasonografii a její indikace je hlavně při podezření na nádory žlučníku a velkých žlučovodů. Významné je toto vyšetření pro zjištění příčiny obstrukce žlučových cest.

**Magnetická rezonance (MR-cholangiografie)** se provádí pro zobrazení žlučovodů. Její citlivost se blíží přímé cholangiografii.

**Perorální cholecystografie (CHCC)** je vyšetření, při kterém se kontrastní látka podává den před vyšetřením a žlučník se zobrazuje s odstupem 12 hodin

**Intravenózní cholangiografie (IVC)** se provádí i.v. podáním 20 - 60 ml kontrastní látky a snímky se pořizují z 20 - 120 minut. (příloha č. 6, obr. č. 6)

Obě posledně jmenované metody jsou postupně vytlačovány moderními vyšetřovacími metodami.

**Endoskopická retrográdní cholangiografie a cholangiopenkreatikografie (ERC, ERCP)** je endoskopické vyšetření používané pro určení příčiny cholestázy, při podezření na patologii žlučových cest, při negativním výsledku jiných vyšetření, při podezření na anomálie žlučových cest a jako předoperační vyšetření žlučovodů před cholecystektomií při známkách, či podezření na blokádu žlučových cest. (příloha č. 6, obr. č. 7)

**Perkutánní transhepatální cholangiografie (PTC)**, kdy jsou žlučovody plněny kontrastní látkou po punkci intrahepatální větve za skiaskopické kontroly tenkou jehlou přes jaterní parenchym. Provádí se při nemožnosti provést ERCP, u obstrukčního ikteru. Je ovšem zatíženo větším množstvím komplikací, jako je krvácení, vytékání žluči do peritoneální dutiny s možným rozvojem peritonitidy a vznikem hepatikovenózní píštěle. (příloha č. 6, obr. č. 8)

**Cholangiografie (CHAG)** buď peroperační při klasickém způsobu cholecystektomie, nebo pooperační, pokud je do žlučovodů zaveden T-drén provádí se před jeho odstraněním.

## 2.6 Chirurgická terapie cholecystolithiasy

Základním řešením chirurgické léčby cholecystolithiasy je cholecystektomie. (příloha č. 7) V současné době je cholecystektomie prováděna klasicky, či laparoskopicky. Mezi nejnovější metody odstranění žlučníku patří, SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery) a N.O.T.E.S., což je zkratka z angl. Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery, tedy operace přirozenými tělesnými otvory, jako je dutina ústní (a následně žaludek, jícn), močové ústrojí či vagína.

Na chirurgickém pracovišti nemocnice CLINICUM a.s. se provádějí první tři typy operací, jejichž popis následuje v dalším textu.

a) **Klasická cholecystektomie** je operace prováděna ze šikmého nebo transrektálního řezu v pravém podžebří, případně z horní střední laparotomie. Postup vedoucí k odstranění žlučníku může být retrográdní, či ortográdní. První znamená vypreparování a poté ligace *ductus cysticus* a následně *arteria cystica* a po jejich ošetření je žlučník postupně uvolňován z jaterního lůžka směrem k fundu žlučníku. Ortográdní postup představuje postupně

uvolňování žlučníku směrem od jeho fundu a *ductus cysticus* a *arteria cystica* jsou ligovány a protřaty naposledy.

Jaterní lůžko se sblíží se stehem, aby se zmenšil vzniklý defekt na spodní straně jater. K jaternímu lůžku se zpravidla zavádí drén, který má za úkol odvádět žluč z aberantních žlučovodů, zánětlivý výpotek nebo krev z lůžka.

Laparotomická cholecystektomie je vždy je metodou volby při nádorech žlučníku a často při pokročilých zánětech žlučníku. Dále se provádí hlavně u pacientů s choledocholithiasou, protože umožňuje před podvazem cystiku zavést kanylu a provést tak peroperační cholangiografii a při patologickém nálezů i choledochotomii a vynětí kamenů z choledochu. Po operacích na choledochu se do něj zavádí T-drén, o jehož péči se zmiňují v pooperační péči o pacienta.

**b) Laparoskopická CHCE** (příloha č. 8, obr. č. 9 – 18), patří mezi tzv. miniinvazivní chirurgické výkony, možná vhodněji nazývané *chirurgie minimálního přístupu* nebo *maximálně šetrnou chirurgií*. Provádí se v celkové narkóze, po založení pneumoperitonea pomocí insuflace oxidu uhličitého a za pomoci laparoskopické techniky. Operuje se tedy v atmosféře oxidu uhličitého, obvykle při tlaku 12 mmHg. Pomocí tří až čtyř trokarů jsou do břišní dutiny zaváděny optika a operační nástroje ovládané zevně chirurgy. Vyhledá se *ductus cysticus* a *arteria cystica*, které se po zaklipování titanovými svorkami přeruší. Poté operátor opatrně pomocí elektrokoagulace uvolňuje žlučník z jaterního lůžka. Uvolněný žlučník je vytažen z dutiny břišní pomocí extrakčních kleští zavedených přes port u pupku. Celý výkon se provádí za přímé kontroly zrakem na televizním monitoru, kam se promítá průběh operace snímané malou kamerou zavedenou do břišní dutiny.

V případě potřeby se provede výplach dutiny břišní a zavede drén. Po skončení operace se zbylý vzduch desufluje (vypustí) a drobné ranky po trokarech se zašijí.

Pokud operace proběhne bez komplikací, pacientovi po ní zůstávají na břicho 4 malé jizvičky. Při tomto výkonu má být vždy jistý a anatomicky přehledný postup, není-li tomu tak, je třeba výkon převést na klasický (Zeman, 2001).

**c) SILS** - zkratka z anglického Single Incizion Laparoscopic Surgery v překladu znamená, že se jedná o operaci z jednoho malého řezu, většinou v pupku. (příloha č. 9, obr. č. 19 – 21) Již samotná laparoskopie se řadí mezi miniinvazivní operační metody. SILS je jen dalším krokem ve snaze o minimalizaci chirurgického výkonu. Technická podstata operace je vlastně totožná s laparoskopickou technikou. Místo dalších tří portů pro zavádění nástrojů se využívá pouze pupek pacienta, kam se kromě portu pro optiku zavádí ještě dva

další porty o průměru 5 mm pro zavedení potřebných nástrojů. Pro lepší manipulaci se zde však využívají flexibilní nástroje, které tak umožní lepší pohyb v dutině břišní a nástroje si tolik vzájemně nepřekážejí.

Při této technice je ovšem velmi důležitá uvážlivost operátora, který při nejasnosti o anatomických strukturách, při nepostupující operaci a dalších možných komplikacích včas zavede pomocné porty a nástroje, kterými lze dokončit výkon konvenční laparoskopickou cholecystektomií, eventuálně přistoupí ke klasické konverzi na otevřený výkon (Svoboda, 2009).

I přes přání a požadavky ze stran pacientů není vhodné stavět klasickou a laparoskopickou operaci do protikladu. Laparoskopie je u některých operací výhodnější pro nemocného, klasická operace je však pojistkou dokončení operace v případě problémů a zůstává zlatým standardem v řešení komplikovaných situací. (Drahoňovský, 2000)

Rozdíly mezi laparotomickým a laparoskopickým výkonem jsou uvedeny v tabulce č. 2: Srovnání klasické a laparoskopické operace.

Tabulka č. 2: Srovnání klasické a laparoskopické operace

	KLASICKÁ	LAPAROSKOPICKÁ
stěna břišní poraněna	silně	málo
pohmoždění útrobu	větší	malé
pooperační bolesti	větší	malé
obnovení činnosti trávicího traktu	3. – 5. den	1. – 3. den
doba hospitalizace	3 – 14 dní	1 – 9 dní
návrat do běžného života	3 – 8 týdnů	1 – 5 týdnů
ohrožení kýlou v jizvě	větší	malé
kosmetický efekt	malý	příznivý

(Drahoňovský, 2000)

S výhodou v oblasti výrazného snížení bolestivosti v ráně souvisí snížení množství analgetik a opiátů v pooperačním období. Také doba, po kterou je nutno podávat heparinové preparáty se podstatně zkracuje vzhledem k možnosti brzké mobilizace pacienta.

Provádění laparoskopických operací je ovšem limitováno kontraindikacemi, které jsou pro větší přehlednost uvedeny v tabulce č. 3: kontraindikace laparoskopických operací.

Tabulka č. 3: Kontraindikace laparoskopických operací

ABSOLUTNÍ	RELATIVNÍ
Mechanický nebo paralytický ileus	Interní choroby (ICHS, těžká CHOPN, metabolické poruchy)
Generalizovaná peritonitida	Imunosuprese a hyperkortizolismus
Příliš velký tumor v dutině břišní	Morbidní obezita
Chronická obstrukční choroba bronchopulmonální	Rozsáhlejší a mnohočetné laparotomické jizvy
Šokový stav	Koagulopatie, a antikoagulační terapie
Rozsáhlá břišní kýla	Zánětlivé procesy ve stěně břišní
Čerstvý infarkt myokardu	
Kardiální insuficience	
Pokročilá gravidita	

(Pafko, 1998)

V tabulce č. 3 jsou uvedeny kontraindikace pro laparoskopii obecně. Ke kontraindikacím vztahujících se přímo k laparoskopické cholecystektomii patří také tumory žlučníku, blokáda žlučových cest, jaterní cirhóza a s ní obvykle spojená portální hypertenze.

Z uvedených kontraindikací vyplývá, že rozhodnutí, jakým způsobem bude operace provedena, je zcela v rukou lékaře. (Drahoňovský, 2000)

Klasická operace je na jedné straně základem, na druhé straně určitou pojistkou úspěšného dokončení operace laparoskopické. (Drahoňovský, 2000) Je tedy nutno zdůraznit, že při provádění laparoskopických výkonů je nutná přítomnost erudovaného chirurga, protože nikdy nelze předem vyloučit možnost konverze na klasický výkon.

## 2.7 Komplikace cholecystektomie

Pooperační komplikace jsou dané operačním přístupem. Při srovnání klasické a laparoskopické operace jsou vyskytující se komplikace velmi podobné, pouze vzhledem k odlišnosti přístupu bývají méně, či více obvyklé. Z možných komplikací, které se vyskytují u obou přístupů, je třeba zmínit zejména výrazné krvácení, jak z poraněného jaterního lůžka, tak ze sklouznuté ligatury (klipu), či špatně ošetřené arteria cystica.

Během operace může dojít k poranění hlavních žlučovodů, které se pooperačně projeví ikterem. Poraněné mohou být i okolní útroby. Při preparaci žlučníku může dojít k jeho perforaci, což má za následek vylití obsahu žlučníku do dutiny břišní s možnými zánětlivými komplikacemi. Dutinu břišní je nutné dostatečně vypláchnout a pokud možno vyjmout všechny vypadlé konkrementy. V tomto je třeba pacienta zajistit antibiotickou léčbou.

Na pooperační komplikace upozorní zvýšená teplota, nepřiměřené, neustupující bolesti a ikterus. (Drahoňovský, 2000) V případě peroperační drenáže je nutno sledovat množství a barvu odváděné tekutiny, které avizuje možnost poranění žlučových cest nebo krvácení.

**Klasická cholecystektomie** znamená pro pacienta celkově vyšší možný výskyt komplikací. Operační trauma břišní stěny je větší, což může vést ke vzniku infekce v operační ráně, které může mít za následek dehiscenci rány. Riziko vzniku kýly v jizvě je také vyšší, než u laparoskopicky prováděné operaci. Použitím velkých nástrojů během operace dochází rovněž k většímu pohmoždění útrob. S tím souvisí pozdější nástup obnovení střevní pasáže. Vzhledem k větší operační ráně a pohmoždění útrob během operace, vnímají pacienti po klasické cholecystektomii bolest mnohem více, než po laparoskopii.

Jelikož se jedná o operační výkon, je třeba počítat s komplikacemi, které se vyskytují po kterékoli operaci a sem patří záněty žil, vmetnutí krevních sraženin ze žil do plicní tepny, zápal plic, srdeční infarkt, či mozková mrtvice.

Také u **laparoskopické cholecystektomie** se komplikace mohou vyskytnout. Oproti klasické cholecystektomii se u laparoskopie přidružují komplikace spojené se zaváděním pneumoperitonea a trokarů, jako např. pneumoomentum či možná perforace velké cévy nebo dutého orgánu. Může se jednat o závažná poranění, která zcela změní charakter původně plánovaného miniinvazivního výkonu. Perforace střeva, žlučníku, či poranění žlučových cest může nastat také elektrokoagulací.

Během výkonu může dojít ke krvácení z cystické tepny, z jaterního lůžka, ale můžeme jej očekávat i z jednotlivých vpichů pro trokary.

Pozdní stenózy mohou vzniknout pravděpodobně jako následek použití koagulace v blízkosti ductus choledochus, které se řeší biliodigestivní spojkou, či ve spolupráci s endoskopistou zavedením stentu.

Peroperačně zjištěná cholodocholitiáza může vést ke konverzi, nebo je možno operaci dokončit laparoskopicky a choledocholitiázu následně řešit cestou ERCP.

Ojedinělou, ale možnou komplikací je pneumotorax s podkožním emfyzémem, který se řeší drenáží hrudníku s aktivním odsáváním ještě během výkonu. Podkožní emfyzém se obvykle spontánně vstřebá.

Bolest po laparoskopické operaci je v místě operačních vstupů minimální. Nejvíce pacienti vnímají nepříjemný tlak a bolest v ramenou a v zádech. Její vznik je dán plynem, který byl insuflován do dutiny břišní a jeho nedostatečným vyprázdněním na konci operace. Dochází ke dráždění *nervus phrenicus*, který bolesti způsobuje.

Do tří dnů po operaci ale dochází k úplnému vstřebání plynu a tím i k odeznění bolesti.

## 2.8 Předoperační příprava

Před každým operačním výkonem je nutná předoperační příprava pacienta. Obecně se operační výkony dělí na *plánované*, kam patří například nekomplikovaná cholecystektomie, dále na *urgentní*, kam patří např. náhlé příhody břišní (perforace žlučníku) a na *výkony z vitální indikace*, zachraňující život pacienta bez ohledu na přidružené choroby.

### a) dlouhodobá předoperační příprava

Tato příprava začíná již před samotnou hospitalizací pacienta na chirurgické oddělení. Pokud není nutná hospitalizace nemocného, probíhá příprava ambulantně. Na předoperační přípravě se podílí jak chirurgické, tak interní oddělení.

*Chirurgická příprava* spočívá v diagnostice onemocnění a chirurgické intervenci. Významné je vyšetření pacienta na RTG pracovišti, vyšetření sonografické, endoskopické (ERCP). Ošetřující lékař informuje pacienta o průběhu hospitalizace, operačním výkonu a pooperační péči. Pacient na základě souhlasu s navrženým postupem podepíše informovaný souhlas.

Na *interní předoperační vyšetření* je pacient vyslán pro závěrečné zhodnocení zdravotního stavu k operaci a k anestezii. Toto vyšetření nesmí být starší 14 dnů. Některá pracoviště tolerují interní vyšetření provedená i tři týdny před plánovaným výkonem.

V rámci interního předoperačního vyšetření se provádí screeningové vyšetření moče (moč + sediment) k odhalení případné infekce, či glykosurii, biochemické vyšetření krve (urea, kreatinin, hladina glukózy, jaterní testy), dále hematologické (sedimentace, krevní obraz), hemokoagulační, vyšetření krevní skupiny a Rh faktor.

Pacientovi je natočeno EKG pro určení orgánových změn na srdci, RTG snímek srdce a plic se provádí k odhalení chorobných procesů na srdci, k určení velikosti a uložení srdce.

Speciální vyšetření se provádějí podle typu přidružených chorob.

Na základě interního vyšetření lékař doporučí vedení anestezie a možnou úpravu stávající léčby podle komorbidit pacienta.

V rámci ošetrovatelského procesu zahrnují aktivity sestry v tomto období (Mikšová, 2006):

- vysvětlit pacientovi potřebu předoperační přípravy a předoperačním vyšetření
- informovat o podávání předoperační terapie
- poskytnout přehled o pooperační péči
- seznámit se způsoby zmírňování bolesti
- vysvětlit léčebné postupy nařizené lékařem
- seznámit s dietním opatřením po operaci
- seznámit a informovat rodinné příslušníky a zajistit jejich spolupráci

#### **b) krátkodobá předoperační příprava**

začíná 24 hodin před samotným operačním výkonem. Patří sem *fyzická příprava*, kdy je pacient informován o nutnosti lačnění 6 - 8 hodin před výkonem, nesmí tedy nic jíst, pít a samozřejmý je zákaz kouření. Dále *hygienická příprava*, tedy celková koupel, péče o nehty, odstranění make-upu, šperků a protetických pomůcek.

*Příprava operačního pole*, které se oholí, očistí a odmastí, nutná je kontrola pupeční jizvy hlavně před laparoskopickou operací.

*Anesteziologická příprava* spočívá v návštěvě anesteziologa přímo na oddělení, který informuje pacienta o způsobu a vedení anestezie, předá pacientovi informovaný souhlas, který pacient podepisuje. Anesteziolog doplní na základě zjištěných údajů premedikaci.



Velmi důležitou součástí je *psychická příprava* pacienta, kdy se snažíme minimalizovat možný strach z operace a pooperačního období. Pro klidný spánek se večer před operací podávají hypnotika a sedativa dle ordinace anesteziologa.

V rámci ošetrovatelského procesu zahrnují aktivity sestry v tomto období (Mikšová, 2006):

- vysvětlit pacientovi potřebu předoperační přípravy a předoperačním vyšetření
- zdůvodnit a zajistit důkladnou přípravu střev
- seznámit a zajistit přípravu kůže a operovaného místa
- seznámit a zajistit hygienu před výkonem
- vysvětlit léčebné postupy nařizené lékařem
- připravit pacienta na návštěvu anesteziologa
- vysvětlit potřebu nepřijímat potravu a tekutiny perorálně nejméně 8 hodin před výkonem
- zdůvodnit potřebu a zajistit odstranění šperků, naličení, protetických pomůcek, zubní náhrady, paruky, brýlí, naslouchadel, laku na nehtech bezprostředně před výkonem
- seznámit a naučit pacienta cviky pro hluboké dýchání, pro snadnější odkašlávání, pro dolní končetiny, způsoby obracení a vstávání z lůžka
- seznámit s plánovanou dobou operace podle operačního programu
- seznámit pacienta s tím, co může očekávat – operační rána krytá obvazem, bolest a účinek analgetik, perorální a intravenózní výživa, dietoterapie
- zkontrolovat všechny údaje anamnézy, hlavně alergické projevy
- zajistit podepsání souhlasu s léčnou a operací
- pravidelný monitoring fyziologických funkcí
- zajistit potřebnou dokumentaci k výkonu
- dle ordinace lékaře aplikovat premedikaci na noc
- sledovat celkový současný psychický a zdravotní stav pacienta

### **c) bezprostřední předoperační příprava**

Je prováděna v den operace asi 2 hodiny pře plánovaným výkonem.

V rámci ošetrovatelského procesu zahrnují aktivity sestry v tomto období (Mikšová, 2006):

- komunikovat s pacientem a uklidňovat vlídným jednáním
- přiložit antiembolické punčochy nebo elastické bandáže jako prevenci trombembolické nemoci dříve, než vstane pacient z lůžka, a dle ordinace lékaře aplikovat antikoagulancia

- zkontrolovat, zda pacient nepřijímal nic perorálně
- zajistit a zkontrolovat vyprázdnění močového měchýře
- upravit dlouhé vlasy, odstranit všechny spony
- zajistit ranní hygienu společně s kontrolou pupeční jizvy
- zkontrolovat odstranění šperků, hodinek, zubních a ostatních protéz, kontaktních čoček, paruk,...
- zkontrolovat a zajistit speciální požadavky dle ordinace lékaře, např. podání léků, zajištění diabetických pacientů infuzemi glukózy
- zkontrolovat přípravu operačního pole
- aplikovat premedikaci dle ordinace anesteziologa 30 minut před výkonem a zajistit, aby pacient od této chvíle již neopouštěl lůžko
- zajistit převoz pacienta s veškerou dokumentací na operační sál a předat anesteziologické sestře

Krátce bych chtěla zmínit přípravu u diabetických pacientů, kteří by měli být hospitalizováni alespoň 1 den před operací, kdy se provádí glykemický profil, pacienta na oddělení navštíví interní lékař, který podle hodnot glykémie rozepíše infuze glukózy s inzulinem. Diabetičtí pacienti by měli být zařazováni do operačního programu mezi prvními!

## **2.9 Pooperační péče**

Pooperační péče začíná s ukončením operačního výkonu.

Po operaci zůstává pacient pod stálý dohledem ošetřujícího personálu, až do doby, než dojde ke stabilizaci krevního oběhu, spontánního dýchání a návratu obranných reflexů. Dle rozsahu operačního výkonu, celkového stavu a přidružených chorob, je pacient umístěn nejprve na dospávací jednotku, odkud pak podle stavu zpět na standardní oddělení, či na jednotku intenzivní péče, popřípadě na oddělení ARO.

Sestra přebírá pacienta od anesteziologické sestry, který ji informuje o provedeném výkonu, ordinacích intervalu měření fyziologických funkcí, aplikaci analgetik a infuzní terapii. Od operátora sestra získává pokyny k ošetrovatelské péči i k péči o případné drenáže. Pacient má po operaci zavedený periferní venózní katetr do cévního řečiště.

Aktivity sestry bezprostředně v den výkonu po převozu na ošetrovací jednotku (Mikšová, 2006):

- monitorovat fyziologické funkce dle předepsané ordinace, nejčastěji každých 15 minut, později 30 minut až 1 hodinu dle stavu. Sestra měří tepovou frekvenci, krevní tlak, tělesnou teplotu a saturaci krve kyslíkem
- kontrolovat stav zornic, vědomí, barvu a teplotu kůže na rtech a nehtových lůžkách
- kontrolovat stav krytí operační rány a možné prosakování krví hlásit lékaři
- zaznamenávat vývoj bolesti a zajistit podávání analgetik dle ordinace lékaře, případně lékaře informovat o reakcích pacienta na analgetika
- zaznamenávat barvu, konzistenci a množství drenážní tekutiny
- aplikovat intramuskulární injekce dle ordinace lékaře
- monitorovat komplikace a stížnosti pacienta
- zabezpečit vodní a elektrolytovou rovnováhu podáváním naordinovaných infuzí, sledovat intravenózní vstupy
- sledovat a zaznamenávat bilanci tekutin
- sledovat možné komplikace, jako je tachykardie, neklid, hypotenze, krvácení,...
- sledovat vyprazdňování močového měchýře, pacient by se měl vymočit do 8 hodin od operace, a pokud selžou opatření ke spontánnímu vymočení, je nutné provést katetrizaci močového měchýře
- provádět celkovou hygienickou péči a vést pacienta k samostatnosti a přiměřené aktivitě
- sledovat projevy psychického stavu pacienta
- provádět vyšetření dle ordinace lékaře
- edukovat pacienta o prováděných vyšetřeních a ošetrovatelských postupech

Aktivity sestry v dalších pooperačních dnech (Mikšová, 2006):

- monitorovat fyziologické funkce dle ordinace lékaře
- zabezpečit první den po operaci vstávání z lůžka jako prevenci žilních a plicních komplikací s přihlédnutím k celkovému stavu pacienta
- zajistit hygienu a postupně zvyšovat samostatnost pacienta v sebedpěči
- provádět dechová cvičení a nácvik kašle s fixací operační rány
- provádět speciální cviky dolních končetin nejméně každé 4 hodiny jako prevence vzniku trombu, tromboflebitidy a embolie

- sledovat bilanci tekutin
- zajistit dodržování stanovené pooperační diety. Perorální příjem je pozvolný, zpočátku se jedná o dietu č. 0, dále 1 a 4. Po laparoskopické operaci je obnovení střevní pasáže rychlejší, pacient tedy může přejít na stravování per os dříve, než po klasické operaci
- sledovat projevy bolesti, kterou začíná pociťovat po vymizení účinku anestetika a dle okolností ustává po několika hodinách, či dnech. Úkolem sestry je pacientovu bolest hodnotit podle kritérií, kam patří intenzita bolesti, její lokalita a charakter, progresse, vyvolávající faktory a faktory úlevy od bolesti. Bolest je hodnocena pomocí vizuální analogové škály a pečlivě zaznamenává do dokumentace. Dle ordinace lékaře sestra aplikuje analgetika a lékaře informuje o jejich účinku.
- sledovat obnovení peristaltiky do 48 hodin po výkonu. Obnovení střevní pasáže se vyšetřuje pomocí fonendoskopu, kdy jsou v břiše slyšitelné zvuky střevní peristaltiky. Po klasické operaci nastává obnovení pasáže za 3 – 5 dní, po laparoskopické je nástup rychlejší, pasáž se rozbíhá již 1. – 3. den.
- sledovat hojení operační rány, asistovat při převazech, uzavření, extrakci drénů
- sledovat zlepšování zdravotního stavu pacienta, které se projeví zlepšováním sebeděče, stoupající aktivitou, minimální bolestivostí, klidným spánkem a dobrým psychickým stavem
- pravidelně provádět záznamy do dokumentace o všech výkonech, vyšetřeních a změnách zdravotního stavu
- provádět pravidelně a systematicky edukaci pacienta a připravovat ho na propuštění do domácího ošetřování

**Péče o operační ránu** patří mezi základní povinnosti sestry. Ta kontroluje možné prosáknutí obvazu krví, či jiným sekretem, fixaci obvazu, a pokud je peroperačně založena drenáž, sleduje množství krevních ztrát, případně přítomnost a množství žluče a vzhled odváděného sekretu. Asistuje lékaři při převazech operační rány a sleduje možné komplikace, jako je zarudnutí rány, přítomnost hnisu, otok a bolest.

Po operačním výkonu na choledochu má pacient zaveden T-drén, kdy sestra opět sleduje množství odváděného sekretu a případné příměsi. Dle ordinace lékaře provádí klampáž drénu, zhruba 7. pooperační den. Zprvu se klampáž provádí 2x na jednu hodinu za 24 hodin, dále 2x dvě hodiny za 24 a 2x čtyři hodiny za 24 hodin. Pokud klampáže drénu pacient snáší bez komplikací, lékař ordinuje klampáž na 24 hodin. Poté je pacientovi provedena cholangiografie a na základě výsledku se T-drén pacientovi odstraňuje.

**Propuštění** pacienta z nemocnice je velmi individuální. Záleží na typu operace a na možných pooperačních komplikacích. Mezi základní kritéria k propuštění patří absence jakýchkoli známek infekce v operační ráně, pacient má být afebrilní, a musí být edukován o tom, jak pečovat o operační ránu, jaké jsou symptomy infekce a o nutnosti dodržovat dietní opatření. Pacient je poučen, v jakých případech má navštívit lékaře a je pozván na kontrolu do chirurgické ambulance dané nemocnice.

## 2.10 Žlučnicková dieta

Žlučník sice k životu nijak zásadně nepotřebujeme, ale má svůj smysl. Umožňuje uskladnit větší množství žluče a při příjmu tučné potravy ji uvolnit a tuky natrávit. Bez žlučníku člověk tuto schopnost ztrácí. Žluč se zachovaným žlučovodem v malých dávkách vylučuje neustále, ale není již možné reagovat na náhlý vysoký příjem tuků. Z toho plyne nutnost jíst opatrně méně tučná jídla v menším množství vícekrát denně. Porušení tohoto pravidla a požití velkého množství tučného jídla má za následek, že se tuk bez dostatečného množství žluči ve střevě nenatraví a vzniká průjem s nepříjemně páchnoucí stolicí. Je dobré si to uvědomovat a jíst střídavě. Z uvedených skutečností vyplývá, že „žlučnicková dieta“ není pouze součástí konzervativní léčby, jak by se mohlo zprvu zdát, ale její dodržování je nutné minimálně ještě 3 – 6 měsíců po odstranění žlučníku.

Dietní opatření mají také zabránit záchvatům a vážným komplikacím cholelitiázy. Dieta musí být dlouhodobá i rozumná. Skládá se z obvyklých jídel připravovaných vhodnou technologií. K sestavování diety bychom měli přistupovat individuálně, vytipovat jídla obvykle špatně snášená. Vyhýbání se jídlům, která nemocný nesnáší, by tedy mělo být základní pravidlo.

Přesto pacientovi můžeme doporučit dietní opatření, která se mu vyplatí dodržovat:

1. Rozdělit potravu do menších jídel během dne, nepřejídat se hlavně večer
2. Omezit denní přísun tuků a zvýšit v potravě přísun bílkovin
3. Připravovat jídla tak, aby nedocházelo k přepalování tuků (vynechat pečení, smažení, k přimaš'ování použít jen čerstvé rozpuštěné máslo, olej, či rostlinné tuky)
4. Vždy vyzkoušet toleranci jídel obvykle hůře snášených (ovoce, zelenina, moučníky, mléko)
5. Všechny potraviny musí být dobře, do měkka uvařeny. Mají být požívány v klidu, ne ve spěchu

## 6. Pečovat o pravidelnou stolicí, zejména zácpa není žádoucí

(Brodanová, 1998)

Jídla se mohou přikořenit malou dávkou běžného koření, křenu, pažitky. Nedoporučuje se pepř, paprika, kari koření, smažená cibule a česnek.

Z polévek jsou vhodné rýžová, zeleninová, se zavářkami. Při přípravě masových polévek by se tyto měly nechat vychladnout a sebrat přebytečný tuk. Vynechat by pacient měl polévku gulášovou nebo dršťkovou.

K zahuštění by se měla používat mouka pouze nasucho pražená nebo rozmíchaná v mléce.

Mezi doporučená masa se řadí hovězí, telecí, drůbeží, králík, sladkovodní ryby a filé, šunka a rostbíf. Zásadně se nedoporučují masa tučná, vepřové, husa, kachna, skopové, zabíjačka, škvarky, lůj a sádlo. Uzeninám je lepší se vyhýbat.

Při přípravě masa se preferuje dušení, vaření, příprava na grilu, na teflonu, v pergamenu nebo v alobalu. Vyloženě zakázané je smažení, příprava na slanině, na smetaně, opékání na tuku, či nakládání.

Jako přílohu lze zvolit rýži, těstoviny, houskový knedlík, brambory vařené nebo jako kaše. Brambory by neměly být smažené. Dále bramborák, bramborové placky a různé formy bramborových a jiných salátů by do jídelníčku patřit nemělo.

Opatrnost je na místě také s volbou zeleniny, jako je hrách, zelí, kapusta, květák, fazole a celer. Zeleninu je nejlépe použít do polévek. Vhodná je její úprava vařením, dušením, či v rizotu. Zcela by se pacienti měli vyhnout houbám, kyselým okurkám a nakládané zelenině.

Z ovoce jsou nevhodné hrušky, třešně a ořechy. Naopak kompotované ovoce je možné jakékoli.

Z moučných jídel je lepší zvolit starší chléb, kynuté pečivo také starší, ovocné nekynuté knedlíky, žemlovku, nákypy, kaše, pudinky. Konzumovat by se neměly kupované dorty, pečivo z lístkového těsta a tučné náplně v pečivu.

Žloutky z vajíček by se měly přidávat pouze do těsta, vhodný je šlehaný bílek. Občas, ale ne večer je možné vajíčko naměkko. Zcela by měly být vyloučeny majonézy, smažená vajíčka a volská oka.

S mléčnými výrobky by měl pacient nakládat podle individuální snášenlivosti. Dobře snášeno je kyselé mléko, zakysané výrobky, kefir, jogurty, tvaroh a žervé. Důležité je vynechat uleželé a zrající sýry, smetana, zmrzliny a mražené výrobky.

Z tekutin by se měl pacient vyvarovat syceným minerálkám, džusům vyrobených z citrusových plodů a zrnkové kávě.

Období bez obtíží je pro pacienta velice zrádné. Svádí ho k porušování diety a je nutno říci, že nemocní se žlučnickovým onemocněním patří k velmi málo ukázněným nemocným. Pokud právě nemají obtíže, jsou náchylní k požívání velkého množství jídla a to i takových pokrmů, o kterých dobře vědí, že u nich vyvolávají obtíže.

Bezprostředně po žlučnickovém záchvatu by měl nemocný dodržovat nejméně den nebo dva přísnou dietu s dostatkem tekutin. Nejlepší volbou je sladký čaj se suchary.

## **II EMPIRICKÁ ČÁST**

V empirické části jsou nejprve stanoveny výzkumné cíle. Následuje popis užitých metod výzkumu i jeho realizace. Po interpretaci získaných dat jsou tyto v diskuzi podrobněji okomentovány společně s vyhodnocením jednotlivých cílů výzkumu.

### **1 CÍL VÝZKUMU**

Hlavním cílem bylo zmapovat edukaci pacientů před plánovaným výkonem.

Dílčí cíle:

1. Zjistit kým a jakým způsobem jsou pacienti informováni
2. Zmapovat, zda pacienti mají dostatečné znalosti o pooperačním režimu
3. Zmapovat jak dalece jsou pacienti ochotni spolupodílet se na svém zdraví

### **2 METODA VÝZKUMU**

Výzkum byl prováděn kvantitativní metodou pomocí nestandardizovaného dotazníku.

#### **2.1 Zdroje odborných poznatků**

Odborné údaje a poznatky potřebné k vypracování dotazníku byly získány po prostudování odborné literatury, internetových zdrojů, prací zaměřených na podobnou problematiku a z vlastních zkušeností.

#### **2.2 Charakteristika souboru respondentů**

Kritériem pro výběr respondentů byla účast na výzkumu pouze těch pacientů, kteří byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení CLINICUM a.s. v Praze a podrobili se zde



plánované cholecystektomii klasickou i laparoskopickou metodou. Do výzkumu byli zahrnuti všichni pacienti splňující tuto podmínku, bez stanovení dolní, či horní věkové hranice. Nejmladšímu respondentovi bylo 19 let, nejstaršímu 72 let.

### **Charakteristika chirurgického oddělení nemocnice CLINICUM a.s. v Praze**

Chirurgické pracoviště disponuje dvěma lůžkovými odděleními, jedním oddělením JIP, třemi ambulancemi a dvěma operačními sály, kde je poskytována 24 hodinová nepřetržitá péče pacientům s chirurgickým onemocněním. Pracoviště má k dispozici dohromady 42 lůžek, z toho septické lůžkové oddělení 20 lůžek, aseptické oddělení 18 lůžek, jednotka intenzivní péče další čtyři lůžka. Pracuje zde celkem 39 sester na plný úvazek, z toho 2 sestry pouze na ranní směnu, 37 sester ve směnném provozu. Na částečný úvazek pracují 2 sestry. Hospitalizovaní jsou tu pacienti od 18 let věku. Operační schéma se týká kompletního zažívacího traktu, končetinové traumatologie, operací na štítné žláze a dalších chirurgických výkonů (varixy, hemeroidy, aj.). V loňském roce (2009) zde bylo odoperováno celkem 1257 pacientů, z tohoto počtu se podrobilo 218 pacientů cholecystektomii. Laparoskopickou cholecystektomii podstoupilo 91,6% pacientů, klasickou cholecystektomii 8,4%. V roce 2009 byla na chirurgickém pracovišti nemocnice CLINICUM a.s. zavedena operační metoda SILS, kterou pokud hovoříme o úspěšně dokončené operaci bez nutnosti přidání dalších portů, bylo odoperováno 11 pacientů.

### **2.3 Užitá metoda šetření**

Pro výzkumné šetření bylo v této práci užito kvantitativního výzkumu. Jako výzkumná metoda pro získání dat byl zvolen nestandardizovaný dotazník. Dotazník obsahuje soustavu otázek, které slouží k získání specifických údajů, které byly potřebné pro výzkumné šetření. Dotazník byl anonymní a jeho vyplnění dobrovolné. V dotazníku byly použity otázky:

**1. Uzavřené**, které nabízejí předem formulované odpovědi, ze kterých respondent vybere jednu nejvíce se blížící jeho názoru.

**2. Polouzavřené** jsou kombinací uzavřené a otevřené otázky, respondent má možnost doplnění vlastní odpovědi v uvedené variantě „jiná odpověď“.

**3. Otevřené** (nestrukturované), které respondentovi nenabízejí žádnou možnost odpovědi, musí tedy napsat odpověď vlastní.

**4. Polytomické**, kdy respondent má možnost vybrat jednu nebo více variant. (Kutnohorská, 2009)

V dotazníku byly většinou použity otázky uzavřené se strukturovanou odpovědí

Vlastní dotazník se skládá z pěti částí. První obsahuje úvodní dopis vysvětlující důvod prováděného výzkumu a pokyny k vyplnění dotazníku. Druhá část se zaměřuje na informativní otázky, třetí část (zjišťující) slouží k posouzení informovanosti pacientů a čtvrtá část (vědomostní) je orientována na ověření vědomostí ve vztahu k vlastnímu onemocnění. Poslední pátá část zjišťuje ochotu pacientů spolupodílet se na svém zdraví. Dotazník obsahuje celkem 26 položek, které jsou číslované 1 – 26. (příloha č. 12) Poslední, doplňující položku jsem zvolila otevřenou, kde respondenty vyzývám k vyjádření připomínek vlastních. Rizikem otevřené otázky je to, že na ní odpovídá pouze omezený počet respondentů, mohou odbíhat od tématu, ale bezpochyby nabízí prostor pro zajímavé a leckdy i podnětné připomínky.

Dotazník byl vytvořen ve spolupráci s Mgr. Michaelou Schneiderovou a po prostudování zdrojů odborných poznatků. V rámci pilotního šetření byli o vyplnění dotazníku požádáni 4 pacienti. Jelikož nebyly shledány žádné nesrovnalosti v kladených otázkách, byl dotazník dále distribuován dalším pacientům chirurgického oddělení.

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na získávání dat v těchto oblastech:

Ke zjištění demografických údajů byly použity položky dotazníku 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

Ke zjištění dílčího cíle č. 1, který zjišťuje, kým a jakým způsobem jsou pacienti informováni, byly použity položky 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17.

Ke zjištění dílčího cíle č. 2, který byl orientován na zmapování znalostí o pooperačním režimu, byly použity položky dotazníku č. 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24. Správné odpovědi jsou v tabulce vyznačeny oranžovou barvou a okomentovány níže.

Ke zjištění dílčího cíle č. 3, který měl odhalit ochotu pacientů spolupodílet se na svém zdraví, byly použity položky č. 25, 26.

## 2.4 Realizace výzkumu

Výzkum byl prováděn na chirurgickém oddělení CLINICUM a.s. v Praze a byl zaměřen na pacienty podstupující plánovanou cholecystektomii klasickou a laparoskopickou metodou. V září roku 2009 byla podána žádost o povolení výzkumného šetření hlavní sestře CLINICUM a.s. Haně Syrové, která byla dne 4. 9. 2009 schválena (příloha č. 13) a poté byly dotazníky distribuovány pacientům.

Soubor zkoumaných osob tvořili všichni pacienti podstupující plánovanou operaci v období listopad 2009 až leden 2010. Většinu dotazníků bylo rozdáno mnou osobně z důvodu vysvětlení významu prováděného průzkumu a možnosti ihned zodpovědět případné dotazy. O pomoc s distribucí byly požádány také staniční sestry obou lůžkových oddělení. Dotazníky se rozdávaly den po provedené cholecystektomii, pacientům byly vysvětleny cíle výzkumu a zároveň zdůrazněno, že odpovědi jsou anonymní. Na vyplnění dotazníku nebyl stanovený časový limit. Vyplněné dotazníky pacienti odevzdávali kolegyním na odděleních, které je vkládaly do tomu určených desek. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků, z nichž byly vyplněny a vráceny všechny. Žádný z oslovených pacientů účast na výzkumu neodmítl. Návratnost dotazníků byla tedy 100 %. Z vyplněných a odevzdaných dotazníků muselo být následně 8 dotazníků z výzkumného šetření vyřazeno. Ve třech dotaznicích byla v položce č. 6 (Do nemocnice Vás doporučil) označena odpověď „nikdo, přišel (a) jsem akutně /bolest, nevolnost/“, jednalo se tedy o pacienty přicházející s akutními obtížemi a nesplňovali tím podmínku plánované operace. Ve třech dotaznicích respondenti vpisovali vlastní poznámky k jednotlivým položkám, poslední 2 dotazníky musely být vyřazeny pro nevyplnění všech položek. Do výzkumu bylo nakonec zařazeno 52 dotazníků, tedy 86,7 % z celkem distribuovaných.

## 2.5 Zpracování dat

Získaná data byla zpracována vpisováním dat do kontingenční tabulky Microsoft Excel. V tabulkách byla vypočtena relativní četnost, u některých položek byly vypočítány střední hodnoty pomocí vzorce pro aritmetický průměr.

*Relativní četnost* byla propočítána pomocí vzorce:

$$f_i = n_i/N$$

$f_i$  = relativní četnost

$n_i$  = absolutní četnost

$N$  = celková četnost

Absolutní četností se rozumí počet jednotek v každé skupině. Relativní četnost je poměr absolutní četnosti ve skupině k celkovému počtu jednotek v souboru, poskytuje tedy informace, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu

Nejčastěji se udává v %.

Střední hodnoty byly vypočítány pomocí vzorce pro *aritmetický průměr*:

$$X = (x_1 + x_2 + x_3 + \dots + x_n) : N$$

$X$  = aritmetický průměr

$N$  = celková četnost

Aritmetický průměr je součet všech hodnot vydělený jejich počtem.

V bakalářské práci jsou použity koláčové grafy. Pro konstrukci tabulek i grafů byl využit Microsoft Excel.

### **3 INTERPRETACE DAT**

Výzkumného šetření se zúčastnilo 52 respondentů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení nemocnice CLINICUM a.s. v Praze, kteří podstoupili plánovanou cholecystektomii.

Všechna data, která byla zjištěna dotazníkovým šetřením, byla analyzována a zde je uvedena jejich interpretace.

## INFORMATIVNÍ ČÁST:

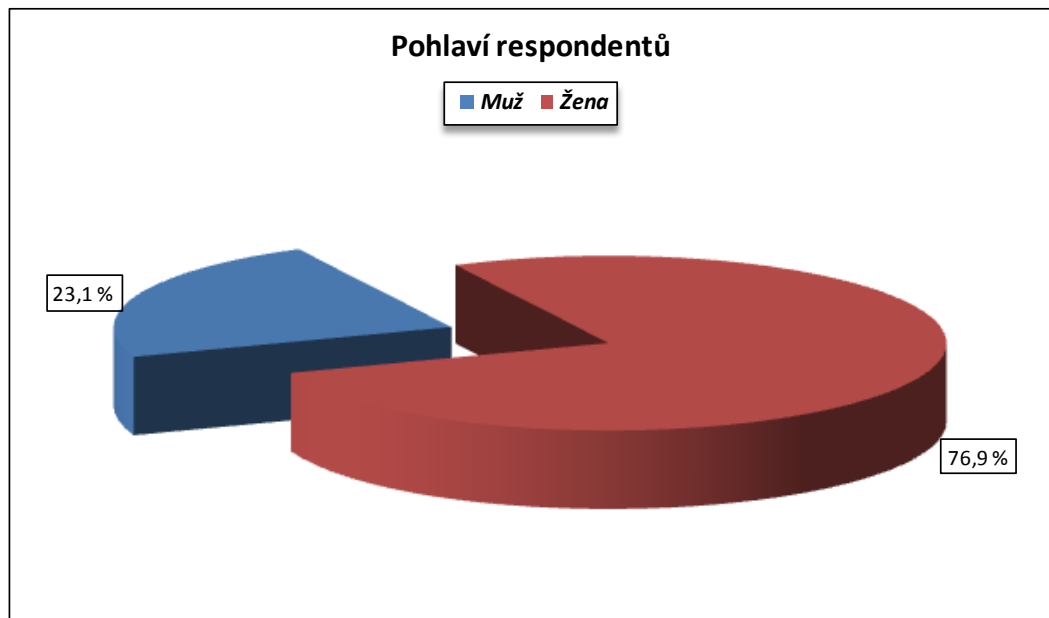
Ke zjištění demografických údajů byly zaměřeny položky s čísly 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

### Položka č. 1: Pohlaví

Tabulka č. 1: Pohlaví zkoumaných osob

<b><i>Pohlaví</i></b>	<b><i>n<sub>i</sub></i></b>	<b><i>f<sub>i</sub></i></b>
<b><i>Muž</i></b>	<b>12</b>	<b>23,1 %</b>
<b><i>Žena</i></b>	<b>40</b>	<b>76,9 %</b>
<b><i>Celkem</i></b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 1: Pohlaví zkoumaných osob



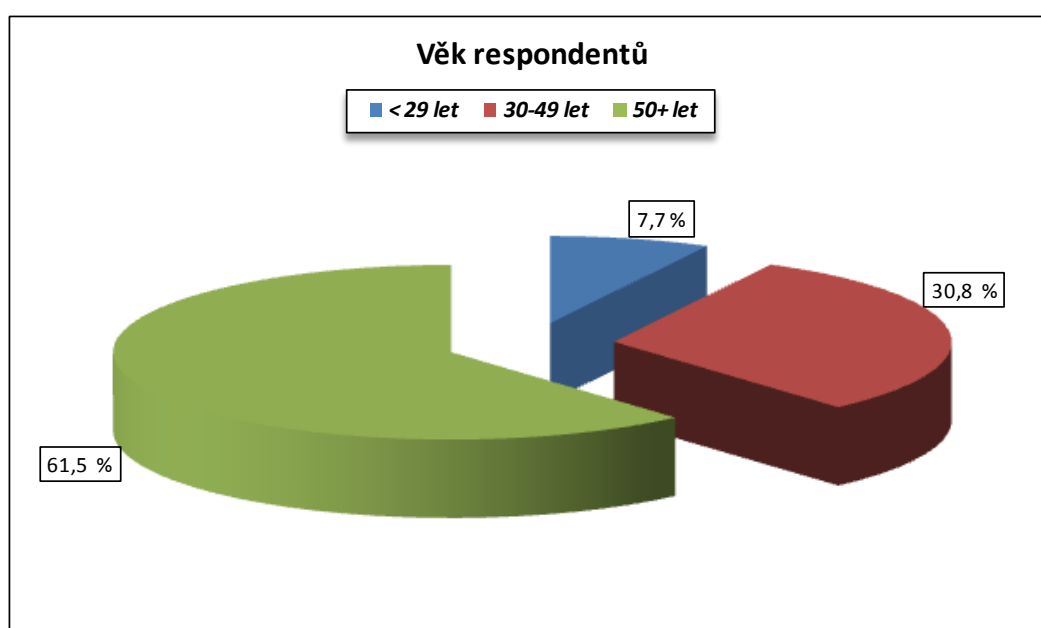
Z celkového počtu 52 dotazovaných hospitalizovaných pacientů (100,0 %) bylo 12 mužů (23,1 %) mužů a 40 žen (76,9 %).

## Položka č. 2: Věk

Tabulka č. 2: Věk respondentů

<b>Věk</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math></b>
<b>&lt; 29 let</b>	<b>4</b>	<b>7,7 %</b>
<b>30-49 let</b>	<b>16</b>	<b>30,8 %</b>
<b>50+ let</b>	<b>32</b>	<b>61,5 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 2: Věk respondentů



Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) se ve věkové skupině do 29 let výzkumu zúčastnili 4 respondenti (7,7 %), ve věkové skupině 30 – 49 let 16 respondentů (30,8 %), respondentů starších 50-ti let bylo 32 (61,5 %).

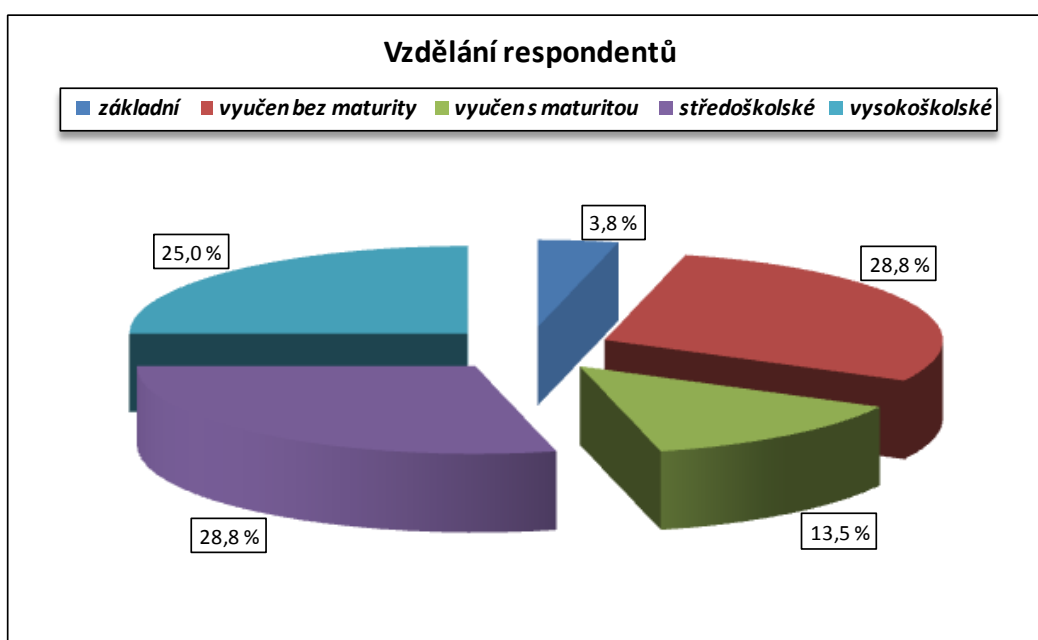
Průměrný věk respondentů byl 51,96 let, nejmladšímu respondentovi bylo 19 let, nejstaršímu 72 let.

### Položka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 3: Vzdělání respondentů

<b>Vzdělání</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math></b>
<b>základní</b>	<b>2</b>	<b>3,8 %</b>
<b>vyučen bez maturity</b>	<b>15</b>	<b>28,8 %</b>
<b>vyučen s maturitou</b>	<b>7</b>	<b>13,5 %</b>
<b>středoškolské</b>	<b>15</b>	<b>28,8 %</b>
<b>vysokoškolské</b>	<b>13</b>	<b>25,0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 3: Vzdělání respondentů



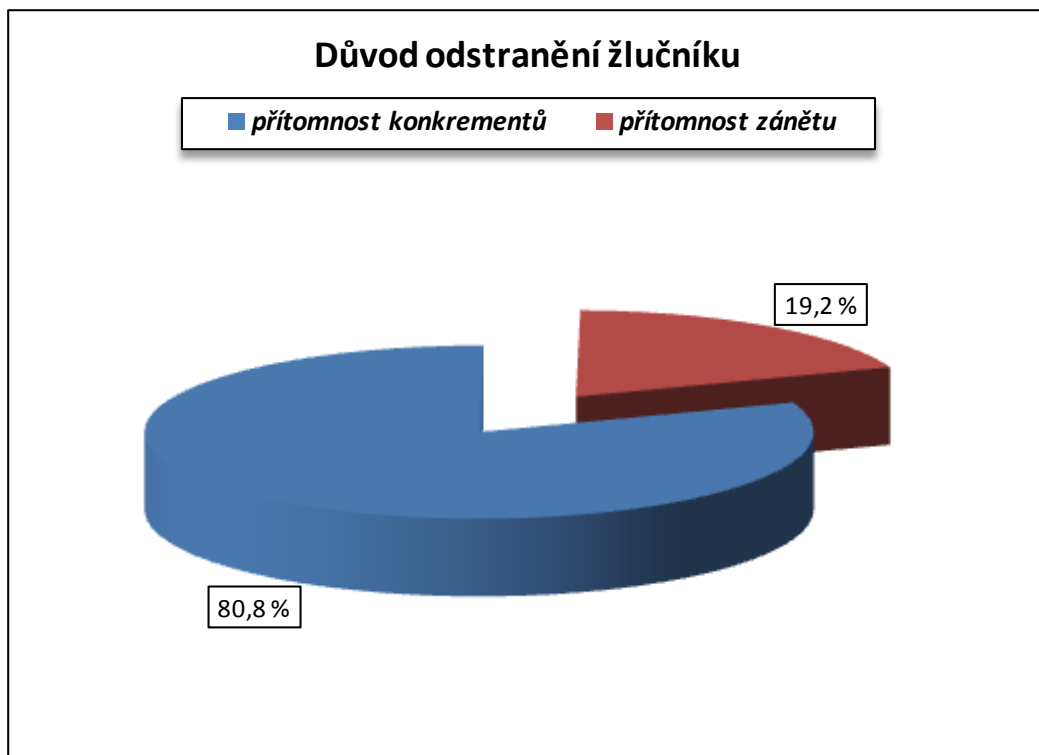
Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) se výzkumného šetření se účastnily dvě stejně zastoupené skupiny respondentů vyučených bez maturity a se středoškolským vzděláním, obě v počtu 15-ti respondentů (2 x 28,8 %), další skupina 13-ti respondentů (25,0 %) měla vysokoškolské vzdělání, 7 respondentů (13,5 %) bylo vyučeno s maturitou, 2 respondenti (3,8 %) uvedli vzdělání základní.

#### Položka č. 4: Z jakého důvodu Vám byl žlučník odstraněn?

Tabulka č. 4: Důvod CHCE

<b>Důvod CHCE</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
<b><i>přítomnost konkrementů</i></b>	<b>42</b>	<b>80,8 %</b>
<b><i>přítomnost zánětu</i></b>	<b>10</b>	<b>19,2 %</b>
<b><i>nádor</i></b>	<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<b><i>jiné, doplňte...</i></b>	<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<b><i>Celkem</i></b>	<b>52</b>	<b>100,0%</b>

Graf č. 4: Důvod odstranění žlučníku



Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) byl jako nejčastější důvod cholecystektomie uváděna přítomnost konkrementů a to u 42 respondentů (80,8 %), 10 respondentů (19,2 %) uvedlo jako důvod cholecystektomie přítomnost zánětu. Další z nabízených možností, tedy „nádor“ a „jiné, doplňte“ uvedlo 0 respondentů (0,0 %)

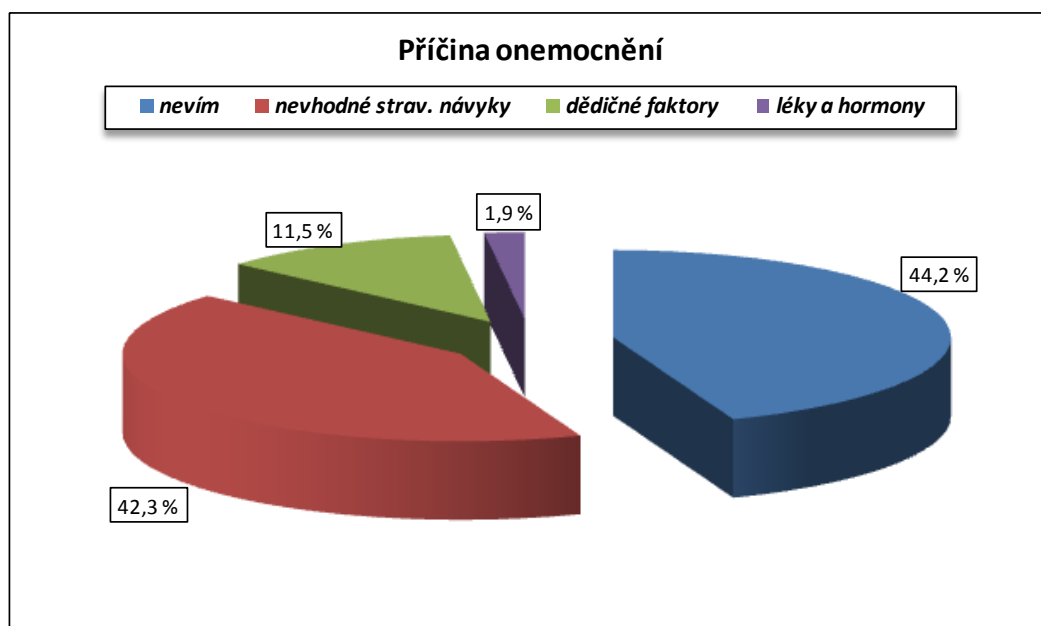


### Položka č. 5: Co si myslíte, že u Vás způsobilo onemocnění žlučníku?

Tabulka č. 5: Příčina onemocnění

<b>Příčina onemocnění</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
<b>nevím</b>	<b>23</b>	<b>44,2 %</b>
<b>nevhodné stravovací návyky</b>	<b>22</b>	<b>42,3 %</b>
<b>dědičné faktory</b>	<b>6</b>	<b>11,5 %</b>
<b>léky a hormony</b>	<b>1</b>	<b>1,9 %</b>
<b>prudké zhubnutí</b>	<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<b>jiná onemocnění</b>	<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 5: Příčina onemocnění



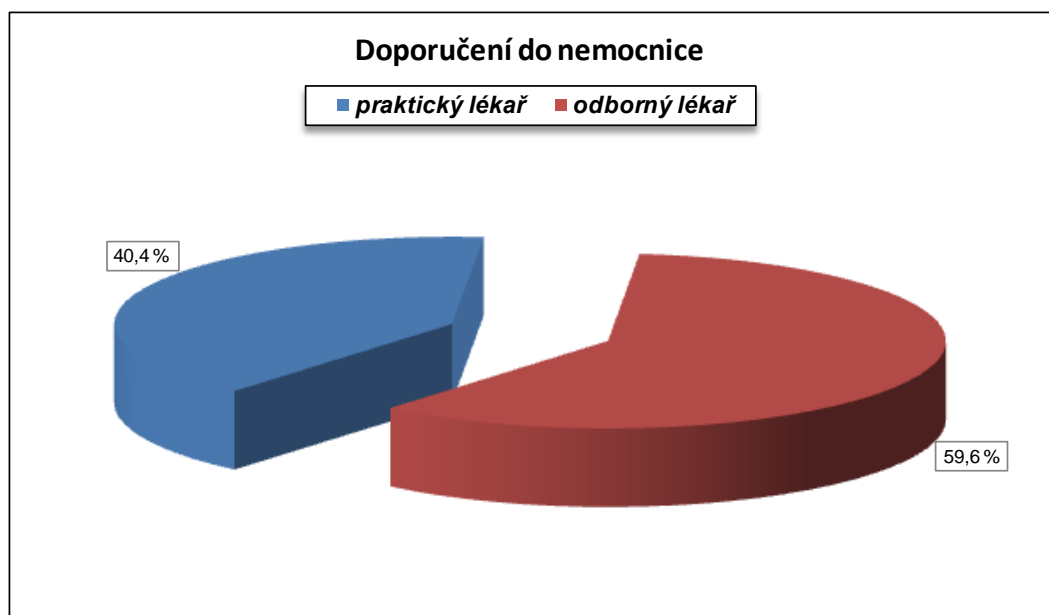
Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) uvedlo 23 respondentů (44,2 %), že neví, co jejich onemocnění způsobilo. 22 respondentů (42,3 %) se domnívalo, že jejich onemocnění způsobily nevhodné stravovací návyky. Dědičné faktory jako příčinu uvedlo 6 respondentů (11,5 %), 1 respondent (1,9 %) uvedl, že onemocnění u něj způsobilo užívání léků, či hormonů. Možnost prudkého, zvláště opakovaného zhubnutí, či souvislost s jiným onemocněním neuvedl žádný z dotazovaných respondentů (0,0 %).

## Položka č. 6: Do nemocnice Vás doporučil?

Tabulka č. 6: Doporučil do nemocnice

<b><i>Doporučil do nemocnice</i></b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math></b>
<b><i>praktický lékař</i></b>	<b>21</b>	<b>40,4 %</b>
<b><i>odborný lékař</i></b>	<b>31</b>	<b>59,6 %</b>
<b><i>nikdo, přišel jsem akutně</i></b>	<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<b><i>Celkem</i></b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 6: Doporučení do nemocnice



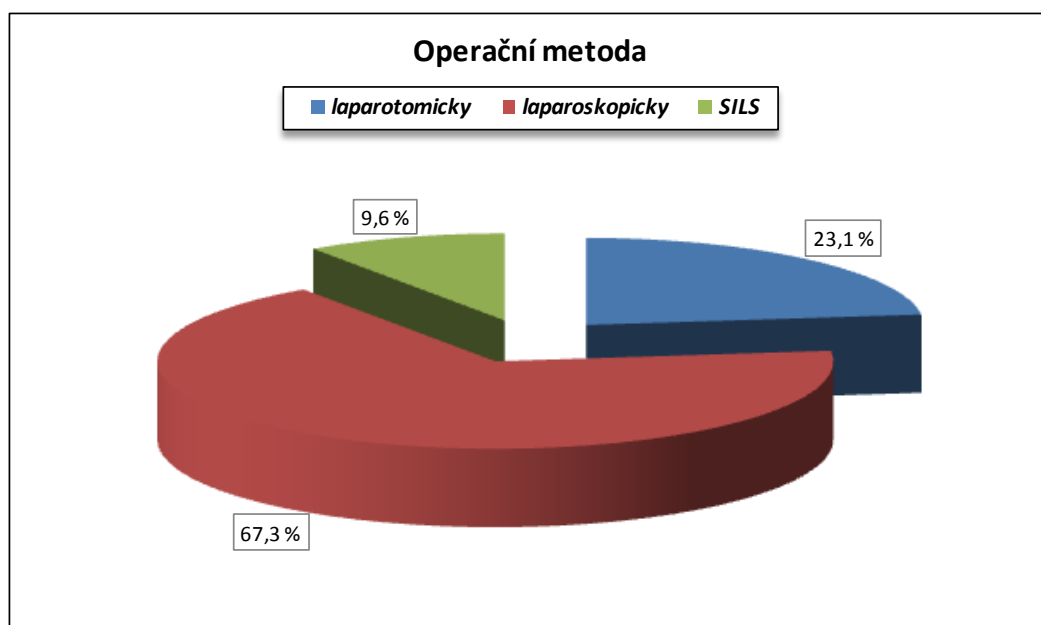
Z celkového počtu 52 respondentů 52 (100,0 %) přicházelo do nemocnice na doporučení odborných lékařů 31 respondentů (59,6 %), 21 respondentů (40,4 %) přicházelo na doporučení od svého praktického lékaře.

## Položka č. 7: Žlučník Vám byl odstraněn?

Tabulka č. 7: Operační metoda

<b>Operační metoda</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
<b>laparotomicky</b>	<b>12</b>	<b>23,1 %</b>
<b>laparoskopicky</b>	<b>35</b>	<b>67,3 %</b>
<b>SILS</b>	<b>5</b>	<b>9,6 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 7: Operační metoda



Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) laparoskopickou cholecystektomií podstoupilo 35 respondentů (67,3 %), u dalších 12 ti respondentů (23,1 %) byla provedena CHCE laparotomická, 5 respondentů (9,6 %) podstoupilo operaci, metodou SILS.

## ZJIŠŤUJÍCÍ ČÁST:

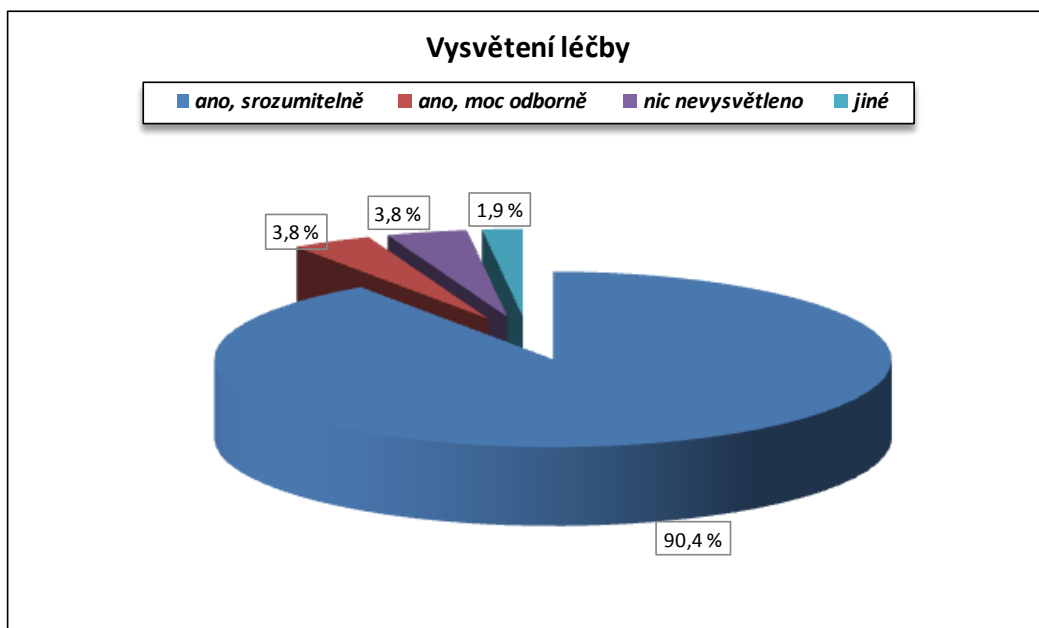
Pro zmapování dílčího cíle č. 1: kým a jakým způsobem jsou pacienti informováni, byly použity položky 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17

**Položka č. 8: Byly Vám dostatečně vysvětleny možnosti operační léčby, jejich výhody a nevýhody?**

Tabulka č. 8: Vysvětlení léčby

<b>Vysvětlení léčby</b>		<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
<b>ano</b>	<b>srozumitelně</b>	<b>47</b>	<b>90,4 %</b>
	<b>moc odborně</b>	<b>2</b>	<b>3,8 %</b>
<b>nerozuměl</b>		<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<b>nic nevysvětleno</b>		<b>2</b>	<b>3,8 %</b>
<b>jiné</b>		<b>1</b>	<b>1,9 %</b>
<b>Celkem</b>		<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 8: Vysvětlení léčby



Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) bylo vysvětlení možnosti léčby srozumitelné pro 47 respondentů (90,4 %).

Dva respondenti (3,8 %) vnímali vysvětlení léčby jako příliš odborné, 2 respondenti (3,8 %) uvedli, že vysvětlení nedostalo žádné. 1 respondent (1,9 %) zaškrtl možnost „jiné“ (uvedl, že nebyl vůbec seznámen s operační metodou SILS).

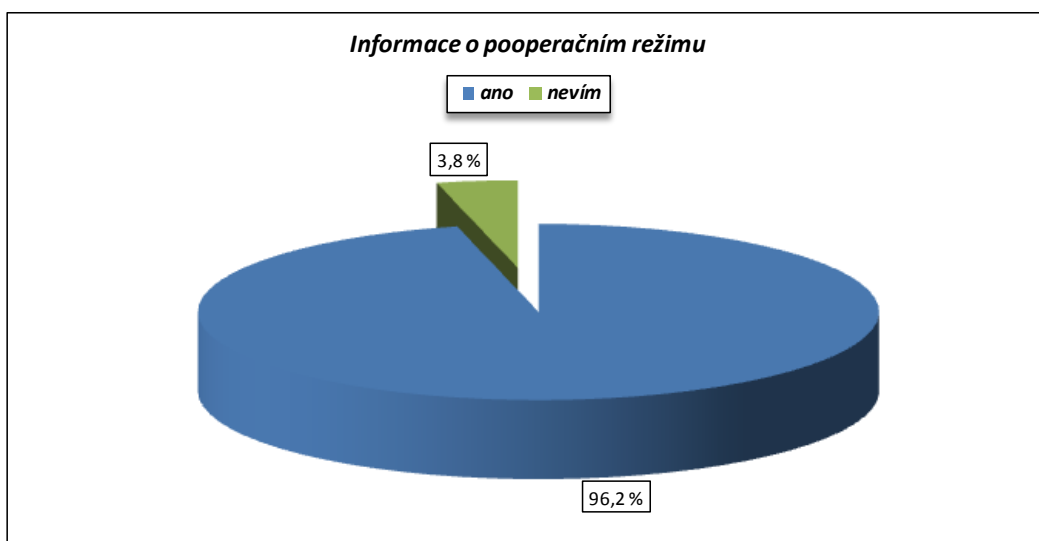
Možnost odpovědi „nerozuměl (a) jsem“ využilo 0 respondentů (0,0 %).

**Položka č. 9: Byly Vám podány informace o pooperačním režimu?** (pooperační komplikace, možnost uložení na JIP, přítomnost drénů po operaci, pooperační rehabilitace, dietní opatření, odstranění stehů, režim po propuštění,...)

Tabulka č. 9: Informace o pooperačním režimu

<b>Informace</b>	<b>Známkování</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
<b>ano</b>	<b>1</b>	<b>30</b>	<b>57,7 %</b>
	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>30,8 %</b>
	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7,7 %</b>
	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<b>ne</b>		<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<b>nevím</b>		<b>2</b>	<b>3,8 %</b>
<b>Celkem</b>		<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 9: Informace o pooperačním režimu



Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) bylo o pooperačním režimu informováno 50 respondentů (96,2 %). 2 respondenti (3,8 %) si nepamatují, zda tyto informace obdrželi. Možnost, že informace o pooperačním režimu nebyly poskytnuty, uvedlo 0 respondentů (0,0 %).

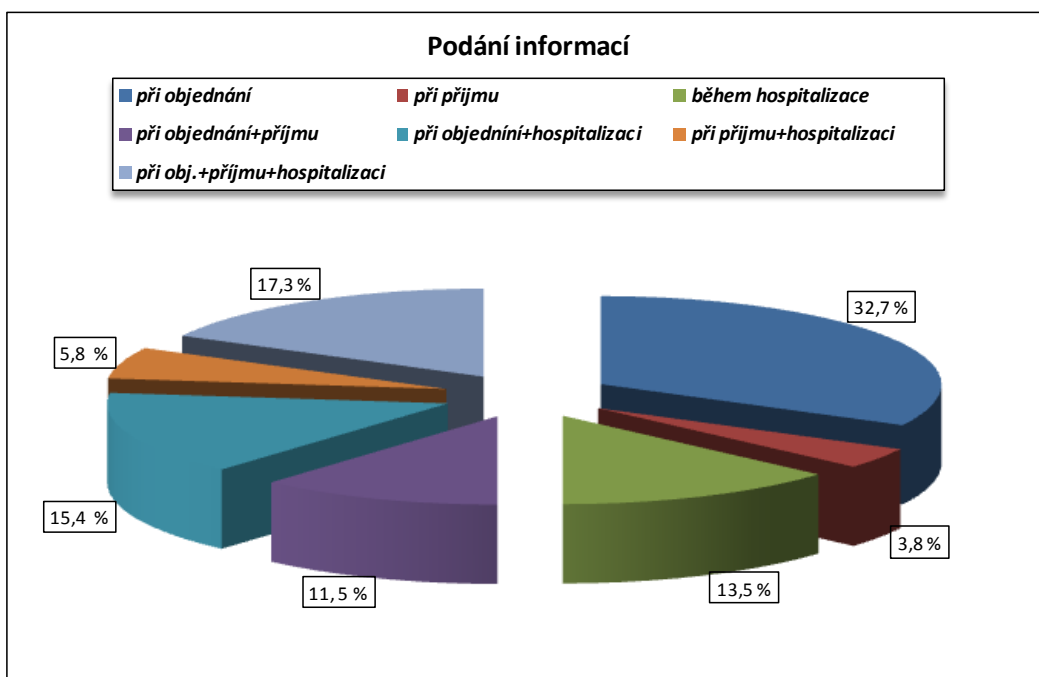
Při následném oznámkování, jak jsou s poskytnutými informacemi spokojeni, 30 respondentů (57,7 %) hodnotilo známkou číslo jedna, dvojku by volilo 16 respondentů (30,8 %) a známkou tři by poskytnuté informace ohodnotili 4 respondenti (7,7 %). Známkou čtyři nebo pět zvolilo 0 respondentů (0,0 %).

**Položka č. 10: Kdy Vám tyto informace byly podány?**

Tabulka č. 10: Podání informací

<b>Podání informací</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
<b>při objednání</b>	17	32,7 %
<b>při příjmu</b>	2	3,8 %
<b>během hospitalizace</b>	7	13,5 %
<b>při objednání + příjmu</b>	6	11,5 %
<b>při objednání + hospitalizaci</b>	8	15,4 %
<b>při příjmu + hospitalizaci</b>	3	5,8 %
<b>při objednání + příjmu + hospitalizaci</b>	9	17,3 %
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 10: Podání informací





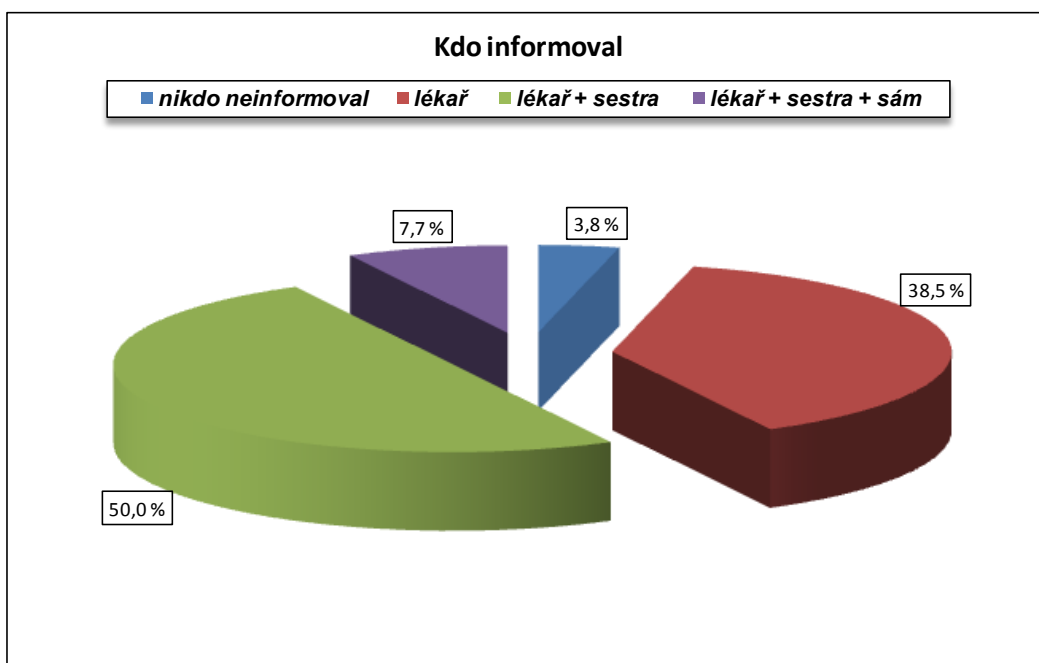
Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) nejvíce, tedy 17 respondentů (32,7 %) uvedlo, že informace obdrželi při objednání k operačnímu výkonu. 9 respondentů (17,3 %) dostávalo informace v celém průběhu, tedy od objednání k operaci, při příjmu do nemocničního zařízení a během hospitalizace. Dalších 8 respondentů (15,4 %) dostalo informace při objednání a během hospitalizace. Informace obdržené během hospitalizace označilo 7 respondentů (13,5 %). Při objednání k hospitalizaci a při příjmu do nemocničního zařízení dostalo informace 6 respondentů (11,5 %), a 3 respondenti (5,8 %) uvedli, že informace jim byly podány při příjmu do nemocnice a během hospitalizace.

### Položka č. 11: Kdo Vás informoval o léčbě a pooperačním režimu?

Tabulka č. 11: Kdo informoval

<i>Kdo informoval</i>	<i>n<sub>i</sub></i>	<i>f<sub>i</sub></i>
<i>nikdo neinformoval</i>	2	3,8 %
<i>lékař</i>	20	38,5 %
<i>lékař + sestra</i>	26	50,0 %
<i>lékař + sestra + sám</i>	4	7,7 %
<i>Celkem</i>	52	100,0%

Graf č. 11: Kdo informoval



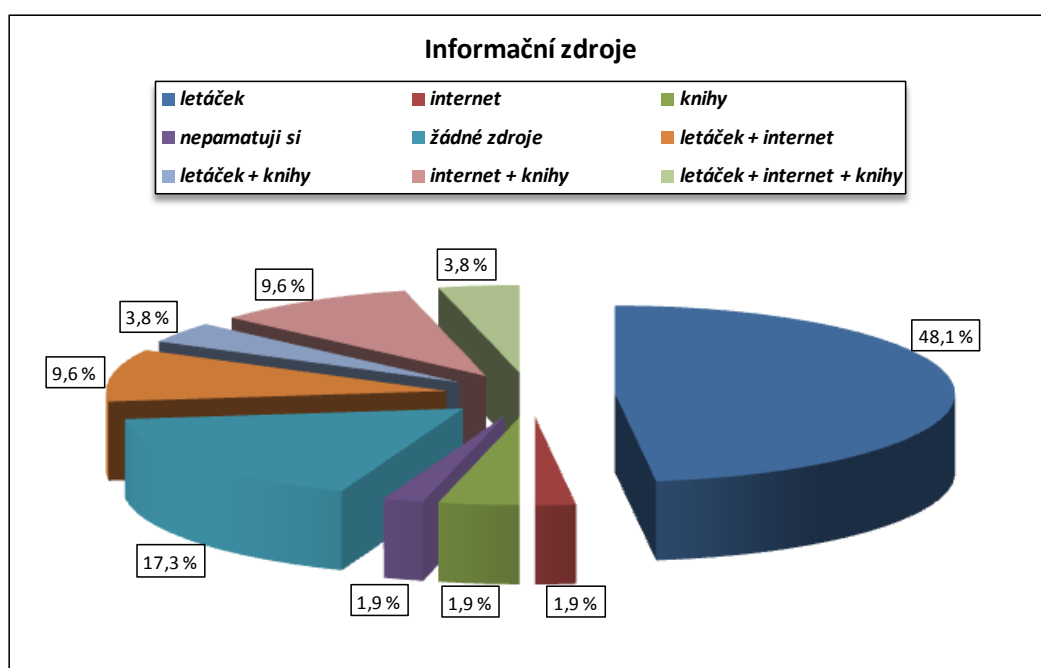
Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) polovina, tedy 26 respondentů (50,0 %) odpovědělo, že informace podával lékař společně se sestrou. Pouze lékařem bylo informováno 20 respondentů (38,5 %), 4 respondenti (7,7 %) měli informace od lékaře, sestry a vlastní, 2 respondenti (3,8 %) uvedli, že je nikdo neinformoval.

**Položka č. 12: Které informační zdroje týkající se stravovacího režimu po odstranění žlučníku Vám byly doporučeny?**

Tabulka č. 12: Informační zdroje

<b>Informační zdroje</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
<b>letáček</b>	<b>25</b>	<b>48,1 %</b>
<b>internet</b>	<b>1</b>	<b>1,9 %</b>
<b>knihy</b>	<b>2</b>	<b>3,8 %</b>
<b>nepamatuji si</b>	<b>1</b>	<b>1,9 %</b>
<b>žádné zdroje</b>	<b>9</b>	<b>17,3 %</b>
<b>letáček + internet</b>	<b>5</b>	<b>9,6 %</b>
<b>letáček + knihy</b>	<b>2</b>	<b>3,8 %</b>
<b>internet + knihy</b>	<b>5</b>	<b>9,6 %</b>
<b>letáček + internet + knihy</b>	<b>2</b>	<b>3,8 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 12: Informační zdroje



Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) největší skupina 25 respondentů (48,1 %) uvedla jako doporučený zdroj informací letáček na oddělení. Druhou nejpočetnější skupinu tvořilo 9 respondentů (17,3 %), kterým nebyly doporučeny žádné zdroje.

Celkem 5 respondentů (9,6 %) uvedlo jako doporučené zdroje letáček na chirurgickém oddělení + internet. Dalších 5 respondentů (9,6 %) internet + knihy. 2 respondenti (3,8 %) uvedli jako doporučené zdroje letáček + knihy, pouze knihy zaškrtnuli 2 respondenti (3,8 %) a letáček + internet + knihy jako doporučené zdroje uvedli opět 2 respondenti (3,8 %).

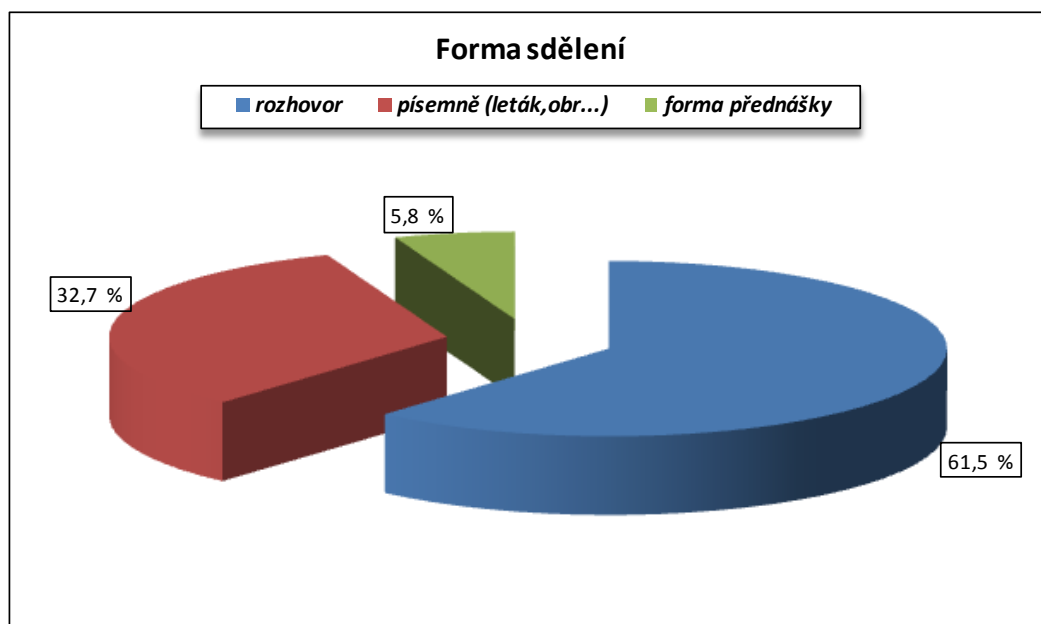
V posledních dvou skupinách po 1 respondentovi (1,9 %) uvedl jeden jako zdroj internet a druhý si nepamatoval žádné doporučené zdroje.

### Položka č. 13: Jaká forma sdělování informací by Vám nejlépe vyhovovala?

Tabulka č. 13: Forma sdělení

<b>Forma sdělení</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
<i>rozhovor</i>	32	61,5 %
<i>písemně (leták)</i>	17	32,7 %
<i>forma přednášky</i>	3	5,8 %
<i>samostatné vyhledání</i>	0	0,0 %
<i>jiné, doplňte ...</i>	0	0,0 %
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 13: Forma sdělení



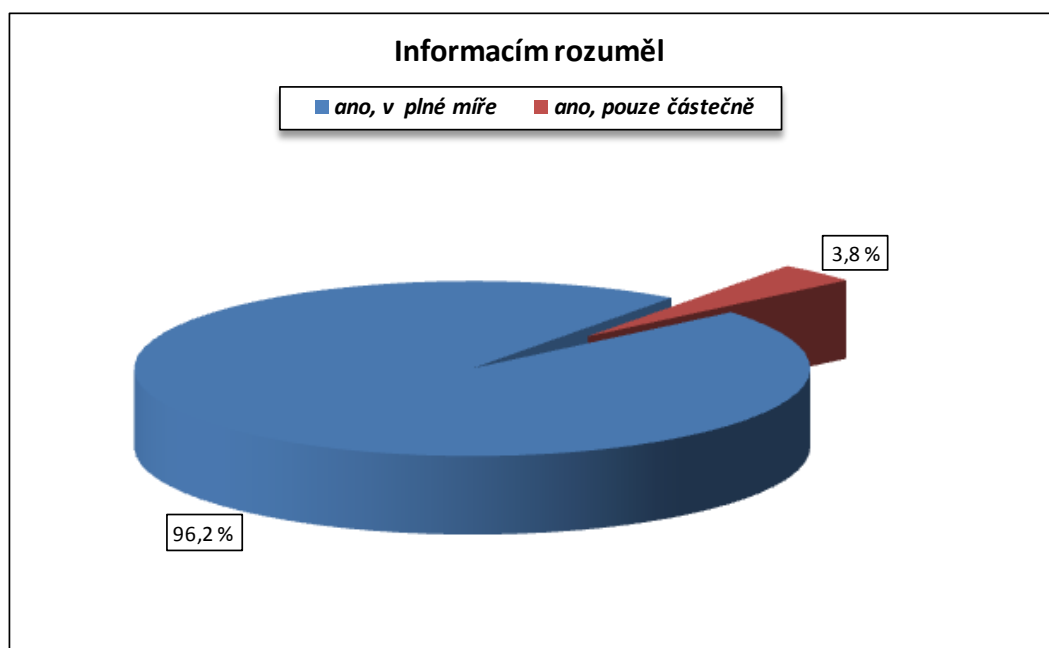
Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) preferovalo jako formu sdělení 32 respondentů (61,5 %) rozhovor. Písemné informace formou letáku by uvítalo 17 respondentů (32,7 %). Přednášce by dali přednost 3 respondenti (5,8 %). Poslední dvě možnosti „samostatné vyhledání inforamcí“ a „jiné, doplňte“ využilo 0 respondentů (0,0 %)

### Položka č. 14: Rozuměl (a) jste sděleným informacím?

Tabulka č. 14: Informacím rozuměl

<b>Informacím rozuměl</b>		<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
<b>ano</b>	<b>v plné míře</b>	<b>50</b>	<b>96,2 %</b>
	<b>částečně</b>	<b>2</b>	<b>3,8 %</b>
<b>ne</b>		<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<b>Celkem</b>		<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 14: Informacím rozuměl



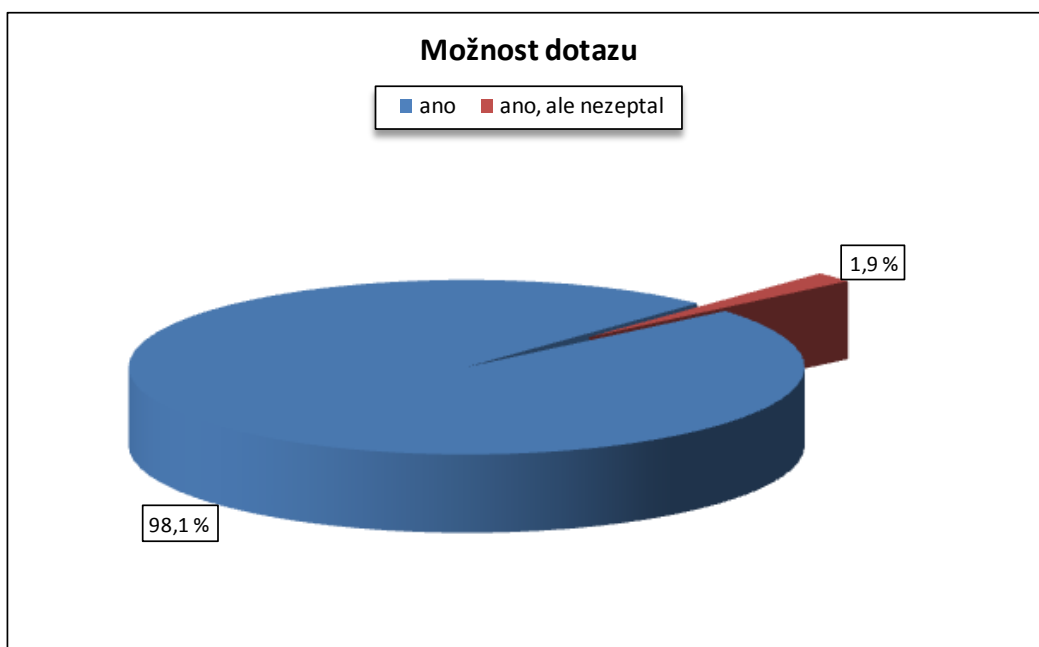
Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) v plné míře informacím rozumělo 50 respondentů (96,2 %). Pouze částečně informacím rozuměli 2 respondenti (3,8 %). Možnost, že by sděleným informacím nerozuměl, uvedlo 0 respondentů (0,0 %).

**Položka č. 15: Měl (a) jste možnost zeptat se na informace, kterým jste nerozuměl (a)?**

Tabulka č. 15: Možnost dotazu

<b>Možnost dotazu</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
<b>ano</b>	<b>51</b>	<b>98,1 %</b>
<b>ano, ale nezeptal</b>	<b>1</b>	<b>1,9 %</b>
<b>ne</b>	<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<b>ne, ale chtěl se zeptat</b>	<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0%</b>

Graf č. 15: Možnost dotazu



Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) uvedlo 51 respondentů (98,1 %), že měli možnost zeptat se na informace, kterým nerozuměli. 1 respondent (1,9 %) zaškrtl, že možnost měl, ale nezeptal se.

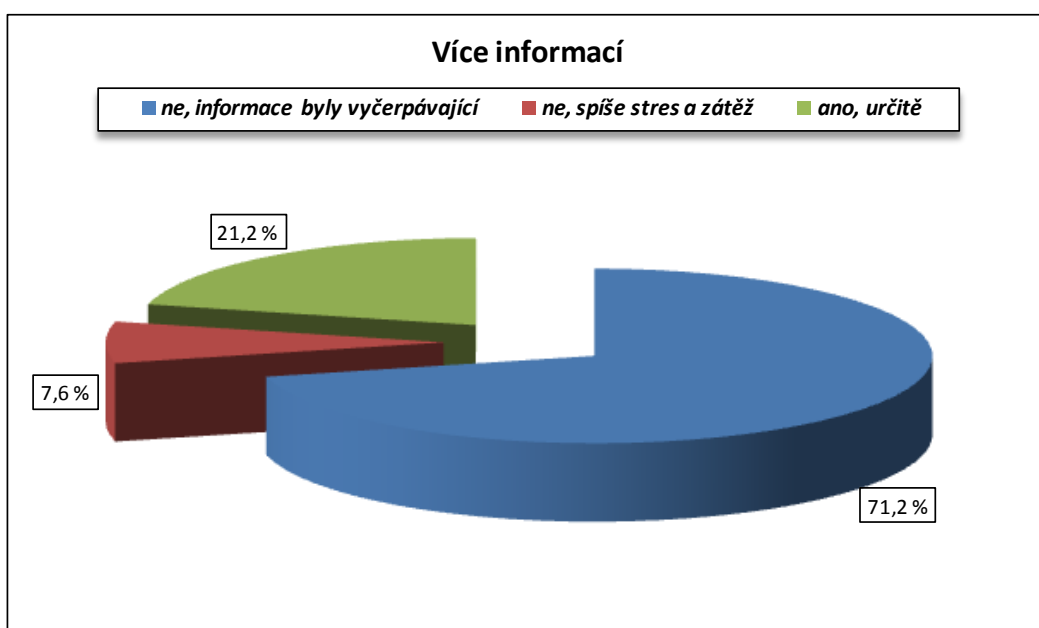
Zbylé dvě možnosti, tedy „ne“ a „ne, ale chtěl (a) jsem se zeptat“ označilo 0 respondentů (0,0 %).

## Položka č. 16: Uvítal (a) byste více informací?

Tabulka č. 16: Více informací

<b>Více informací</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
<b>ne, byly vyčerpávající</b>	<b>37</b>	<b>71,2 %</b>
<b>ne, spíše stres a zátěž</b>	<b>4</b>	<b>7,6 %</b>
<b>ano, určitě</b>	<b>11</b>	<b>21,2 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0%</b>

Graf č. 16: Více informací



Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) mělo 37 respondentů (71,2 %) pocit, že informace byly vyčerpávající. Více informací by uvítalo 11 respondentů (21,2 %). (všech 11 se shodně vyjádřilo o oblasti stravování, 3 pacienti uvedli navíc pooperační režim a rekonvalescenci. Jeden pacient chtěl být informován, zda bez žlučníku nebude nějakým způsobem ohrožen)

Více informací z důvodu, že by je spíše stresovaly a zatěžovaly, si nepřáli 4 respondenti (7,6 %).

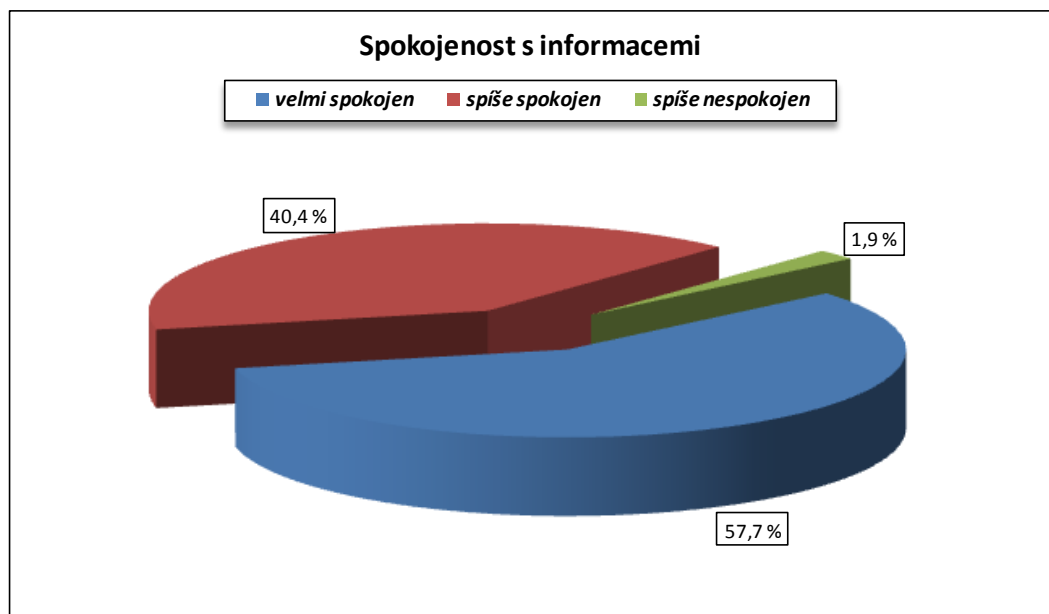


**Položka č. 17: Před každou operací pacient podepisuje tzv. „informovaný souhlas“. Je to písemný souhlas s operací a poučení o průběhu operace a možných rizicích operace. Jak jste spokojen (a) s informacemi, které jste dostal (a)?**

Tabulka č. 17: Spokojenost s informacemi

<b><i>Spokojenost s informacemi</i></b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math></b>
<b><i>velmi spokojen</i></b>	<b>30</b>	<b>57,7 %</b>
<b><i>spíše spokojen</i></b>	<b>21</b>	<b>40,4 %</b>
<b><i>spíše nespokojen</i></b>	<b>1</b>	<b>1,9 %</b>
<b><i>nespokojen</i></b>	<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<b><i>Celkem</i></b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 17: Spokojenost s informacemi



Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) bylo s poskytnutými informacemi velmi spokojeno 30 respondentů (57,7 %), spíše spokojeno bylo 21 respondentů (40,4 %), spíše nespokojen byl 1 respondent (1,9 %). Možnost „nespokojen“ uvedlo 0 respondentů (0,0 %).

## VĚDOMOSTNÍ ČÁST:

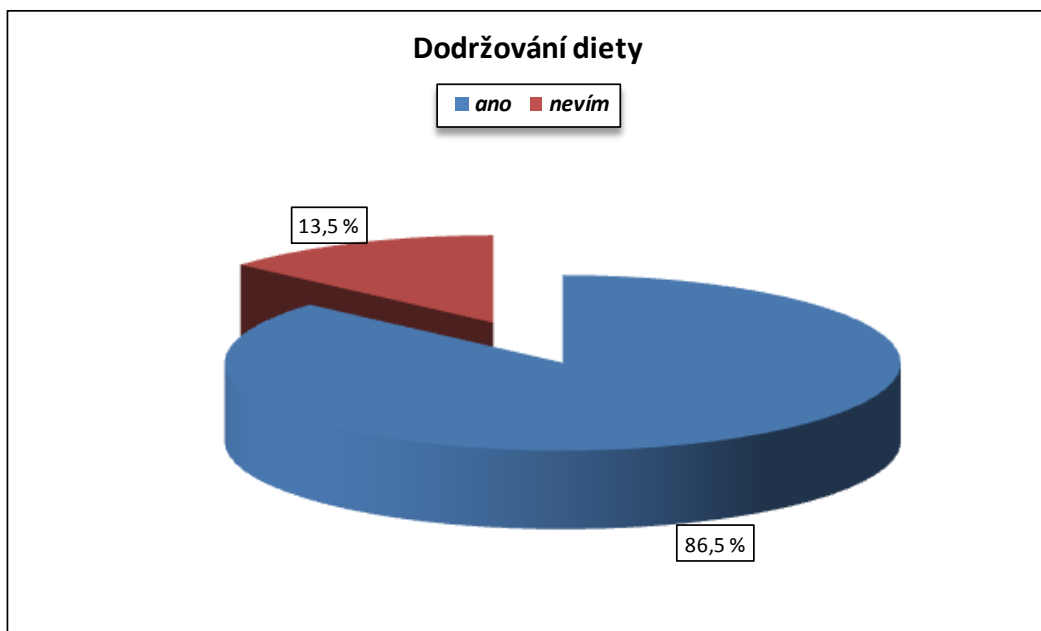
Orientována na zmapování znalostí o pooperačním režimu, byly použity položky dotazníku č. 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24.

### Položka č. 18: Je nutno po operaci dodržovat nějaká dietní doporučení?

Tabulka č. 18: Dodržování diety

<b><i>Dodržování diety</i></b>	<b><i>Jak dlouho</i></b>	<b><i>n<sub>i</sub></i></b>	<b><i>f<sub>i</sub></i></b>
<b><i>ano</i></b>	<b><i>14 dní</i></b>	<b>2</b>	<b>3,8 %</b>
	<b><i>1-3 měsíce</i></b>	<b>21</b>	<b>40,4 %</b>
	<b><i>4-6 měsíců</i></b>	<b>20</b>	<b>38,5 %</b>
	<b><i>stále</i></b>	<b>2</b>	<b>3,8 %</b>
<b><i>nevím</i></b>		<b>7</b>	<b>13,5 %</b>
<b><i>žádné</i></b>		<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<b><i>Celkem</i></b>		<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 18: Dodržování diety



Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %), odpovědělo 45 respondentů (86,5 %) dobře, že dietu je třeba dodržovat.

Z tohoto počtu 20 respondentů (44,4 %) uvedlo správně dobu 4-6 měsíců, 13 respondentů (28,9 %) napsalo 1 – 2 měsíce, 8 respondentů (17,8 %) uvedlo 3 měsíce, shodně po 2 respondentech (2 x 4,4 %) uvedli první dva dotazování dobu 14 dní a druzí dva, že dietní opatření je po operaci třeba dodržovat stále. Celkem 7 respondentů (13,5 %) uvedlo, že neví, zda se mají nějaká dietní opatření vůbec dodržovat.

**Položka č. 19: Která jídla byste měl (a) ze svého jídelníčku vyloučit?**

Tabulka č. 19: Vyloučené potraviny

<b>Vyloučené potraviny</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
<b>smažená, kořeněná jídla, květák, zrnková káva, čerstvé pečivo</b>	<b>30</b>	<b>57,7 %</b>
<b>smažená, kořeněná jídla, čerstvé pečivo</b>	<b>5</b>	<b>9,6 %</b>
<b>smažená jídla, zrnková káva, čerstvé pečivo</b>	<b>4</b>	<b>7,7 %</b>
<b>smažená, kořeněná jídla</b>	<b>3</b>	<b>5,8 %</b>
<b>smažená, kořeněná jídla, zrnková káva, čerstvé pečivo</b>	<b>3</b>	<b>5,8 %</b>
<b>smažená, kořeněná jídla, květák, čerstvé pečivo</b>	<b>2</b>	<b>3,8 %</b>
<b>kořeněná jídla</b>	<b>2</b>	<b>3,8 %</b>
<b>smažená jídla</b>	<b>2</b>	<b>3,8 %</b>
<b>smažená, kořeněná jídla, zrnková káva</b>	<b>1</b>	<b>1,9 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

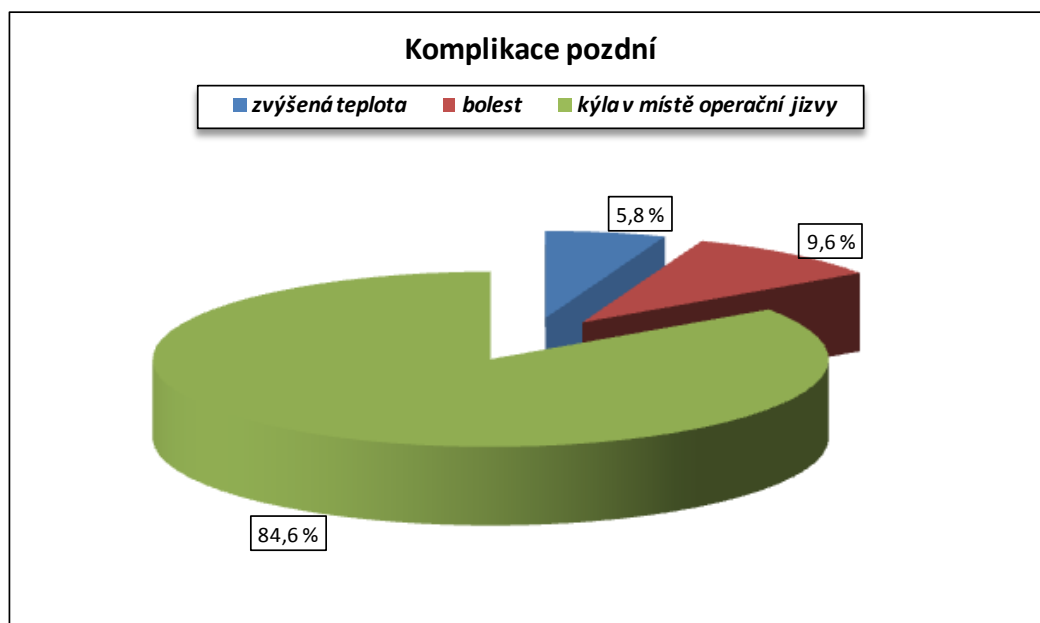
Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) správnou kombinaci z nabízených možností (smažená, kořeněná jídla, květák, zrnková káva, čerstvé pečivo) určilo 30 respondentů (57,7 %). Zbýlých 22 respondentů (42,3 %) uváděli sice správně potraviny, ale v nekompletní kombinaci. Kombinaci „smažená, kořeněná jídla, čerstvé pečivo“ uvedlo 5 respondentů (9,6 %), kombinaci „smažená jídla, zrnková káva, čerstvé pečivo“ uvedli 4 respondenti (7,7 %), kombinaci potravin: „smažená, kořeněná jídla“ a „smažená, kořeněná jídla, zrnková káva, čerstvé pečivo“, uvedlo shodně po 3 respondentech (5,8 %). Tři skupiny po 2 respondentech (3 x 3,8 %) uvedli kombinaci potravin: 1. skupina: „smažená, kořeněná jídla, květák, čerstvé pečivo“, 2. skupina: „kořeněná jídla“, 3. skupina: „smažená jídla“. 1 respondent (1,9 %) zvolil kombinaci: smažená, kořeněná jídla, zrnková káva.

**Položka č. 20:** U všech typů operačního výkonu může dojít ke komplikacím. Víte která pooperační komplikace nepatří do tzv. časných pooperačních komplikací (do 5. dne po operaci)?

Tabulka č. 20: Komplikace pozdní

<b>Komplikace pozdní</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
<b>zvýšená teplota</b>	<b>3</b>	<b>5,8 %</b>
<b>bolest</b>	<b>5</b>	<b>9,6 %</b>
<b>kýla v místě operační jizvy</b>	<b>44</b>	<b>84,6 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 20: Komplikace pozdní



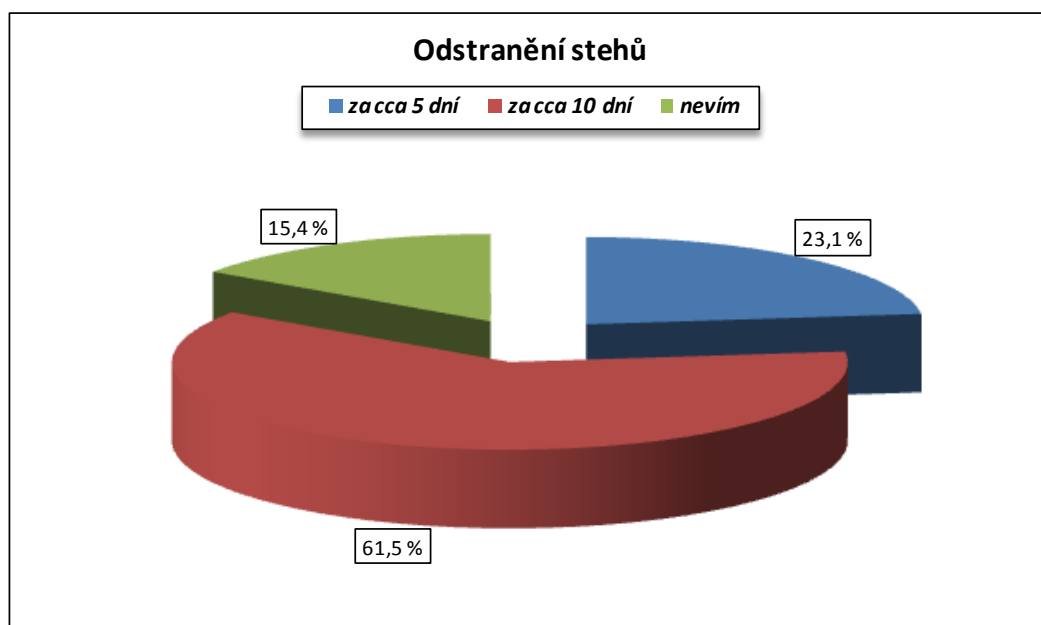
Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) byla nejčastěji a správně zmiňovaná komplikace nepatřící mezi časné „kýla v místě operační jizvy“ a to u 44 respondentů (84,6 %). „Bolest“, jako pozdní komplikaci uvedlo 5 respondentů (9,6 %). Zvýšenou teplotu zaškrtili 3 respondenti (5,8 %).

**Položka č. 21: Nenastanou-li během léčby komplikace, za jak dlouho po operaci Vám budou odstraněny stehy?**

Tabulka č. 21: Odstranění stehů

<b><i>Odstranění stehů</i></b>	<b><i>n<sub>i</sub></i></b>	<b><i>f<sub>i</sub></i></b>
<b><i>za cca 5 dní</i></b>	<b>12</b>	<b>23,1 %</b>
<b><i>za cca 10 dní</i></b>	<b>32</b>	<b>61,5 %</b>
<b><i>nevím</i></b>	<b>8</b>	<b>15,4 %</b>
<b><i>Celkem</i></b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 21: Odstranění stehů



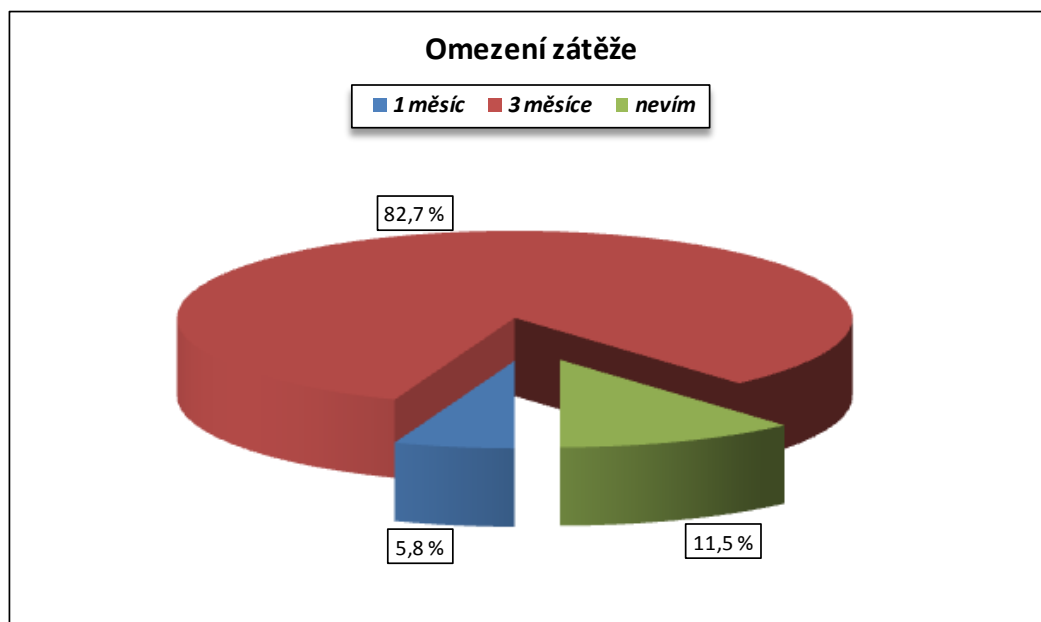
Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %), správně předpokládá 32 respondentů (61,5 %) odstranění stehů po operaci za 10 dní, odstranění za 5 dní uvedlo 12 respondentů (23,1 %), 8 respondentů (15,4 %) nevědělo, kdy jim stehy budou po operaci odstraněny.

**Položka č. 22: Jak dlouho po operaci byste se měl (a) vyhýbat těžší fyzické aktivitě?**  
(nošení těžkých břemen, sportovní aktivity)

Tabulka č. 22: Omezení zátěže

<b>Omezení zátěže</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
<b>1 měsíc</b>	<b>3</b>	<b>5,8 %</b>
<b>3 měsíce</b>	<b>43</b>	<b>82,7 %</b>
<b>nevím</b>	<b>6</b>	<b>11,5 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 22: Omezení zátěže



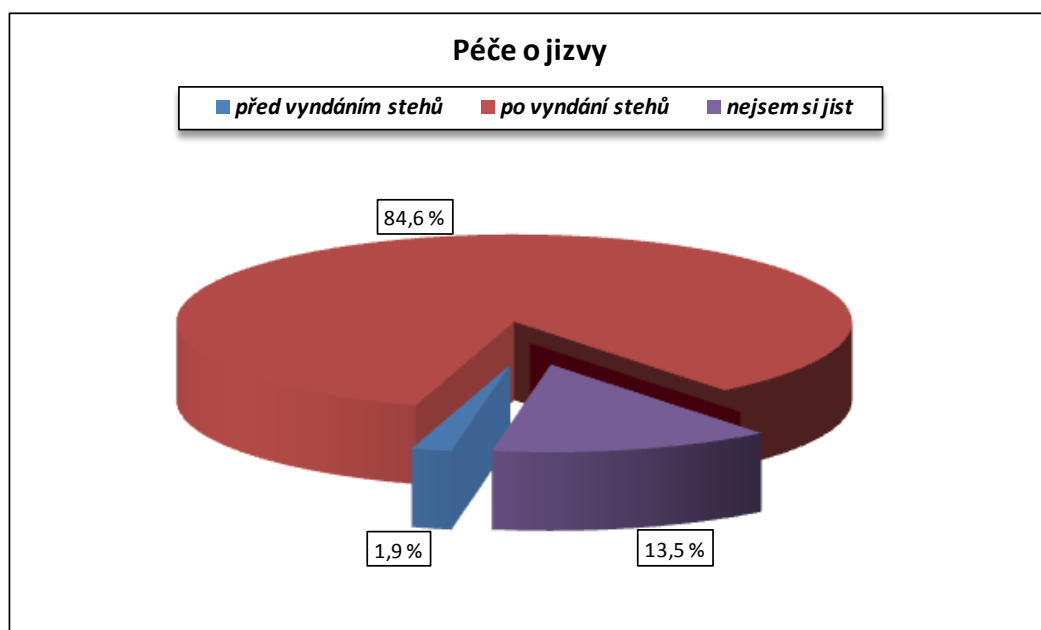
Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) by se k omezení větší fyzické aktivity po dobu tří měsíců by se přiklonilo 43 respondentů (82,7 %), což byla správná odpověď. Na jeden měsíc by aktivitu omezili 3 respondenti (5,8 %). Odpověď „nevím“ zvolilo 6 respondentů (11,5 %).

**Položka č. 23: Kdy můžete začít pečovat o operační jizvu? (tlakové masáže, promazávání)**

Tabulka č. 23: Péče o jizvy

<b><i>Péče o jizvy</i></b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math></b>
<b><i>před vyndáním stehů</i></b>	<b>1</b>	<b>1,9 %</b>
<b><i>po vyndání stehů</i></b>	<b>44</b>	<b>84,6 %</b>
<b><i>není třeba pečovat</i></b>	<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<b><i>nejsem si jist</i></b>	<b>7</b>	<b>13,5 %</b>
<b><i>Celkem</i></b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 23: Péče o jizvy



Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) by o operační jizvu až po vyndání stehů pečovalo 44 respondentů (84,6 %). Možnost „nevím“ uvedlo 7 respondentů (13,5 %). Jeden respondent (2 %) by o jizvu pečoval již před vyndáním stehů. Nabízenou možnost, že o jizvu není třeba pečovat, uvedlo 0 respondentů (0,0 %).

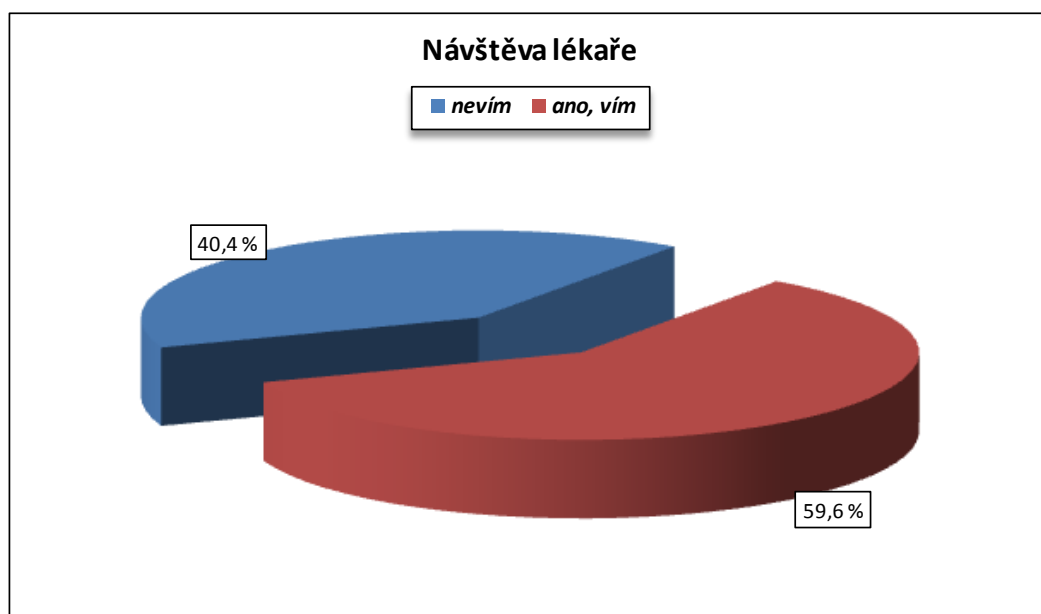


### Položka č. 24: Za jak dlouho máte navštívit lékaře po propuštění z nemocnice?

Tabulka č. 24: Návštěva lékaře

<i>Návštěva lékaře</i>	<i>Za jak dlouho</i>	$n_i$	$f_i$
<b>ano</b>	<b>3-5 dní</b>	<b>26</b>	<b>50,0 %</b>
	<b>7 dní</b>	<b>3</b>	<b>5,8 %</b>
	<b>14 dní</b>	<b>2</b>	<b>3,8 %</b>
<b>nevím</b>		<b>21</b>	<b>40,4 %</b>
<b>Celkem</b>		<b>52</b>	<b>100,0%</b>

Graf č. 24: Návštěva lékaře



Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) povědomí o tom, kdy navštívit lékaře po svém propuštění z nemocnice mělo 31 respondentů (59,6 %). Z tohoto počtu správnou odpověď „za 3 – 5 dní“ zvolilo 26 respondentů (50,0 %), za 7 dní 3 respondenti (5,8 %), za 14 dní 2 respondenti (3,8 %). Naopak 21 respondentů (40,4 %) nevědělo, kdy lékaře po propuštění navštívit.

## DOPLŇUJÍCÍ OTÁZKY:

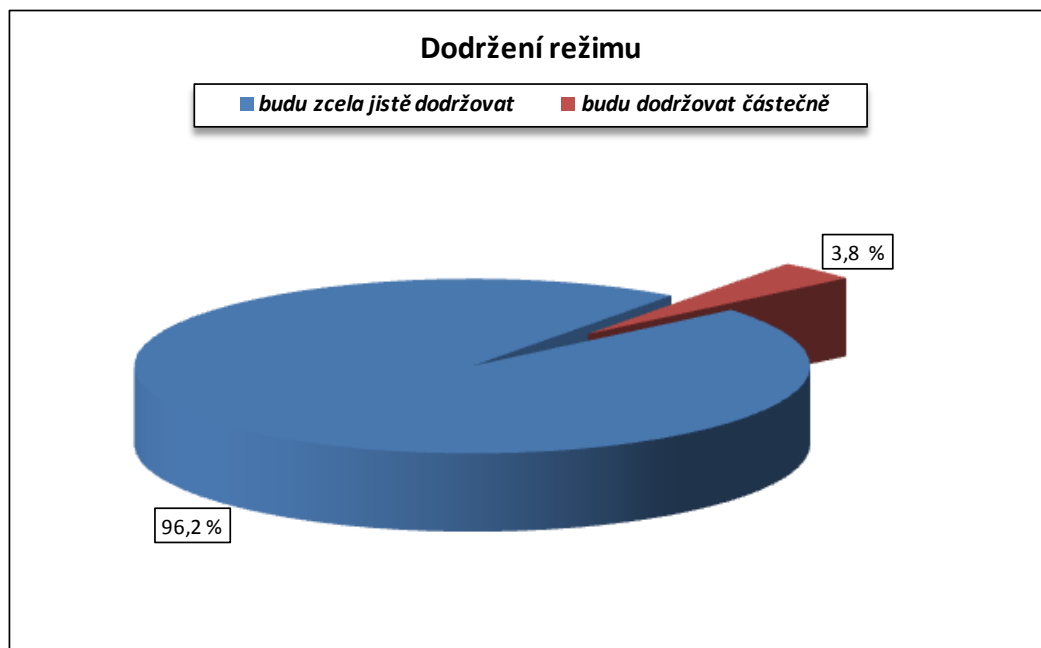
K odhalení ochoty pacientů spolupodílet se na svém zdraví byly zaměřeny položky č. 25, 26.

### **Položka č. 25: Doporučená režimová opatření po propuštění z nemocnice**

Tabulka č. 25: Dodržení režimu

<b><i>Dodržení režimu</i></b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math></b>
<b><i>zcela jistě dodržovat</i></b>	<b>50</b>	<b>96,2 %</b>
<b><i>dodržovat částečně</i></b>	<b>2</b>	<b>3,8 %</b>
<b><i>nebudu určitě dodržovat</i></b>	<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<b><i>nevím</i></b>	<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<b><i>Celkem</i></b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 25: Dodržení režimu



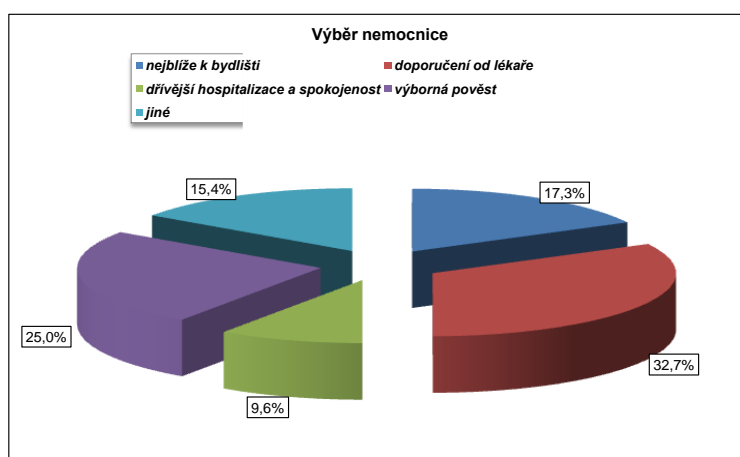
Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) je doporučená režimová opatření odhodláno dodržovat 50 respondentů (96,2 %), dodržování pouze částečné předpokládají 2 respondenti (3,8 %). Možnosti „nevím“ a „nebudu určitě dodržovat“ vyplnilo 0 respondentů (0,0 %).

## Položka č. 26: Proč jste si vybral právě tuto nemocnici?

Tabulka č. 26: Výběr nemocnice

<b>Výběr nemocnice</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math></b>
<b>nejblíže k bydlišti</b>	<b>9</b>	<b>17,3 %</b>
<b>doporučení od lékaře</b>	<b>17</b>	<b>32,7 %</b>
<b>dřívější hospitalizace</b>	<b>5</b>	<b>9,6 %</b>
<b>dobrá pověst</b>	<b>13</b>	<b>25,0 %</b>
<b>jiné</b>	<b>8</b>	<b>15,4 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100,0 %</b>

Graf č. 26: Výběr nemocnice



Z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) si nemocnici vybralo na základě doporučení lékaře 17 respondentů (32,7 %). Pro dobrou pověst nemocnice ji vyhledalo 13 respondentů (25,0 %). Nejblíže k místu bydliště byl důvod pro 9 respondentů (17,3 %). Možnost „jiné“ zaškrtnulo 8 respondentů (15,4 %). (z tohoto počtu všech 8 respondentů (15,4 %) uvádělo jako jiný důvod krátkou čekací dobu na operaci, 2 respondenti (3,8 %) připojili ještě doporučení od rodiny a známých) Zbývajících 5 respondentů (9,6 %) zde bylo již dříve hospitalizováno a byli spokojeni.

**Poznámky a připomínky:**

Možnosti napsat své vyjádření k dotazníku využili z celkového počtu 52 respondentů (100,0 %) pouze 4 respondenti (7,6 %), z nichž 2 se pochvalně zmínili o nemocniční péči a vyjádřili pocit dostatečné informovanosti a kvalitní zdravotní péči, 1 respondent zdůraznil svůj pocit chybějících informací, zvláště o pooperačním režimu a 1 respondent se cítil být nedostatečně informován o dietních opatřeních.

## DISKUZE

Výzkum na téma „Edukace pacientů před plánovanou cholecystektomií“ byl proveden kvantitativní metodou. Jako výzkumný nástroj byl zvolen nestandardizovaný dotazník. Hlavním kritériem pro výběr respondentů byla plánovaná cholecystektomie provedena klasickou metodou, laparoskopicky, či operace pomocí metody SILS na chirurgickém pracovišti CLINICUM a.s. v Praze.

Návratnost z celkem rozdaných 60 dotazníků byla 100 %. Účast na prováděném výzkumu neodmítl žádný z pacientů. Z tohoto počtu 8 dotazníků bylo vyřazeno. Ve třech dotaznicích se v položce č. 6 (Do nemocnice Vás doporučil) objevila odpověď „nikdo, přišel (a) jsem akutně /bolest, nevolnost“, což byl důvod k jejich vyřazení, jelikož se jednalo o pacienty, kteří přišli do nemocnice s akutními obtížemi. Pro nevyplnění všech položek v dotazníku byly vyřazeny 2 dotazníky, pro vpisování vlastních poznámek k jednotlivým položkám 3 dotazníky. Vyhodnoceno tedy v závěru bylo 52 dotazníků, což je 86,7 % z celkového počtu rozdaných.

Dotazník se skládal z pěti částí a byl tvořen 26 položkami a závěrečným možným připomínkovaním.

Položka pohlaví respondentů: podle předpokladu se výzkumu účastnilo více žen, a to v počtu 40 (76,9 %), oproti 12 (23,1 %) mužům. Dle informací ÚZIS z roku 2008 cholecystolithiázou trpí ženy dvakrát častěji, než muži. V tomto výzkumu bylo žen 3,3 krát více, což odpovídá spíše číslům v odborných publikacích. (např. Brodanová, 1998 uvádí rozdíl mezi muži a ženami 2 – 3 násobný)

Věk respondentů: nejpočetnější skupinu tvořili pacienti ve věku 50 a více let zastoupených počtem 32 (61,5 %) respondentů. Ve věkové skupině 30 – 40 let bylo 16 (30,8 %) dotazovaných, věkovou skupinu pod 29 let tvořili 4 (4,7 %) pacienti. Odborná literatura uvádí, že výskyt cholecystolithiázy stoupá s věkem, její největší incidence je po 60. roce věku, což se v tomto výzkumu potvrdilo. Průměrný věk respondentů byl 51,96 let, nejmladšímu pacientovi bylo 19 let, nejstaršímu 72 let.

V otázce nejvyššího dosaženého vzdělání, byli stejným počtem zastoupeni respondenti vyučení bez maturity a se středoškolským vzděláním, v počtu 2 x 15 (2 x 28,8 %), 13 (25,0 %) pacientů mělo vysokoškolské vzdělání, vyučeno s maturitou bylo 7 (13,5 %) pacientů, základní vzdělání uvedli 2 (3,8 %) pacienti.

Dosažené vzdělání není určujícím faktorem pro vznik samotného onemocnění žlučníku, ale hraje roli při poskytování edukace. Ke každému pacientovi je nutno přistupovat individuálně a to i s ohledem na vzdělání.

Na otázku z jakého důvodu byl respondentovi žlučník odstraněn, uvedlo 42 (80,8 %) dotazovaných přítomnost konkrementů, pro zánětlivé onemocnění cholecystektomií podstoupilo 10 (19,2 %) pacientů. Možnost odstranění žlučníku pro nádor neuvedl nikdo z dotazovaných. Drahoňovský uvádí, že nejčastěji je cholecystektomie prováděna pro cholecystolitiázu, dále po zánětech. Dalšími důvody je hydrops nebo empyém žlučníku, či polypy žlučníku. Výsledky výzkumu prokazují stejnou etiologii.

Další položka z informativní části dotazníku byla zaměřena na znalost příčiny onemocnění. Její vyhodnocení bylo velmi zajímavé, protože nejvíce 23 (44,2 %) respondentů nevědělo, co přesně jejich onemocnění způsobilo. Nevhodné stravovací návyky si uvědomovalo 22 (42,3 %) dotazovaných a dědičné faktory uvedlo 6 (11,5 %) pacientů. Jediný pacient (1,9 %) za příčinu onemocnění pokládal užívání léků a hormonů. Prudké zhubnutí, či jiné onemocnění neuvedl žádný z dotazovaných. Zajímavost těchto odpovědí spatřuji v tom, že téměř polovina z dotazovaných si neuvědomovala příčinu své nemoci. Brodanová uvádí asymptomatický průběh u 60 – 80 % populace, jako tzv. němé kameny. V tomto výzkumu bylo procento nižší, navíc téměř stejné jako příčina v nevhodných stravovacích návycích.

V položce č. 6 byli respondenti dotazováni, kdo je do nemocnice doporučil. Tato otázka sloužila k vyloučení respondentů nevhodných pro tento výzkum. Pokud některý z dotazovaných uvedl, že do nemocnice přišel akutně, byl z výzkumného šetření vyloučen, protože nesplňoval kritéria pro plánovaný výkon. Od svého odborného lékaře doporučení dostalo 31 (59,6 %) pacientů, od praktického lékaře 21 (40,4 %) pacientů.

Položka č. 7 se týkala operační metody odstranění žlučníku. Laparoskopicky cholecystektomií podstoupilo 35 (67,3 %) pacientů, klasická laparotomie byla provedena u 12-ti (23,1 %) pacientů, metodou SILS bylo operováno 5 (9,6 %) pacientů. Z toho vyplývá, že indikace k jednotlivým operačním metodám se provádí podle vyšetřovacího schématu, které vychází z klinických příznaků a vyšetření. Každá z nich má tedy svá indikační kritéria.

Zjišťující část dotazníku sloužila ke zmapování dílčího cíle č. 1: kým a jakým způsobem jsou pacienti informováni. Pro tento cíl byly použity položky v dotazníku č. 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17.

Položkou č. 8 jsem zjišťovala, zda pacientům byla dostatečně vysvětlena operační léčba. Srozumitelně vnímalo vysvětlení 47 (90,4 %) respondentů. Dva pacienti (3,8 %) byli s léčbou seznámeni, ale její vysvětlení považovali za příliš odborné. Další dva pacienti (3,8 %) uvedli, že jim nebyla podána žádná informace ohledně operační léčby a jeden (1,9 %) z dotazovaných uvedl možnost „jiné“, kam dle nabídnuté možnosti připsal poznámku, že nebyl seznámen s operační metodou SILS. Poslední nabízenou variantu odpovědi „nerozuměl jsem“ nevyužil žádný z pacientů. Za zarážející považuji odpověď dvou pacientů, že se jim nedostalo žádného vysvětlení ohledně operační léčby. Každému z pacientů přicházejících k objednání k operaci je vysvětlena řádně léčba, možnosti, i komplikace, každý dostává k prostudování tzv. informovaný souhlas, kde jsou všechny podstatné informace, pacient je poučen, aby tento prostudoval a o nutnosti přinést jej s sebou podepsaný do nemocnice k přijetí. Tuto odpověď si tedy neumím vysvětlit jinak, než že informace v ústní i písemné podobě vnímali pacienti nedostatečně nebo vůbec.

Informacím a jejich kvalitě o pooperačním režimu byla věnována položka č. 9. Nikdo z dotazovaných neuvedl, že by mu informace nebyly podány. V tom spatřuji rozpor oproti předchozí položce. Pokud dva z respondentů uvedli, že je nikdo neinformoval o operační léčbě, o pooperačním režimu by tedy informace neměli mít rovněž. Nicméně dva pacienti (3,8 %) si nepamatovali, že tyto informace obdrželi. Tento počet by již odpovídal předchozí položce, i když tato odpověď je již trochu váhající. Odpověď „ano“ zvolilo 50 (96,2 %) respondentů, z nichž nejvíce jich hodnotilo kvalitu informací známkou 1 a to 30 (57,7 %). Známkou 2 zvolilo 16 (30,8 %) pacientů a známkou 3 by kvalitě informací udělili 4 (7,7 %) pacienti. Žádný nehodnotil podané informace nabízenou známkou 4 nebo 5.

Další položkou jsem chtěla zjistit, zda informace pacienti dostávají v celém průběhu léčby, tedy při objednání, při příjmu k hospitalizaci, při vlastní hospitalizaci nebo pouze v některé této složce. Dotazovaní zde měli možnost zaškrtnout více možností, jejichž vyhodnocení mělo sloužit k posouzení zastoupení jednotlivých fází. Informace při objednání byla nejčastěji uváděná položka. Odpovědělo tak 17 (32,7 %) respondentů. Všechny složky, které by se měly podílet na poučení pacienta, byly zastoupeny u 9-ti (17,3 %) pacientů. Následovala kombinace při objednání + při hospitalizaci, celkem 8 (15,4 %) pacientů, dále pouze během hospitalizace 7 (13,5 %) dotazovaných, při objednání + při příjmu 6 (11,5 %) pacientů a 3 (5,8 %) pacienti informace dostali při přijetí na chirurgické oddělení + během hospitalizace. Tyto odpovědi bych hodnotila tak, že pacienti informace dostávají v celém průběhu, ale v každé fázi je jednotlivci vnímají jinak.

Nejvíce při prvním kontaktu, kdy jsou k hospitalizaci objednávaní a další vnímání může již být ovlivněno mnoha faktory, vyplývajícími ze změny zdravotního stavu, prostředí, momentální nálady a jiných.

Další položka měla za úkol zmapovat, kdo pacienty informoval o léčbě a pooperačním režimu. Zde jsem předpokládala, že lékař spolu se sestrou bude nejčastěji uváděná odpověď a toto se i potvrdilo, i když ne v takové míře, jak jsem očekávala. Polovina všech dotazovaných, tedy 26 respondentů (50,0 %) bylo informováno od lékaře, i od sestry. 20 respondentů (38,8 %) uvedlo, že informace dostávali pouze od lékaře, 4 respondenti (7,7 %) měli informace od lékaře, od sestry a k nim ještě další informace z vlastních zdrojů. 2 z dotazovaných (3,8 %) uvedli, že je nikdo neinformoval. Toto číslo je shodné i s předchozími položkami a s ohledem na to, co již bylo napsáno výše, je tato informace s podivem. Rovněž zarážející je skutečnost, že celých 20 respondentů mělo pocit, že informace dostávali pouze od lékaře, když sestra je s pacientem ve velmi úzkém kontaktu prakticky po celý den a neustále jej informuje o veškerých aktivitách týkající se jeho pobytu v nemocnici. Sestra bývá tou, na kterou se pacient obrací se svými dotazy většinou jako první. Tento výsledek je zřejmě dán tím, že pacient vnímá sestru spíše jako svého spojence a partnera pro komunikaci, kdežto lékař je pro pacienta ten důležitý prostředek jak pro léčbu, tak pro získání relevantních informací.

Ke zjištění informačních zdrojů ohledně stravovacího režimu po operaci, které byly pacientovi nabídnuty, sloužila položka č. 12. Mým předpokladem bylo, že letáček na oddělení bude uveden u všech respondentů vzhledem k tomu, že jej obdrží každý pacient již při uložení na pokoj. Překvapilo mě, že pokud bych sečetla samotný letáček + letáček společně s dalšími uvedenými zdroji, dostanu se k číslu 39, což odpovídá 74,9 %. Ještě více zarážející byla skutečnost, že 9 respondentů (17,3 %) nedostalo doporučení žádného zdroje. Jde o poměrně vysoké číslo, které si nedovedu nijak vysvětlit vzhledem k výše uvedené skutečnosti. Snad, pokud tento letáček nevnímalo oněch 9 pacientů jako další obtěžující čtení a odmítli mu tak věnovat pozornost. Knihy byly doporučeny dvěma pacientům (3,8 %), jeden pacient (1,9 %) uvedl internet a poslední si nepamatoval, zda mu nějaké informační zdroje byly doporučeny.

V položce č. 13 byli respondenti dotazováni, jaká forma sdělování informací by pro ně byla nejpříjemnější. Nejvíce, 32 respondentů (61,5 %) by preferovalo rozhovor. Ten také bývá nejčastější formou hospitalizaci a pacienti se při něm mohou dotázat na věci, kterým nerozumí. Mají tedy okamžitou zpětnou vazbu. Formu letáku by uvítalo 17 dotazovaných (32,7 %), přednášku by upřednostnili 3 pacienti (5,8 %) z celkem 52 (100 %).



Z nabízených možností zůstaly dvě bez zájemce, první: „Samostatné vyhledání informací“, druhá: „jiné, doplňte“. Z těchto odpovědí považuji za zajímavou nízkou preferenci sdělování formou přednášky. Pacienti zřejmě na takovou možnost zatím stále nemyslí. Přestože u mnoha onemocnění je očekávaným pravidlem, pro „běžnou“ hospitalizaci jsou pro nemocné spíše překvapujícím zjištěním.

V další položce jsem zjišťovala, v jaké míře a zda vůbec respondenti rozuměli informacím, kterých se jim dostalo. Žádný z dotázaných neuvedl, že by informacím nerozuměl. Dva pacienti (3,8 %) uvedli, že informacím rozuměli pouze částečně, zbylých 50 respondentů (96,2 %) rozumělo informacím v plné míře. To považuji za příjemné zjištění.

Následující položka navazovala na předchozí otázku, tedy pokud pacienti něčemu nerozuměli, zda měli možnost se zeptat. Dohromady 51 pacientů (98,1 %) vyplnilo, že možnost dotazu měli. Jeden z dotazovaných (1,9 %) uvedl „ano, ale nezeptal jsem se“. Další položky „ne“ a „ne, ale chtěl jsem se zeptat“ nevyplnil žádný respondent. Mohu tedy předpokládat, že pacientům jsou podávány informace a jsou také vyzýváni, aby pokud něčemu nebudou rozumět, neváhali se zeptat.

V položce č. 16 jsem se ptala, zda by pacienti uvítali více informací. Většina z nich, tedy 37 z dotázaných pacientů (71,2 %) neměla potřebu získat více informací s tím, že pro ně byly ty, které dostaly vyčerpávající. Pro 11 pacientů (21,2 %) byla odpověď „ano, určitě“. Naopak další informace nepožadovali 4 pacienti (7,6 %) z důvodu, že by je spíše stresovaly a zatěžovaly. Pokud respondenti zvolili odpověď „ano, určitě“, měli možnost napsat, v jaké oblasti by více informací uvítali. Každý z nich zmínil oblast stravování. 3 pacienti z těchto 11 postrádali více informací o pooperačním režimu a rekonvalescenci, jeden uvedl, že mu chybí informace o tom, zda je bez žlučníku nějakým způsobem ohrožen. K zamyšlení by měla vést zřejmě odpověď o nedostatku informací ohledně stravování po operaci žlučníku. Jde o důležitou součást pooperačního režimu a následné rekonvalescence a je zarážející, že celých 21 % nemocných nejsou v této oblasti náležitě informováni.

Následující položka se týkala informovaného souhlasu a spokojenosti respondentů s poskytnutými informacemi. Velmi spokojeno bylo 30 dotazovaných (57,7 %), spíše spokojeno bylo 21 pacientů (40,4 %), možnost „spíše nespokojen“ uvedl 1 respondent (1,9 %). Poslední možnost „nespokojen“ nevyužil nikdo z dotazovaných. Z uvedených dat vyplývá, že 51 z celkového počtu 52 respondentů se přiklání spíše ke kladnému hodnocení. Přestože během celého vyhodnocování výzkumu figurují 2 pacienti, kteří se cítí být nedostatečně, či vůbec neinformováni, v těchto datech je negativní hodnocení pouze jedno.

Podle mého mínění to znamená, že jeden z oněch dvou pacientů přeci jen musel nějaké informace dostat a jejich hodnocení zde uvádí pravděpodobně jako „spíše spokojen“.

Ve vědomostní části dotazníku jsem se snažila zmapovat znalosti o pooperačním režimu. Tato část byla tedy orientována na dílčí cíl č. 2 a otázky, které se ho týkaly, měly čísla 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24.

Položka č. 18 byla zaměřena na znalost respondentů, zda je nutné po operaci dodržovat dietní opatření a v případě že ano, měli uvést jak dlouho. Nikdo z dotazovaných pacientů neuvedl, že dietní opatření není třeba dodržovat. Nicméně 7 respondentů (13, 5 %) nevědělo, zda ano, či ne. Považuji to za poměrně vysoké číslo s ohledem na již dříve zmiňovanou nutnost dietní opatření dodržovat i na poskytování těchto informací v písemné podobě každému jednotlivému pacientovi. 45 pacientů (86,5 %) vědělo, že dietní opatření by dodržovat měli. V časovém období se ale rozcházel. Doporučená doba činí půl roku s možností zkrácení v případě nekomplikovaného průběhu rekonvalescence na 4 měsíce. Tento časový údaj se objevil ve 20-ti případech (38,5 %). O jednoho pacienta více, tedy 21 dotazovaných (40, 4 %) zastávalo možnost 1 – 3 měsíce, což je pro lékaře ještě stále tolerovaný časový údaj s tzv. „přimhouřením obou očí“. Velmi krátká doba, 14 dní byla možnost pro dva pacienty (3,8 %), stejný počet byl přesvědčen, že dietu je třeba dodržovat stále. Tento názor nelze považovat za zcela mylný, ovšem pokud by dotyčný dodržoval alespoň zčásti zásady zdravé výživy, není nutné žlučnickovou dietu dodržovat celoživotně. Žlučník není pro člověka nepostradatelný orgán. Po jeho odstranění chybí ale tělu místo uskladnění stále se tvořící žluče, ta se vylučuje v malých dávkách neustále a tělo není schopné reagovat na vyšší příjem tuků. Člověk si během zmiňovaného půl roku může hlavně přivyknout na příjem menšího množství jídla vícekrát denně. Poté již není třeba omezování druhů potravin, pouze jejich množství. Doporučená doba šesti měsíců neznamena striktní zákaz konzumace daných potravin, spíše by mělo jít o jejich postupné zařazování do jídelníčku a vysledování jejich účinku na daný organismus.

V následující otázce měli dotazovaní hospitalizovaní pacienti určit potraviny, které se mají z jídelníčku po operaci žlučníku vyloučit. Nabídnuté možnosti byla: dušená, smažená, kořeněná jídla, rybí filé, libová šunka, květák, silná zrnková káva, čerstvé kynuté pečivo. Správnou kombinaci, která byla: smažená, kořeněná jídla, květák, zrnková káva a čerstvé pečivo, určilo 30 respondentů (57,7 %). Všichni ostatní, jichž bylo 22 (42,3 %) označili správně některé potraviny nebo jejich kombinace, ale jejich výčet nebyl kompletní.

O tom, které potraviny byly uváděné nejčastěji a které naopak nejméně, vypovídá dobře graf č. 19.1, v příloze č. 11. Smažená jídla byla nejčastěji označovanou potravinou.

Jako nevhodnou ji určilo 50 dotazovaných (96,2 %).

Následovala kořeněná jídla, označena u 46 respondentů (84,6 %). Dále to bylo čerstvé kynuté pečivo pro 44 pacientů (84,6 %), silnou zrnkovou kávu by vyřadilo 38 pacientů (73,1 %) a jako nejméně vzpomínaná potravina byl květák u 32 pacientů (61,5 %). Při zpracování této otázky jsem očekávala, že káva bude značně opomíjena a hodně mě překvapilo, že dané číslo bylo vyšší, než u kvěťáku, kde bych předpokládala opak. Je ovšem možné, že respondenti vycházeli z vlastních zkušeností s jednotlivými potravinami. Na druhou stranu potraviny, které se řadí mezi doporučené, tedy: dušená jídla, rybí filé, či libová šunka neoznačil jako vhodné k vyloučení žádný z dotazovaných pacientů.

Položka č. 20 se týkala pooperačních komplikací. Respondenti v ní měli určit, která z uvedených komplikací (zvýšená teplota, bolest, kýla v místě operační jizvy) nepatří do tzv. časných komplikací. Zvýšená teplota i bolest se řadí k raným komplikacím, upozorňující na možný zánět z důvodu úniku žluče do břišní dutiny, zanedbání aseptického postupu při operaci, krvácení ze sklouzlé ligatury z arteria cystica, z jaterního lůžka aj., vyžadující v některých případech nasazení antibiotické léčby, či operační revizi. Oproti tomu kýly v místě operační jizvy patří mezi komplikace pozdní, vznikající např. nedodržením absence fyzické aktivity během doporučeného období. Správně tuto komplikaci označilo 44 dotazovaných pacientů (84,6 %). Bolest uvedlo 5 pacientů (9,6 %), zvýšenou teplotu 3 pacienti (5,8 %). V dotazníku bylo zdůrazněno: „nepatří do tzv. časných komplikací“, takže nepředpokládám, že šlo o nepochopení jejího smyslu.

V následující položce se jednalo o odstranění stehů v případě nekomplikovaného průběhu léčby, tedy pokud nedojde například ke hnisání rány, kdy se kožní steh nebo stehy musí odstraňovat dříve z důvodu revize, popř. výplachu a zadrénování. Obvyklá doba odstranění stehů je v exponovaných oblastech 10 dní. Břišní krajina mezi tyto oblasti patří. Správně odpovědělo 32 pacientů (61,5 %). Dalších 12 uvedlo dobu pěti dnů, tzn. že 23,1 %, téměř jedna čtvrtina dotazovaných, předpokládá odstranění stehů ještě před možným dokonalým zhojením. O časovém údaji týkající se odstranění stehů nemělo povědomí 8 pacientů (15,4 %). U této otázky se projevila nejmenší znalost ze všech otázek vědomostních. Tato skutečnost mě překvapila, protože jsem předpokládala, že dotazy na odstranění stehů patří mezi velmi časté. Pacienti zřejmě předpokládali, že s propuštěním z nemocnice budou zároveň odstraněny stehy.

Vyhýbání se těžší fyzické aktivitě (nošení těžkých břemen, sportovní aktivity) byla věnována otázka č. 22. Toto doporučení dostávají všichni pacienti podstupující operaci z důvodu zamezení vzniku komplikací a dokonalého zhojení.

U břišních operací hrozí, jak již bylo uvedeno výše, vznik kýly v místě operační rány a následná reoperace. Doba, po kterou je vhodné se zvýšené fyzické aktivitě vyhýbat, je 3 měsíce. Správně ji označilo 43 respondentů (82,7 %). Fyzickou námahu by na 1 měsíc omezili 3 pacienti (5,8 %), zbylých 6 pacientů (11,5 %) jako svou odpověď zvolilo „nevím“. Očekávala jsem, že větší počet pacientů se přikloní z těchto dvou možností spíše k jednomu měsíci, než aby nevěděli, ale pravděpodobně je to dáno skutečností, že během hospitalizace nejsou vystavováni zvýšené fyzické námaze a potřeba jejího omezení je jim zdůrazněna až při propuštění do domácího ošetřování.

Položka č. 23 byla věnována péči o operační jizvy, jako jsou tlakové masáže, promazávání. Aby došlo k jejich správnému zhojení, je potřeba se o ně vhodným způsobem starat. Správná odpověď zněla „po vyndání stehů“ a označilo ji 44 respondentů (84,6 %). Ještě před odstraněním stehů byl názor jednoho pacienta (1,9 %). Možnost „nejsem si jist“ byla uvedena u 7 pacientů (13,5 %). Tlakové masáže a promazávání operačních jizev se doporučuje až po jejich dokonalém zhojení. V opačném případě by mohlo dojít k infikování nezhojené rány. Tlakové masáže vyvolávají zbytečnou bolest, dochází k většímu prokrvení tkáně a mohly by vyvolat krvácení v ráně. Stejně jako u předchozí otázky předpokládám poučení pacientů při jejich propuštění do domácího ošetřování, přesto pokládám znalost v této oblasti za uspokojivou.

Odpovědi na další otázku týkající se návštěvy lékaře po propuštění z nemocnice se dělily téměř na polovinu správných, polovinu špatných. O tomto údaji nic nevědělo 21 (40,4 %) z dotazovaných pacientů. „ano“ odpovědělo 31 (59,6 %) pacientů. Zde měli dopsat i časový údaj, který předpokládají. Polovina z celkového počtu 52 respondentů, tedy 26 dotazovaných (50,0 %) napsali 3 – 5 dní, tedy správnou odpověď. Návštěvu za 7 dní uvedli 3 pacienti (5,8 %), 14 dní předpokládali 2 pacienti (3,8 %). U této položky jsem nedostatečné znalosti očekávala. Myslím, že málokterý pacient se zajímá o kontrolu v době, kdy je ještě hospitalizován a tomuto údaji během pobytu v nemocnici nevěnuje příliš pozornosti. Polovina správných odpovědí byla pro mě překvapující.

Další část dotazníku tvořily doplňující otázky směřující k cíli č. 3: odhalit ochotu pacientů spolupodílet se na svém zdraví. Zaměřeny na něj byly položky č. 25, 26.

Položkou č. 25 jsem chtěla zjistit, zda jsou pacienti odhodláni dodržovat doporučená režimová opatření po propuštění do domácího ošetřování. Negativní odpovědi „nebudu určité dodržovat“, „nevím“ neoznačil nikdo z dotazovaných pacientů. K částečnému dodržování se přiklonili 2 pacienti (3,8 %), ostatních 50 pacientů (96, 2 %) uvedli, že režimová opatření budou dodržovat zcela určitě. Pacienti jsou spoluzodpovědní za své zdraví, znalost potřebných informací jim může pomoci při rozhodování o svém zdraví. Ochota, či neochota převzít část odpovědnosti na sebe se následně projevuje na jejich zdravotním stavu. K tomu, aby se mohli rozhodnout, potřebují dostatečné a kvalitní informace. Pak již záleží pouze na nich samotných, zda se stanou aktivními účastníky v péči o své zdraví.

Otázku výběru nemocničního zařízení jsem zařadila do dotazníku záměrně. Z nabízených možností: je nejbližší mému bydlišti, doporučil mě sem můj praktický nebo odborný lékař, byl jsem zde již dříve hospitalizován a byl jsem spokojen, tato nemocnice má dobrou pověst, jiné, napište, jsem zamýšlela zjistit, zda a jakým způsobem si pacienti nemocnici vybírají. Výběr lékaře je jejich právem, a pokud se o své zdraví zajímají, nemůže jim být lhostejné, komu se svěří do péče. Nejvíce, 17 pacientů (32, 7 %) uvedlo, že je v tomto zařízení na doporučení svého praktického, či odborného lékaře. Pro dobrou pověst nemocnice si ji vybralo 13 pacientů (25,0 %). Blízkost bydliště byl určujícím faktorem pro 9 pacientů (17,3 %). Možnost „jiné“ si zvolilo 8 pacientů (15,4 %). Všech osm pacientů se shodlo v důvodu výběru pro krátkou čekací dobu na operaci. Dva z nich připojilo k tomuto důvodu ještě další, a to doporučení od rodiny, či známých, kteří zde již byli hospitalizováni. Z odpovědí usuzuji, že výběr nemocnice je pro většinu pacientů důležitý a nepodceňují jej.

V závěru dotazníku jsem ponechala respondentům možnost vlastního vyjádření. Mohli zde napsat své poznámky a připomínky pro případ, že by v dotazníku něco postrádali. Využili ji 4 respondenti. Ve dvou případech pacienti vyjádřili pochvalu na adresu nemocniční péče, kterou označili za kvalitní a projevíli pocit dostatku informací. Jeden z pacientů pocítoval nedostatek informací v oblasti pooperačního režimu, poslední, čtvrtý se cítil být nedostatečně seznámen s dietními opatřeními po operaci žlučníku.

**Cíle práce byly splněny.**

## ZÁVĚR

Na závěr této práce bych chtěla shrnout výše uvedené interpretované výsledky výzkumného šetření a zhodnotit, zda stanovené cíle stanovené na začátku práce byly dosaženy.

Jak bylo již uvedeno, výzkumné šetření probíhalo na chirurgickém oddělení nemocnice CLINICUM a.s. v Praze a respondenty byli všichni pacienti podstupující zde plánovanou cholecystektomii. Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat edukaci pacientů před plánovanou operací. Dále byly stanoveny 3 dílčí cíle, a to zjistit, jakým způsobem jsou pacienti informováni, zmapovat, zda pacienti mají dostatečné znalosti o pooperačním režimu, zmapovat, jak dalece jsou pacienti ochotni spolupodílet se na svém zdraví.

Z dílčího cíle zaměřeného na zjištění způsobu podávání informací vyplynulo, že pacienti tyto informace nedostávají kontinuálně, jak jsem původně předpokládala, tedy při objednávání k hospitalizaci, při příjmu na chirurgické oddělení a během hospitalizace, ale z větší části pouze v některé uvedené složce. Samotná kvalita těchto informací je na dostatečné úrovni, i když vypracování standardů by jistě informovanost pacientů zkvalitnila. Zajímavým zjištěním bylo, že pacienti velmi málo preferují formu přednášky, která je pro ně zřejmě zažitá spíše ve specializovanějších oblastech zdravotní péče, než u plánovaných operací. Upřednostňovanou formou byl pro pacienty hlavně rozhovor.

Ke zmapování znalostí o pooperačním režimu byl použit dílčí cíl č. 2. Z výzkumu vyplynulo, že převážná část pacientů má velmi dobré znalosti ohledně pooperačního režimu. Nejzajímavější oblastí byl dietní režim, kde všichni z nabízených možností uvedli správně ty, kterých se mají po operaci žlučníku vyvarovat, i když jejich kombinace nebyly vždy úplné. Nicméně příjemným zjištěním bylo, že pacienti se o své onemocnění zajímají a jejich znalosti jsou na velmi dobré úrovni.

Posledním cílem bylo zjistit, jak dalece jsou pacienti ochotni spolupodílet se na svém zdraví. Všichni z dotazovaných hospitalizovaných pacientů vyjádřili své odhodlání dodržovat doporučená režimová opatření zcela nebo alespoň z části. Většina z nich také neponechává náhodě výběr nemocničního zařízení, což svědčí o tom, že ke svému zdraví nepřístupují lhostejně.

Všechny cíle, které byly stanovené na začátku práce, byly splněny. Hlavním cílem bylo zmapovat edukaci pacientů před plánovanou operací. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že edukace pacientů před plánovanou cholecystektomií je na kvalitní úrovni. Nedostatek spatřuji v malé účasti všeobecných sester, které se na edukačním procesu podílejí dle výsledků výzkumu v mnohem méně, než bych předpokládala. Principem kvalitní péče o hospitalizované pacienty je spolupráce lékařů a všeobecných sester a to i v oblasti edukace. Základem je dodržování standardů v této oblasti, které na tomto chirurgickém oddělení chybí.

### **Doporučení na závěr**

Na závěr doporučuji pro chirurgické oddělení CLINICUM a.s. v Praze vypracovat standardy k provádění edukace pacientů před plánovanou operací, z důvodu zlepšení péče o tyto pacienty a hlavně zavést kontrolu na jejich dodržování. Dále doporučuji zvýšit účast všeobecných sester na edukační činnosti v mezích jejich kompetencí. Myslím si, že přínosem by pro všeobecné sestry mohla být stáž na některém z akreditovaných pracovišť, kde jsou edukační standardy již vypracovány.

## ANOTACE

- Autor:** Žampachová Milada
- Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové  
Oddělení ošetrovatelství
- Název práce:** Edukace pacienta před plánovanou cholecystektomií
- Vedoucí práce:** Mgr. Schneiderová Michaela  
Prim. MUDr. Svoboda Jiří
- Počet stran:** 105
- Počet příloh:** 13
- Rok obhajoby:** 2010
- Klíčová slova:** edukace, cholecystektomie, SILS, předoperační a pooperační péče, dietoterapie

Bakalářská práce pojednává o edukaci pacientů před plánovanou cholecystektomií. Teoretická část je rozdělena do dvou kapitol. První kapitola je zaměřena na edukaci pacientů, je zde popsána definice edukace, zásady komunikace v edukačním procesu, dokumentace a kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků k poskytování edukace. Druhá kapitola je věnována cholecystektomii, kde je popsána anatomie a fyziologie žlučníku, diagnostika onemocnění, chirurgická léčba, předoperační a pooperační péče, i zásady následné dietoterapie.

Těžištěm empirické části je kvantitativní výzkumné šetření pomocí dotazníkové metody, jehož cílem je odhalit, zda je edukace pacientů podrobujících se plánované cholecystektomii prováděna dostatečně kvalitně a zjistit, co je třeba v této oblasti zlepšit. Tato práce vychází z výzkumného šetření prováděného na chirurgickém oddělení nemocnice CLINICUM a.s. v Praze v období listopad 2009 až leden 2010. Zkoumaný soubor tvořili hospitalizovaní pacienti (celkem 52) chirurgického oddělení nemocnice CLINICUM a.s., kteří se zde podrobili plánované cholecystektomii.



## ANNOTATION

Author: Žampachová Milada  
Institution: Institute of Social Medicine LF UK in Hradec Králové, Department of Nursing  
Title of the work: Education of patients before an elective cholecystectomy  
Supervisor: Mgr. Schneiderová Michaela  
Prim. MUDr. Svoboda Jiří  
Number of pages: 105  
Number of attachments: 13  
Year of the defence: 2010  
Keywords: Education, Cholecystectomy, SILS, Preoperative and postoperative care, Dietotherapy

The Bachelor Thesis is focused on the education of patients before an elective cholecystectomy. The theoretical part is divided into two chapters. The first one concentrates on the education of patients, defines it and describes communication principles of the educational process, documentation and the competence of paramedical sanitarian staff to educate. The second chapter is dedicated to the cholecystectomy itself, where the anatomy and physiology of the gallbladder, diagnosis of the pathologies, surgical treatment, preoperative and postoperative care and principles of the diets following are described.

The main objective of the empirical part is a quantitative research survey obtained by questionnaires aimed at discovering whether the education of patients undergoing an elective surgery is of adequate quality and uncovering areas needing improvement. This work is based on a research investigation made by the Surgical Department of the CLINICUM a.s. Hospital in Prague between November 2009 and January 2010. The researched group consisted of hospital patients (a total sum of 52) who underwent surgery in the Surgical Department of CLINICUM a.s. Hospital.

## LITERATURA A PRAMENY

BRODANOVÁ, M.: *Onemocnění žlučníku a žlučových cest*. 1. vyd. Praha:Grada Publishing. 1998. 260 s. ISBN 80-7169-562-9

DRAHOŇOVSKÝ, V.: *Laparoskopie*. 1. vyd. Praha:Galén. 2000.103 s. ISBN 80-7262-060-6

HOCH, J., LEFFLER, J.: *Speciální chirurgie*. 1. vyd. Praha:MAXDORF. 2001, 2003. 224 s. ISBN 80-85912-06-6

JUŘENÍNOVÁ, P.: *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha:Grada Publishing. 2010. 82 s. ISBN 978-80-247-2171-2

KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha:Grada Publishing. 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2

KUTNOHORSKÁ, J.:*Výzkum v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha:Grada Publishing. 2009. 176s. ISBN 978-80-247-2713-4

MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetrovatelství*. 1.díl. Praha:Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9

MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M.: *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada Publishing. 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4

PAFKO, P.: *Praktická laparoskopická a torakoskopická chirurgie*. 1. vyd. Praha:Grada Publishing. 1998.108 s. ISBN 80-7169-532-7

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J.: *Pedagogický slovník*. Nové, rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Portál. 2009. 395 s. ISBN 978-80-7367-647-6

SALAMAN, J.R., FOSTER, M.E.: *Operative general surgery: a pocket guide for the trainee*. 1st ed. London:Wright. 1988. 149s. ISBN 0-7236-0586-6

SVOBODA, J.: *První zkušenosti s laparoskopií z jedné incize*. Medical Tribune. Praha: MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o. ISSN 1214-8911. 2009. roč.V. č. 10.

ŠPIRUDOVÁ, L. et al.: *Multikulturní ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha:Grada Publishing. 2005. 248 s. ISBN 80-247-1213-X

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G.: *Komunikace pro zdravotní sestry*, Praha:Grada Publishing. 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8

VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M.: *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi*. Brno:Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2005. 74 str. ISBN 80-7013-376-7

VOSTÁRKOVÁ, M.: *Kvalita ošetrovatelské péče o intubované pacienty na umělé plicní ventilaci: bakalářská práce*. Hradec Králové: Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2009. 140 s. 30 s. příl. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Michaela Schneiderová

WILHELM, D., GILLEN, S., WIRNHIER, H.: *Extended preoperative patient education using a multimedia DVD – impact on patients receiving a laparoscopic cholecystectomy: a randomised controlled trial*. Langenbeck's Archives of Surgery. Springer Berlin:Heidelberg. 2009. ISSN 1435-2443

ZEMAN, M. a kol., *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha:Galén, 2006. 575 s. ISBN 80-7262-260-9

## **INTERNETOVÉ ZDROJE**

BLAY, N., DONOGHUE, J.: *The effect of pre admission education on domiciliary recovery following laparoscopic cholecystectomy* [on line]. [cit.2010-01-04]. dostupné z: <[http://www.ajan.com.au/ajan\\_22.4html](http://www.ajan.com.au/ajan_22.4html)>

EUROMISE.: *Projekt 4. rámcového programu Evropské komise – IT EDUCTRA (Information Technologies EDUCation and TRaining)*. [on line]. [cit.2009-11-15]. dostupné z: <<http://www.new.euromise.org/iteductra/slide/3102.html>>

KUDLOVÁ, P., TOMANOVÁ, D.: *Didaktická vybavenost edukační lekce*. Ostrava. Zdravotně sociální fakulta Ostravské Univerzity, 2005. [online]. [cit. 2005-12-01]. Dostupné z: <<http://www.zsf.osu/dokumenty/sbornik04/kudlova.pdf>>

RYSKA, M., SKÁLA, J.: *Laparoskopická cholecystektomie*. [on line]. [cit. 2010-01-08]. dostupné z: <<http://www.hpb.cz/index.php?pId=93-2-3>>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ.: *Práva pacientů 1992* [on line]. [cit.2010-03-08]. dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/840>>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR.: *Standardy ošetrovatelské péče*. [on line]. [cit. 2010-03-18]. dostupné z: <<http://portalkvality.mzcr/Odbornik/Pages/11-Standardy-osevovatelke-pece>>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ: *Etický kodex nelékařského zdravotnického pracovníka*. [on line]. [cit. 2010-03-18]. dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/371-vestnik-72004.html>>

UZIS.: *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2008*. [on line]. [cit.2010-03-08]. dostupné z: <[http://www.uzis.cz/news.php?mnu\\_id=1100](http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100)>

3. CHIRURGICKÁ KLINIKA 1. LF UK.: *Chirurgie žlučových cest*. Formát PDF [on line]. [cit. 2010-03-22]. dostupné z: <[portal.lf1.cuni.cz/download.php?fid=21](http://portal.lf1.cuni.cz/download.php?fid=21)>

WESTPFALZ-KLINIKUM: *SILS – single port cholecystektomie* [on line]. [cit. 2010-03-22]. dostupné z: <[http://www.westpfalz-klinikum.de/westpfalz-klinikum/content/e15882/e15878/e14092/index\\_ger.html](http://www.westpfalz-klinikum.de/westpfalz-klinikum/content/e15882/e15878/e14092/index_ger.html)>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

aj. – a jiné

apod. – a podobně

CT – výpočetní tomografie

č. – číslo

CHAG - cholangiografie

CHCE – cholecystektomie

CHOPN - chronická obstrukční plicní nemoc

ICHHS - ischemická choroba srdeční

i.v. – intravenózní

IVC – intravenózní cholangiografie

MR – magnetická rezonance

např. - například

N.O.T.E.S. - Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery, chirurgický výkon využívající přirozených přístupových cest

obr. - obrázek

odst. - odstavec

písm. - písmeno

příl. – příloha

PTC – perkutánní transhepatální cholangiografie

SILS - Single Incizion Laparoscopic Surgery, operace z jedné incize

tzv. - takzvaný

tj. - to je

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky

vyd. - vydání

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví zkoumaných osob	53
Graf č. 2: Věk respondentů	54
Graf č. 3: Vzdělání respondentů	55
Graf č. 4: Důvod odstranění žlučníku	56
Graf č. 5: Příčina onemocnění	57
Graf č. 6: Doporučení do nemocnice	58
Graf č. 7: Operační metoda	59
Graf č. 8: Vysvětlení léčby	60
Graf č. 9: Informace o pooperačním režimu	62
Graf č. 10: Podání informací	64
Graf č. 11: Kdo informoval	66
Graf č. 12: Informační zdroje	67
Graf č. 13: Forma sdělení	69
Graf č. 14: Informacím rozuměl	70
Graf č. 15: Možnost dotazu	71
Graf č. 16: Více informací	72
Graf č. 17: Spokojenost s informacemi	73
Graf č. 18: Dodržování diety	74
Graf č. 19: Zastoupení vyloučených potravin v % (příl. č. 11)	122
Graf č. 20: Komplikace pozdní	77
Graf č. 21: Odstranění stehů	78
Graf č. 22: Omezení zátěže	79
Graf č. 23: Péče o jizvy	80
Graf č. 24: Návštěva lékaře	81
Graf č. 25: Dodržení režimu	82
Graf č. 26: Výběr nemocnice	83

## SEZNAM TABULEK

### **Teoretická část:**

Tabulka č. 1: Edukace a ošetrovatelský proces (příl. č. 1)	106
Tabulka č. 2: Srovnání klasické a laparoskopické operace	36
Tabulka č. 3: Kontraindikace laparoskopických operací	37

### **Empirická část:**

Tabulka č. 1: Pohlaví zkoumaných osob	53
Tabulka č. 2: Věk respondentů	54
Tabulka č. 3: Vzdělání respondentů	55
Tabulka č. 4: Důvod CHCE	56
Tabulka č. 5: Příčina onemocnění	57
Tabulka č. 6: Doporučil do nemocnice	58
Tabulka č. 7: Operační metoda	59
Tabulka č. 8: Vysvětlení léčby	60
Tabulka č. 9: Informace o pooperačním režimu	62
Tabulka č. 10: Podání informací	64
Tabulka č. 11: Kdo informoval	66
Tabulka č. 12: Informační zdroje	67
Tabulka č. 13: Forma sdělení	69
Tabulka č. 14: Informacím rozuměl	70
Tabulka č. 15: Možnost dotazu	71
Tabulka č. 16: Více informací	72
Tabulka č. 17: Spokojenost s informacemi	73
Tabulka č. 18: Dodržování diety	74
Tabulka č. 19: Vyloučené potraviny	76
Tabulka č. 19.1: Nejčastěji uváděné (příl. č. 11)	122
Tabulka č. 20: Komplikace pozdní	77
Tabulka č. 21: Odstranění stehů	78
Tabulka č. 22: Omezení zátěže	79
Tabulka č. 23: Péče o jizvy	80
Tabulka č. 24: Návštěva lékaře	81
Tabulka č. 25: Dodržení režimu	82
Tabulka č. 26: Výběr nemocnice	83

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1: Edukace pacienta v podmínkách zdravotnického zařízení	106
Obr. č. 2: Anatomie žlučníku a extrahepatických žlučových cest	112
Obr. č. 3: Cholecystolitiáza	113
Obr. č. 4: Kameny ve žlučníku	113
Obr. č. 5: Ultrasonografické vyšetření	114
Obr. č. 6: i.v. cholangiografie	114
Obr. č. 7: ERCP	114
Obr. č. 8: Perkutánní transhepatální cholangiografie	114
Obr. č. 9: Zavedení trokarů	117
Obr. č. 10: Uchopení žlučníku v oblasti fundu	117
Obr. č. 11: Expozice Calotova trojúhelníku	117
Obr. č. 12: Incize peritonea v oblasti Calotova trojúhelníku	118
Obr. č. 13: Preparace cystiku	118
Obr. č. 14: Uzavření cystiku klipy a jeho přerušení	118
Obr. č. 15: Preparace, klipování a přerušení arteria cystica	118
Obr. č. 16: Uložení žlučníku do plastického sáčku	119
Obr. č. 17: Expozice žlučníku před stěnu břišní	119
Obr. č. 18: Kontrola hemostázy v lůžku žlučníku a zavedení drénu	119
Obr. č. 19: Zavedení portu pro optiku a pracovní nástroje	120
Obr. č. 20: Operace jedním portem	120
Obr. č. 21: Pohled do dutiny břišní po zavedení kapnoperitonea	120
Obr. č. 22: Jizva po laparotomické CHCE	121
Obr. č. 23: Jizva po laparoskopické CHCE	121
Obr. č. 24: Jizva po CHCE provedené metodou SILS	121

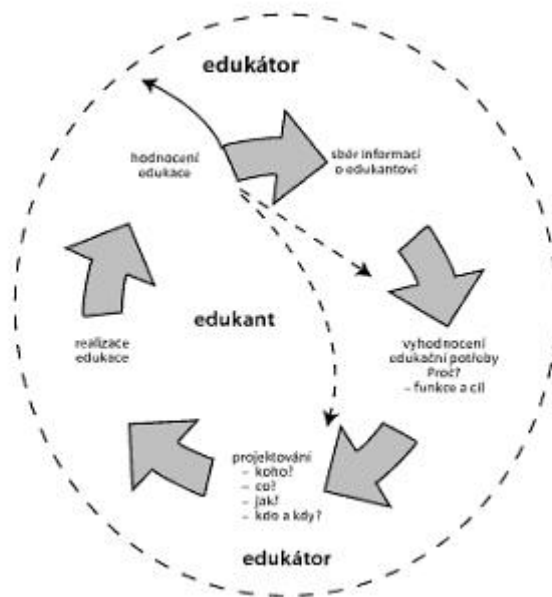


## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Edukace pacienta v podmínkách zdravotnického zařízení	106
Příloha č. 2: Práva pacientů ČR	107
Příloha č. 3: Etický kodex nelékařského zdravotnického pracovníka	109
Příloha č. 4: Anatomie žlučníku a extrahepatických žlučových cest	112
Příloha č. 5: Cholecystolitiáza	113
Příloha č. 6: Zobrazovací vyšetřovací metody	114
Příloha č. 7: Cholecystektomie, historie a současnost	115
Příloha č. 8: Technika laparoskopická cholecystektomie	117
Příloha č. 9: SILS	120
Příloha č. 10: Porovnání výsledného kosmetického efektu	121
Příloha č. 11: Nejčastěji uváděné vyloučené potraviny	122
Příloha č. 12: Dotazník	123
Příloha č. 13: Souhlas s prováděním výzkumu	130

## Příloha č. 1: Edukace pacienta v podmínkách zdravotnického zařízení

Obr. č. 1: Edukace pacienta v podmínkách zdravotnického zařízení



(Juřeníková, 2010)

Tabulka č. 1: Edukace a ošetrovatelský proces

Fáze/kroky		Činnosti v ošetrovatelském procesu
Edukace	Ošetrovatelský proces	
počáteční pedagogická diagnostika	zhodnocení/ posouzení	získávání informací o klientovi
projektování	stanovení ošetrovatelské diagnózy	stanovení ošetrovatelského problému, stanovení příčiny, projevů a důsledků těchto problémů
	plánování ošetrovatelské péče	sestavení plánu ošetrovatelské péče pro vyřešení ošetrovatelských problémů klienta
realizace	realizace ošetrovatelského plánu	realizace intervencí pro uspokojení potřeb klienta a odstranění ošetrovatelského problému
upevňování a prohlubování učiva		
fáze zpětné vazby	hodnocení	hodnocení výsledků ošetrovatelské péče

(Juřeníková, 2010)

## **Příloha č. 2: Práva pacientů ČR**

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

*Etický kodex "Práva pacientů" navrhl, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992*

### **Příloha č. 3: Etický kodex nelékařského zdravotnického pracovníka**

Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví

#### **Zdravotnický pracovník a spoluobčané**

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.
- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.
- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).

- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

### **Zdravotnický pracovník a praxe**

- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.
- Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.
- Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.
- Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

### **Zdravotnický pracovník a společnost**

- Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.
- Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

### **Zdravotnický pracovník a spolupracovníci**

- Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.
- Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.
- Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.
- Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

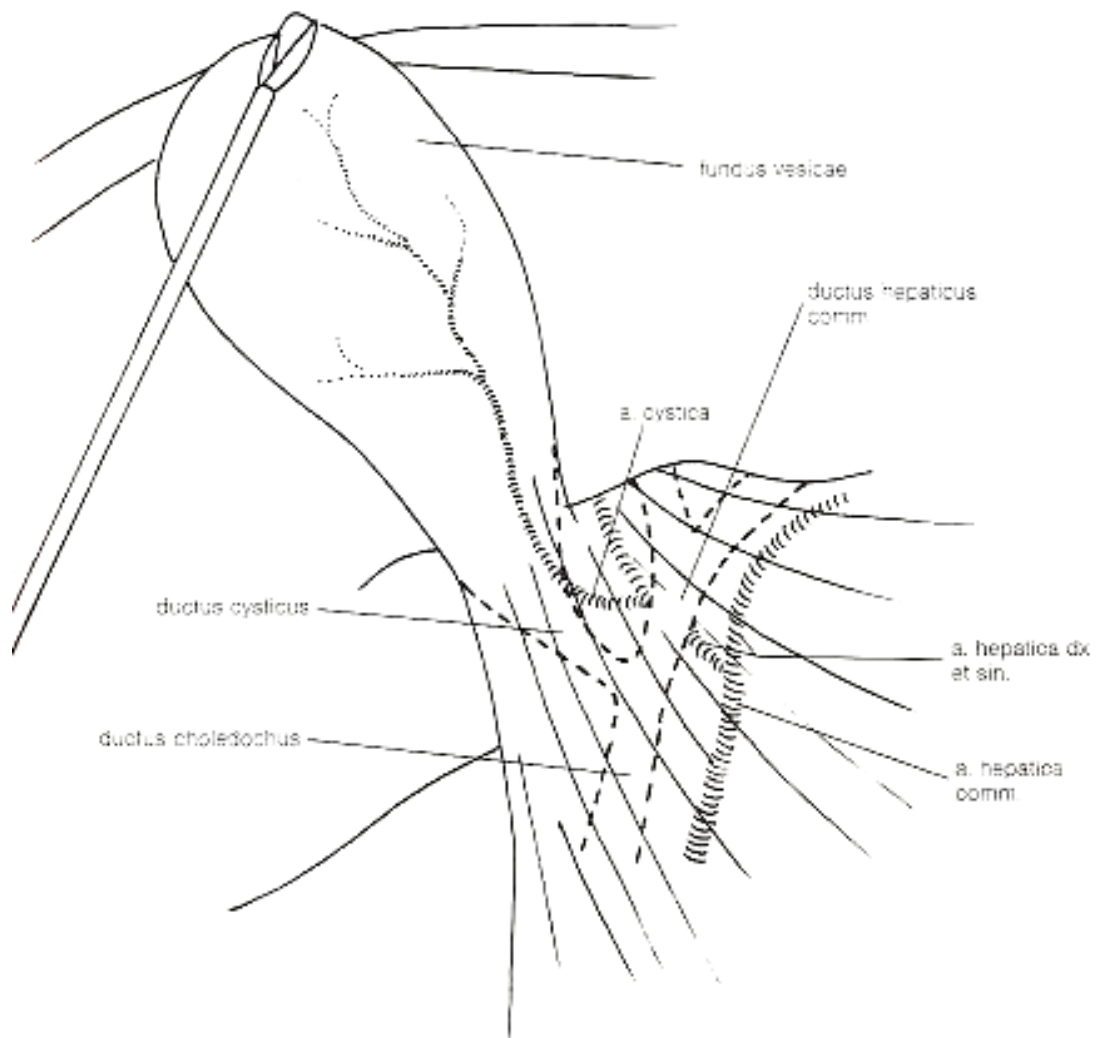
### **Zdravotnický pracovník a profese**

- Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.
- Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně.

(Věstník MZČR, 2004)

#### Příloha č. 4: Anatomie žlučníku a extrahepatických žlučových cest

Obr. č. 2: Anatomie žlučníku a extrahepatických žlučových cest



(Pilous, In Hoch, 2001)



## Příloha č. 5: Cholecystitiíza

Obr. č. 3: Cholecystitiíza



(3. chir. Klinika, 1. LF UK)

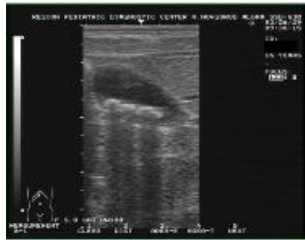
Obr. č. 4: Kameny ve žlučníku



(archiv autorky)

## Příloha č. 6: Zobrazovací vyšetřovací metody

Obr. č. 5: Ultrasonografické vyšetření



(3. chir. klinika, 1. LF UK)

Obr. č. 6: i.v. cholangiografie



(3. chir. klinika, 1. LF UK)

Obr. č. 7: ERCP



(3. chir. klinika, 1. LF UK)

Obr. č. 8: Perkutánní transhepatální cholangiografie



(3. chir. klinika, 1. LF UK)

## **Příloha č. 7: Cholecystektomie, historie a současnost**

V roce 1882 provedl první cholecystektomii Karl Langenbuch v Berlíně a tato metoda se vžila po dobu více jak 100 let do podvědomí chirurgické i laické veřejnosti jako „zlatý standard“ v léčbě cholecystolithiázy. V roce 1902 provedl Kellin první diagnostickou laparoskopii použitím cystoskopu u psa a v roce 1911 první laparoskopii u člověka Jacobeus. Laparoskopie doznala širšího užití až po roce 1930, kdy byla propracována metoda zavedení pneumoperitonea speciální jehlou podle Veresse (publikoval v r. 1938). V 60. letech gynekologové uvedli do široké klinické praxe abdominální endoskopii. V roce 1983 Semm a nezávisle na něm i P. Mouret poprvé provedli laparoskopickou appendektomii. Mouret pak o 4 roky později provedl první laparoskopickou cholecystektomii. Dubois a Périssat tuto metodu zdokonalili a uvedli do klinické praxe. Laparoskopická cholecystektomie je v současné době příkladem tzv. „miniinvazivního chirurgického výkonu“ či tzv. „patient friendly surgery“, který se dostal do rutinní praxe na mnoha pracovištích. I na českých chirurgických pracovištích se metoda laparoskopické cholecystektomie začala záhy užívat a tak nedošlo k prodlení se zaváděním této nové metody do chirurgie. (Ryska, 1993)

Dnes je cholecystektomii možno provádět několika způsoby. Klasicky, tedy otevřeně, laparoskopicky a nejnovějšími metodami, jakými jsou metody N.O.T.E.S. a SILS. Kromě klasické cholecystektomie se ostatní metody řadí do tzv. miniinvazivní chirurgie. Charakteristickými znaky miniinvazivní chirurgie je snížení operační zátěže a pooperačních bolestí, redukce časných i pozdních ranných komplikací. Je zkrácená délka hospitalizace a celkové rekonvalescence a časnější je návrat k běžné i pracovní aktivitě. (Svoboda, 2003).

Historie laparoskopie nemocnice CLINICUM a.s.:

V České republice byla provedena první laparoskopická cholecystektomie v Českých Budějovicích, další pak jako první v Praze v roce 1991 právě na chirurgickém oddělení Praha 9 Vysočany (dnes CLINICUM a.s.) tehdejším primářem MUDr. Drahoňovským. Ten zde také jako první uskutečnil laparoskopickou fundoplikaci v ČR a založil tradici pokročilé laparoskopie na tomto oddělení. V té pokračují i jeho následovníci a proto je Vysočanská chirurgie stále předním laparoskopickým centrem, které provádí laparoskopické výkony nejvyšší obtížnosti, včetně resekcí střevních a též zavádí nejnovější trendy v miniinvazivní chirurgii, naposledy např. metodu SILS.

Ročně je na tomto pracovišti cholecystektomie prováděna zhruba u 200 pacientů, z toho 91,6% laparoskopicky a 8,4% klasicky. V roce 2009 zde byla zavedena operační metoda SILS, kterou pokud hovoříme o úspěšně dokončené operaci bez nutnosti přidání dalších portů, bylo odoperováno 11 pacientů.

## Příloha č. 8: Technika laparoskopická cholecystektomie

Obr. č. 9: Zavedení trokarů



(3. chir. klinika, 1. LF UK)

Obr. č. 10: Uchopení žlučníku v oblasti fundu



(3. chir. klinika, 1. LF UK)

Obr. č. 11: Expozice Calotova trojúhelníku



(3. chir. klinika, 1. LF UK)

Obr. č. 12: Incize peritonea v oblasti Calotova trojúhelníku



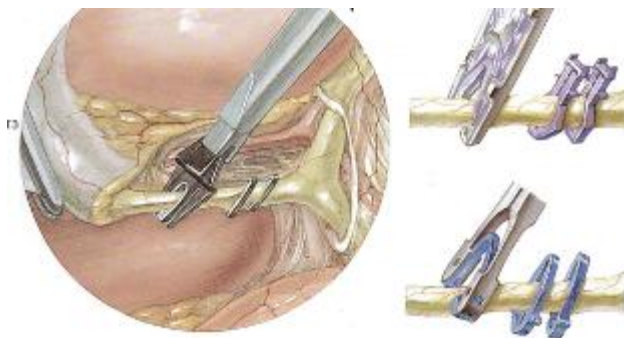
(3. chir. klinika, 1. LF UK)

Obr. č. 13: Preparace cystiku



(3. chir. klinika, 1. LF UK)

Obr. č. 14: Uzavření cystiku klipy a jeho přerušení



(3. chir. klinika, 1. LF UK)

Obr. č. 15: Preparace, klipování a přerušení arteria cystica



(3. chir. klinika, 1. LF UK)

Obr. č. 16: Uložení žlučníku do plastického sáčku



(3. chir. klinika, 1. LF UK)

Obr. č. 17: Expozice žlučníku před stěnu břišní



(3. chir. klinika, 1. LF UK)

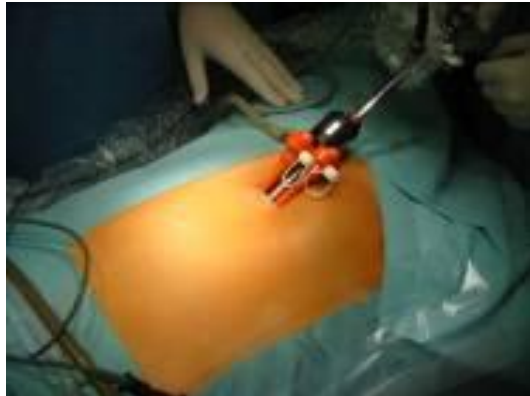
Obr. č. 18: Kontrola hemostázy v lůžku žlučníku a zavedení drénu



(3. chir. klinika, 1. LF UK)

## Příloha č. 9: SILS

Obr. č. 19: Zavedení portu pro optiku a pracovní nástroje



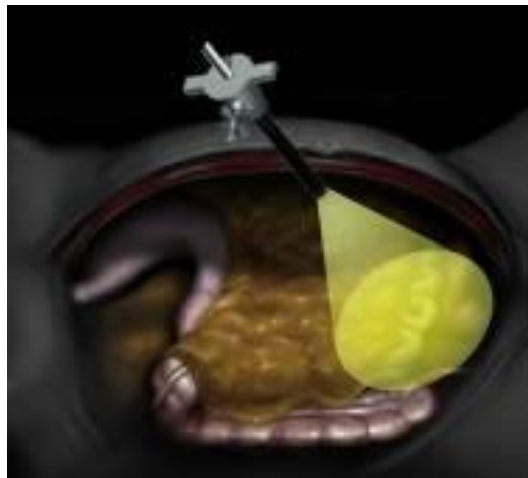
(archiv autorky)

Obr. č.: 20: Operace jedním portem



(Westfalz-klinikum, 2010)

Obr. č. 21: Pohled do dutiny břišní po zavedení kapnoperitonea



(Westfalz-klinikum, 2010)



## Příloha č. 10: Porovnání výsledného kosmetického efektu

Obr. č. 22: Jizva po laparotomické CHCE



(archiv autorky)

Obr. č. 23: Jizva po laparoskopické CHCE



(archiv autorky)

Obr. č. 24: Jizva po CHCE provedené metodou SILS



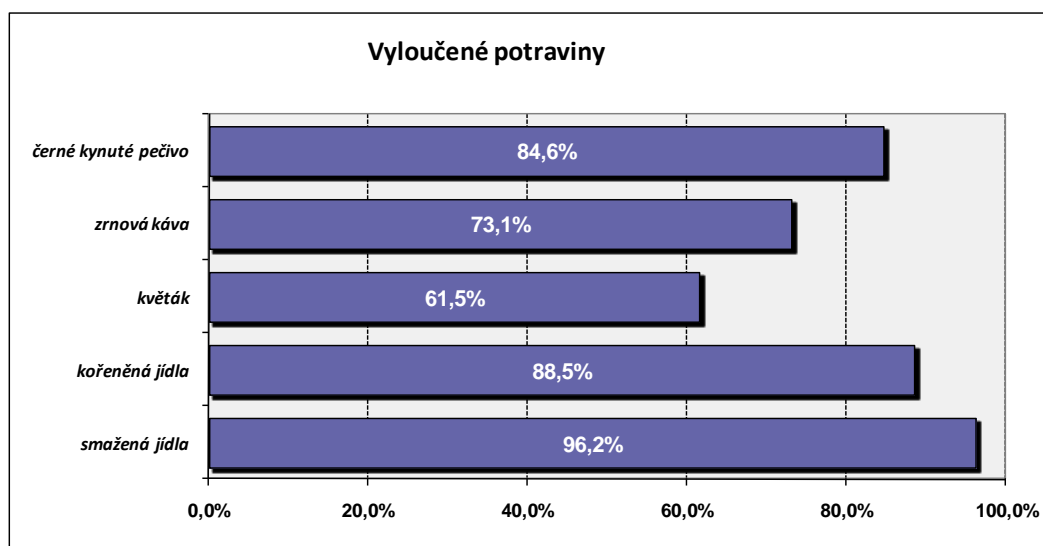
(archiv autorky)

## Příloha č. 11: Nejčastěji uváděné vyloučené potraviny

Tabulka č. 19.1: Nejčastěji uváděné

<b>Nejčastěji uváděné</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
<i>smažená jídla</i>	<b>50</b>	<b>96,2 %</b>
<i>kořeněná jídla</i>	<b>46</b>	<b>88,5 %</b>
<i>černé kynuté pečivo</i>	<b>44</b>	<b>84,6 %</b>
<i>zrnová káva</i>	<b>38</b>	<b>73,1 %</b>
<i>květák</i>	<b>32</b>	<b>61,5 %</b>
<i>dušená jídla</i>	<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<i>rybí filé</i>	<b>0</b>	<b>0,0 %</b>
<i>libová šunka</i>	<b>0</b>	<b>0,0 %</b>

Graf č. 19.: Zastoupení vyloučených potravin v %



Nejčastěji vyřazovanou potravinou byla smažená jídla, která byla označena u 50-ti respondentů (96,2 %). Následovala kořeněná jídla, která by vyřadilo 46 respondentů (88,5 %). Čerstvé kynuté pečivo bylo zaškrtnuto u 44 respondentů (84,6 %). Silnou zrnkovou kávu uvedlo 38 respondentů (73,1 %) respondentů. Květák by vyloučilo 32 respondentů (61,5 %).

Z nabízených možností nikdo z dotazovaných pacientů nezaškrtnl tyto potraviny: dušená jídla, rybí filé a libová šunka, které všechny patří mezi doporučené.

## **Příloha č. 12: Dotazník**

### **DOTAZNÍK**

Vážená paní, vážený pane,

Jsem studentkou bakalářského studia ošetrovatelství na LF v Hradci Králové. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé závěrečné bakalářské práce na téma: Edukace pacientů před plánovanou cholecystektomií.

Ve své práci bych chtěla zjistit, zda jsou pacienti před operací žlučníku dostatečně informováni o svém onemocnění, o možnostech výběru operačního výkonu, pooperační rekonvalescenci a dietních opatřeních po odstranění žlučníku.

Dotazník je složen z úvodního dopisu a z částí informativní, zjišťující a vědomostní. Poslední dvě otázky jsou doplňující.

Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci.

Za vyplnění dotazníku děkuji.

Milada Žampachová

#### Instrukce k vyplnění dotazníku:

- prosím, zakroužkujte **pouze jednu** možnou odpověď, nebude-li uvedeno jinak. – v případě, že uděláte chybu nebo budete chtít svou odpověď změnit, zakroužkované přeškrtněte křížkem a zakroužkujte platnou odpověď.

- odevzdejte, prosím ihned po vyplnění dotazník sestře oddělení chirurgie

---

### INFORMATIVNÍ ČÁST

#### **1. Pohlaví?**

- a) muž                      b) žena

#### **2. Věk?**

Doplňte ..... let

#### **3. Nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) základní  
b) vyučen (a) bez maturity  
c) vyučen (a) s maturitou  
d) středoškolské  
e) vysokoškolské

**4. Z jakého důvodu Vám byl žlučník odstraněn?**

- a) přítomnost konkrementů (kamenů)
- b) přítomnost zánětu
- c) nádor
- d) jiné, doplňte.....
- e) nevím

**5. Co si myslíte, že u Vás způsobilo onemocnění žlučníku?**

- a) nevím
- b) nevhodné stravovací návyky (přejídání, tučná strava, strava bohatá na cholesterol, alkohol, káva,...)
- c) dědičné faktory
- d) léky a hormony (estrogen, gravidita, ...)
- e) prudké zhubnutí (zvláště opakované)
- f) jiná onemocnění (diabetes mellitus, jaterní cirhóza,...)

**6. Do nemocnice Vás doporučil?**

- a) praktický lékař
- b) odborný lékař
- c) nikdo, přišel (a) jsem akutně / bolest, nevolnost /

**7. Žlučník Vám byl odstraněn?**

- a) laparotomicky (Chirurgické otevření břišní dutiny)
- b) laparoskopicky (Moderní chirurgický přístup, kdy se do dutiny břišní vstupuje několika drobnými kožními řezy a operuje se za pomoci optiky a speciálních nástrojů)
- c) SILS (Miniinvazivní chirurgický výkon – laparoskopie z jednoho řezu)

## ZJIŠŤUJÍCÍ ČÁST

8. Byly Vám dostatečně vysvětleny možnosti operační léčby, jejich výhody a nevýhody? /

**laparoskopická, laparotomická, SILS /?**

- a) ano srozumitelně
- b) ano, ale moc odborně
- c) nerozuměl (a) jsem
- d) nikdo mi nic nevysvětlil
- e) jiné/*uved'te*/.....

**9. Byly Vám podány informace o pooperačním režimu?**

(pooperační komplikace, možnost uložení na JIP, přítomnost drénů po operaci, pooperační rehabilitace, dietní opatření, odstranění stehů, režim po propuštění,...)

- a) ano (prosím ohodno'te spokojenost s poskytnutými informacemi jako ve škole  
1 – výborné, 2- chvalitebné, 3 – dobré, 4 – dostatečné, 5 – nedostatečné)  
 1  2  3  4  5
- b) ne
- c) nevím, nepamatuji se

**10. Kdy Vám tyto informace byly podány?** (můžete zaškrtnout více možností)

- a) při objednání k operačnímu výkonu
- b) při příjmu do nemocničního zařízení
- c) během hospitalizace

**11. Kdo Vás informoval o léčbě a pooperačním režimu?**

(zde můžete zaškrtnout více možností)

- a) nikdo mě neinformoval
- b) lékař
- c) sestra
- d) informace jsem si sehnal (a) sám (a) /TV, rozhlas, časopisy, kniha, internet/

**12. Které informační zdroje týkající se stravovacího režimu po odstranění žlučníku**

**Vám byly doporučeny?** (můžete zaškrtnout více možností)

- a) letáček na oddělení
- b) internet
- c) knihy
- d) nepamatuji si
- e) nebyly mi doporučeny žádné zdroje

**13. Jaká forma sdělování informací by Vám nejvíce vyhovovala?**

- a) rozhovor
- b) písemně (letáček, obrázky, instrukce,.....)
- c) formou přednášky
- d) samostatné vyhledání potřebných informací (knihy, časopisy, internet)
- e) jiné, doplňte.....

**14. Rozuměl (a) jste sděleným informacím?**

- a) ano, v plné míře
- b) ano, ale pouze částečně
- c) ne

**15. Měl (a) jste možnost zeptat se na informace, kterým jste nerozuměl (a)?**

- a) ano
- b) ne
- c) ano, ale nezeptal (a) jsem se
- d) ne, ale chtěl (a) jsem se zeptat

**16. Uvítal (a) byste více informací?**

- a) ne, informace byly vyčerpávající
  - b) ne, informace by mě spíš stresovaly a zatěžovaly
  - c) ano, určitě bych chtěl (a) víc informací, uveďte jaké
-

**17. Před každou operací pacient podepisuje tzv. „informovaný souhlas“. Je to písemný souhlas s operací a poučení o průběhu operace a možných rizicích operace.**

**S informacemi, které jste dostal (a) jste:**

- a) velmi spokojen (a)
- b) spíše spokojen (a)
- c) spíše nespokojen (a)
- d) nespokojen (a)

### VĚDOMOSTNÍ ČÁST

**18. Je nutno po operaci dodržovat nějaká dietní doporučení?**

- a) ano, doplňte jak dlouho.....
- b) nevím, nejsem si jist (a)
- c) žádný stravovací režim po operaci již dodržovat nemusím

**19. Která jídla byste měl (a) ze svého jídelníčku vyločit?**

(zde můžete zaškrtnout více možností)

- a) dušená jídla
- b) smažená jídla
- c) kořeněná jídla
- d) rybí filé
- e) libová šunka
- f) květák
- g) silnou zrnkovou kávu
- h) čerstvé kynuté pečivo

**20. U všech typů operačního výkonu může dojít ke komplikacím.**

**Víte, která pooperační komplikace nepatří do tzv. časných pooperačních komplikací**

**(do 5. dne po operaci)?**

- a) zvýšená teplota
- b) bolest
- c) kýla v místě operační rány

**21. Nenastanou-li během léčby komplikace, za jak dlouho po operaci Vám budou odstraněny stehy?**

- a) za cca 5 dní
- b) za cca 10 dní
- c) nevím

**22. Jak dlouho po operaci byste se měl (a) vyhýbat těžší fyzické aktivitě?** (nošení těžkých břemen, sportovní aktivity)

- a) 1 měsíc
- b) 3 měsíce
- c) nevím

**23. Kdy můžete začít pečovat o operační jizvu (jizvy)?**

(tlakové masáže, promazávání)

- a) ještě před vyndáním stehů
- b) po vyndání stehů, kdy jsou jizvy zhojené, nemokvají
- c) o jizvy není třeba pečovat
- d) nejsem si jist (á)

**24. Za jak dlouho máte navštívit lékaře po propuštění z nemocnice?**

- a) nevím
- b) ano, uveďte .....

DOPLŇUJÍCÍ OTÁZKY:

**25. Doporučená režimová opatření po propuštění z nemocnice:**

- a) budu zcela jistě dodržovat
- b) nebudu určitě dodržovat
- c) budu dodržovat částečně
- d) nevím

**26. Proč jste si vybral (a) pro operaci právě tuto nemocnici?**

(můžete označit i více odpovědí)

- a) je nejbliže k mému bydlišti
- b) doporučil mě sem můj praktický nebo odborný lékař
- c) už jsem zde byl (a) dříve hospitalizován (a) a byl (a) jsem spokojen (a)
- d) tato nemocnice má výbornou pověst
- e) jiné/napište/.....



**POZNÁMKY A PŘIPOMÍNKY** /zde se můžete vyjádřit k tomuto dotazníku, nebo uvést, zda postrádáte nějaké informace v souvislosti s Vaší operací /:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Prosím, abyste si dotazník ještě jednou prošli a přesvědčili se, že jste odpověděli na každou otázku. Neúplný dotazník nelze použít.

Děkuji za Váš čas při vyplňování dotazníku.

Milada Žampachová

## Příloha č. 13: Souhlas s prováděním výzkumu

Vážená paní  
Surová Hana  
Hlavní sestra CLINICUM a.s.  
Sokolovská 304  
Praha 9, Vysočany

V Praze 1. 9. 2009

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na chirurgickém oddělení v CLINICUM a.s.**

Vážená hlavní sestro,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na chirurgickém oddělení CLINICUM a.s. v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Milady Žampachové, narozené 31. 5. 1971, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství – Všeobecná sestra kombinované formy, LF v Hradci Králové.

Cílem práce je zjistit kvalitu edukační činnosti u pacientů před plánovanou cholecystektomií a na základě zjištěných poznatků vytvořit vhodný edukační materiál a stanovit vhodné postupy v edukaci pacientů.


Výzkumné šetření bude probíhat formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce bude zpracována pod odborným vedením Mgr. Michaely Schneiderové z Oddělení ošetrovatelství LF v Hradci Králové a primářem chirurgického oddělení CLINICUM a.s. MUDr. Jiřím Svobodou.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

  
Mgr. Michaela Schneiderová a Milada Žampachová  
Oddělení ošetrovatelství

Kontaktní adresa:

Mgr. Michaela Schneiderová

Oddělení ošetrovatelství

Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové

E-mail: [Schneiderovam@lfhk.cuni.cz](mailto:Schneiderovam@lfhk.cuni.cz)

Telefon: 495816416

### Vyjádření instituce:

- souhlasím  
 nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 4. 9. 2009

09	CLINICUM a.s.
001	Sokolovská 304, 190 61 Praha 9
770	primář MUDr. Jiří Svoboda
	5H1 lůžkové chirurgické oddělení
	tel.: 266 006 369

Podpis, razítko:

  
Surová Hana  
hlavní sestra