



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Ošetrovatelská péče u pacientů s vředovou chorobou
žaludku a duodena po operaci**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Jana Janků

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem Ošetrovatelská péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena po operaci jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2021

.....

Jana Janků

Poděkování

Ráda bych toto poděkování věnovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Aleně Machové za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady, připomínky, podporu a čas, který mi věnovala.

Také bych ráda poděkovala všem respondentům za poskytnuté rozhovory. V neposlední řadě patří poděkování i mé rodině a blízkým přátelům za podporu během mého studia na vysoké škole.

Ošetrovatelská péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena po operaci

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienty s vředovou chorobou gastroduodena. Jejím cílem je zmapovat specifika ošetrovatelské péče o tyto pacienty v předoperačním a pooperačním období a zjistit míru spokojenosti těchto pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí. V rámci výzkumu bylo provedeno 10 rozhovorů se sestrami na chirurgickém a gastroenterologickém oddělení a 10 rozhovorů s pacienty po operaci vředové choroby gastroduodena. Rozhovory byly provedeny metodou hloubkových rozhovorů a následně zpracovány pomocí metody kódování.

Z rozhovorů vyplývá, že prvním výkonem, který sestra udělá před operací je monitorace fyziologických funkcí, která je následovaná podáním informovaného souhlasu k podpisu, odebráním a deponací krve. Mezitím je kontinuálně podáván Controloc. Poté se zavede nasogastrická sonda a připraví se operační pole. Současně se provedou i bandáže končetin a aplikuje se premedikace. V rámci pooperační péče pak sestra monitoruje fyziologické funkce pacienta, sleduje odvod z NSG a z drénů. Průběžně také kontroluje krvácení, míru bolesti a hodnoty krevních odběrů. Veškeré výkony a naměřené hodnoty zapisuje do dokumentace. Z výzkumu vyplývá, že sestry znají i specifika a rozdíly v péči o pacienty s akutní a chronickou formou této nemoci. Sestry mají také dostatečné znalosti o způsobu péče o pacienty s jiným přidruženým chronickým onemocněním jako je DM, ICHDK, CHOPN či kardiologická onemocnění. Sestry mají také nezbytné znalosti o nejběžnějších komplikacích, které se s vředovou chorobou gastroduodena objevují jako je perforace a krvácení. Z výzkumu lze také vyvodit, že sestry ví, jak pacienty edukovat a jak s nimi správně komunikovat o nezbytných vyšetřeních, možných komplikacích a následné domácí péči.

Na druhou stranu několik pacientů uvádí, že komunikace ze strany sester a lékařů nebyla vždy dostatečná. Tuto skutečnost pacienti většinou vysvětlují nedostatkem času sester. Nedostatečná komunikace personálu také nutí pacienty vyhledávat si informace sami.

Většina pacientů však udává, že ošetrovatelská péče byla dostatečná, kvalitní, dle běžných standardů a doporučení. Z rozhovorů také vyplývá, že pacienti jsou správně informováni jak o předoperační, tak i o pooperační péči, a že je s nimi dostatečně komunikována následná domácí péče, režimová opatření a způsob, jak vzniku nových vředů předcházet.

Klíčová slova

vředová choroba gastroduodena; operace, ošetrovatelský proces; sestra; pacient

Nursing care for patients with gastric and duodenal ulcer disease after surgery

Abstract

This bachelor thesis deals with nursing care for patients with gastroduodenal ulcer disease (GDUD). The goal of the thesis is to map specifics of nursing care for patients with GDUD in the pre-operational and post-operational period and to find out how satisfied patients were with the care given to them. The research included ten interviews with nurses working in the department of surgery and gastroenterology and ten interviews with patients who have undergone surgery with GDUD. The interviews were carried out using the in-depth interview method and later processed with a coding method.

Based on interviews, it can be concluded that the first step done by nurses before the operation is monitoring basic physiological functions, followed by giving the patient informed consent for signature, and taking the patient's blood for testing and deposition. Meanwhile, patients get Controloc continually. Afterwards, patients get a nasogastric tube, and the nurses start preparing the operation field. Meanwhile, nurses apply bandages of inferior extremities, and they apply pre-medication. In terms of post-operational care, nurses monitor basic vital functions, draining from the nasogastric tube, and other drains. They also monitor bleeding, the level of the patient's pain, and the results of blood tests. Besides that, nurses must write down all interventions done by doctors and the patient's statistics to the documentation. This research shows that nurses are acquainted with knowledge of all the specifics and differences in the nursing care of patients with an acute and a chronic form of this disease. Nurses from the research are properly educated in the nursing care of patients with other associated diseases, such as DM, ischemic disease of the lower extremities, chronic obstructive pulmonary disease or cordial diseases. Nurses also have enough information about the most common complications associated with GDUD – perforation and bleeding. The research also shows that nurses know how to communicate with patients about necessary examinations, how to educate them, and explain possible complications as well as later home care.

On the other hand, several patients stated that the communication from the doctors and the nurses was not always adequate. Patients usually explain this fact by the lack of nurses' time. Due to insufficient communication the patients are also forced to look up information by themselves. On the other hand, most patients state that the provided nursing care was sufficient. The nursing care that the patients described also agrees with the standards and recommendations. Based on the interviews, we can conclude that the patients who participated in the research are well informed about pre-operational and post-operational care. They are well educated about home care, regime measures, and ways that can decrease the risk of emergence of new peptic ulcers.

Key words

gastroduodenal ulcer disease; surgery; nursing care process; nurse; patient

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	12
1.1 Anatomie a fyziologie žaludku	12
1.2 Anatomie a fyziologie duodena	13
1.3 Definice vředové choroby žaludku a duodena	14
1.4 Klasifikace peptického vředu.....	15
1.5 Příčiny vzniku vředů	16
1.6 Příznaky při vředové chorobě žaludku a duodena	17
1.7 Komplikace	18
1.8 Diagnostika	20
1.9 Léčba.....	22
1.10 Ošetrovatelský proces u pacienta s vředovou chorobou žaludku a duodena	25
1.10.1 Ošetrovatelská péče o pacienta před, při a po operačním zákroku.....	28
1.11 Edukace pacienta sestrou před propuštěním do domácího ošetřování	31
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	33
2.1 Cíl práce	33
2.2 Výzkumné otázky.....	33
3 Metodika	34
3.1 Popis metodiky.....	34
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	35
4 Výsledky výzkumného šetření.....	37
4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty.....	37
4.1.1 Kategorie 1. Hodnocení sester/spokojenost.....	37

4.1.2	Kategorie 2. Ošetrovatelský proces	39
4.1.3	Kategorie 3. Komunikace – informovanost	41
4.1.4	Kategorie 4. Specifika péče o pacienty s vředovou chorobou žaludku a duodena	42
4.2	Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami	44
4.2.1	Kategorie 1. Obecná specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena	44
4.2.2	Kategorie 2. Odlišnost ošetrovatelské péče při akutním a chronickém stavu onemocnění	47
4.2.3	Kategorie 3. Specifická ošetrovatelská péče u pacientů trpících jiným chronickým onemocněním	49
4.2.4	Kategorie 4. Komplikace	51
4.2.5	Kategorie 5. Edukace pacienta po propuštění do domácího ošetřování ...	53
5	Diskuse	55
6	Závěr	61
	Seznam literatury	62
	Seznam příloh	70
	Seznam použitých zkratk	92

Úvod

Tématem této bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienty s vředovou chorobou žaludku a duodena po operaci. Toto onemocnění postihuje nejčastěji lidi v pokročilém věku a trpí jím přibližně 1 až 2 lidé na 1 000 obyvatel za rok. Z toho vyplývá, že za celý život onemocní přibližně 10 % obyvatel. Vředová choroba je definována jako defekt na sliznici, který vzniká narušení rovnováhy ochranných a agresivních faktorů. Mezi ochranné faktory patří mucin, ochranná vrstva hlenu a prokrvení sliznice. Mezi agresivní faktory řadíme kyselinu chlorovodíkovou. Příčiny vzniku vředu jsou stres, užívání nesteroidních antirevmatik, špatná životospráva a bakterie *Helicobacter pylori*.

V současné době se nejdříve přistupuje ke konzervativní léčbě, při které jsou pacientovi předepsány blokátory protonové pumpy a nastavení denního režimu. Toto nastavení zahrnuje změnu jídelníčku, vyřazení alkoholu, kávy a kouření, doporučení cvičení a vyhýbání se nadměrnému stresu. Pokud tato léčba nepomůže nebo pokud nastanou komplikace, je nezbytné přistoupit k chirurgickému zákroku. Mezi komplikace patří perforace, penetrace a krvácení vředu. Tyto komplikace jsou životu ohrožující, a proto je nezbytná, co nejrychlejší léčba.

V rámci předoperační péče jsou pacientům kontrolovány fyziologické funkce, zajištění žilního vstupu, zavedení nasogastrické sondy a odebrání krve na vyšetření a deponace krve. Nezbytnou součástí předoperační péče je také podepsání informovaných souhlasů pacienta a zapsání hodnot do dokumentace. V rámci vyšetření se pak provede gastrokopie a rentgen břicha, při kterém se zjistí rozsah poškození sliznice a zjistí se typ komplikace. V pooperační péči jsou pacientům sledovány fyziologické funkce, odvod odpadu z nasogastrické sondy a drénů z ran. Sleduje se také výskyt krve ve sběrném sáčku z nasogastrické sondy, v krytí rány a dle krevního obrazu se doplňují možné krevní ztráty. V rámci pooperační péče je také prováděna edukace pacienta o následné domácí péči a režimových opatřeních.

Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. V rámci teoretické části je popsána anatomie a fyziologie žaludku a duodena, definice vředové choroby, příčiny a příznaky a možné komplikace tohoto onemocnění. Dále je zde uvedena diagnostika a léčba, a to

jak chirurgická, tak i konzervativní. V této části je také popsána ošetrovatelská péče o pacienty s touto chorobou. Cílem praktické části je pak zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena v předoperačním a pooperačním období a zjistit míru spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí v předoperačním a pooperačním období.

1 Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie žaludku

Gaster neboli žaludek je uložen v dutině břišní pod levou brániční klenbou. Má tvar zahnutého vaku s levým konvexním zakřivením zvaným Curvatora major a s pravým konkávním zakřivením zvaným Curvatora minor. Žaludek dále navazuje na jícen. Žaludek má dvě vyústění, prvním otvorem je tzv. kardie neboli česlo, jde o vyústění jícnu shora do žaludku. Druhým otvorem je pylorus, nazývaný také vrátník, je to zúžené místo, kde uzavíratelným průchodem navazuje na první část tenkého střeva, a to na dvanáctník (Příloha 1., obr. 1.) (Čihák, 2013). Na žaludku se rozlišují tyto tři části: fundus gastricus – klenba, slepě končící vlevo od kardie, zde se hromadí spolykaný vzduch, corpus gastricum – tělo žaludku a pars pylorica – distální úsek, nejužší místo žaludku, které přechází v duodenum (Kopecký et al., 2010). Velikost žaludku je variabilní a jeho rozměry jsou úměrně závislé od jeho náplně. Objem žaludku je v průměru jeden litr, ale individuálně kolísá (Čihák, 2013).

Žaludek se skládá ze čtyř vrstev. Ze sliznice s množstvím žaludečních žlázek, z podslizničního vaziva, svalové vrstvy a serosního povlaku. Sliznice žaludku je oranžově červená a na jejím povrchu se nachází ochranný hlen (Čihák, 2013). Sliznice se skládá z cylindrického epitelu s tubulárními žlázami. Její sekreční neboli exokrinní zóna se nachází v těle a fundu žaludku (Ferko et al., 2015). Žaludeční žlázy produkují hlen mucin, který slouží k ochraně sliznice. Dále proenzym pepsinogen, který se působením kyselého prostředí mění na pepsin štěpící bílkoviny. Žlázy produkují kyselinu solnou (HCl), která aktivuje přeměnu pepsinogenu na pepsin a umožňuje vstřebávání vápníku (Ca) a železa (Fe). Kyselina solná působí také jako antibakteriální ochrana. Žlázy také aktivují tzv. Castelův faktor, který je nutný pro vstřebávání vitamínu B₁₂ v tenkém střevě (Kopecký et al., 2010). Další vrstvou je podslizniční vazivo, které je řídké a umožňuje posouvání sliznice při náplni žaludku a při jeho pohybech. Toto vazivo obsahuje síť krevních a mízních cév a nervové pleteně. Svalovina žaludku se rozděluje na zevní podélnou a střední cirkulární vrstvu (Čihák, 2013). Vrstva cirkulární je v oblasti vrátníku zesílena, kde tvoří svěrač, umožňující plynulé a postupné vyprazdňování žaludku. Třetí

vrstvou je vrstva vnitřní, která je neúplná a tvořena šikmo probíhajícími vlákny (Čihák, 2013) a ovlivňuje svým napětím tvar žaludku (Ferko et al., 2015). Poslední vrstvou žaludku je serosní povlak. Tvoří ho hladká a lesklá pobřišnice, která přechází z malé a velké curvatury ve dvojlist malé a velké předstěry (Čihák, 2013)

Motorická funkce žaludku se skládá ze čtyř procesů. Žaludeční relaxace je adaptace na příjem potravy. Aktivní fáze je spojená s polykacím aktem a jsou zprostředkovány parasymptikem, gastrinem a cholecystokininem. Dalším pohybem je kontrakce žaludečního těla a antra sloužící k promísení potravy. Posledním aktem jsou vlastní peristaltika žaludku, která posunují vytvořený chymus do duodena. Peristaltické vlny začínají pod kardií a postupují k pyloru (Nečas, 2013).

1.2 Anatomie a fyziologie duodena

Dle Kopeckého et al., (2010) je duodenum nejkratším a nejširším oddílem tenkého střeva s délkou 25 až 30 cm. Má tvar podkovy a od vrátníku směřuje doprava. Svým průběhem tvoří tzv. duodenální okno, ve kterém je uložena hlava slinivky břišní. Duodenum je rozděleno do čtyř částí: pars superior, pars descendens, pars horizontalis a pars ascendens. Pars superior leží v úrovni oblasti L1 a je dlouhý asi 5 cm. Toto místo je nejčastějším místem výskytu duodenálního vředu kvůli sníženému cévnímu zásobení (Vilímovský, 2012). V pars descendens je podélné vyvýšení neboli plica longitudinalis duodeni. Na ní se nachází dvě vyvýšené papily. V papila duodeni major, také nazývaná papilla Vateri, ústí ductus pancreaticus, hlavní vývod pankreatu, spolu s ductus choledochus, žlučovodem. Nervové zásobení duodena jsou sympatické i parasympatické. Parasympatická vlákna pocházejí z nervus vagus a z části v gangliom coeliacum a z části končí ve stěně duodena. Sympatická vlákna přicházejí z ganglion coeliacum a z ganglion mesentericum superius podél cév do stěny duodena (Příloha 1., obr. 1.) (Čihák, 2013).

Dvanáctník slouží k napomáhání vstřebávání všech živin, vody, minerálů a iontů (Vilímovský, 2012). Na lepší trávení a vstřebávání se zde podílejí dva nejdůležitější orgány, a to pankreas a játra, které produkují žluč a pankreatickou šťávu. Vedle produkce žluči a pankreatické šťávy duodenum vytváří svou vlastní sekreci. Produkuje alkalický hlen (pH 8,1-9,3), který chrání sliznici duodena před kyselými žaludečními šťávami. Díky

hydrogenuhličitanu sodnému se mění pH chymu z kyselého na zásaditý. Zásaditost je potřebná ke správnému působení trávicích enzymů tenkého střeva (Kittnar, 2011). Sekrece těchto šťáv je řízena parasympatikem, který podněcuje k vyššímu vylučování šťáv. Naopak sympatikus sekreci šťáv tlumí. Bílkoviny se v duodenu aktivně štěpí na jednotlivé aminokyseliny. Na emulgaci tuků se podílejí soli žlučových kyselin, které tuky přemění na menší vstřebatelné částice. Dle složení stravy se do duodena dostává malé množství žlučových kyselin, které umožňují vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích, jako jsou A, D, E, K (Mourek, 2012). Z minerálů, které se v duodenu nejvíce vstřebávají je železo. Kromě toho se zde také vstřebává voda, ionty Na⁺ a další (Vilímovský, 2012).

1.3 Definice vředové choroby žaludku a duodena

Vředová choroba je peptický vřed vznikající v oblasti intaktní sliznice trávicí trubice, na jehož vzniku se podílí *Helicobacter pylori*. Vřed je definován jako defekt na sliznici a proniká zejména pod vrstvičkou hladké svaloviny nazývaní se muscularis mucosa, která je na rozhraní mezi mukózou a submukózou. Peptický vřed se nachází v místech s volnou kyselinou chlorovodíkovou (HCl), tedy v jícnu, žaludku a dvanáctníku (Češka et al., 2015). Vzniká důsledkem nerovnováhy mezi ochrannými (např. mucin) a agresivními (HCl) mechanismy na žaludeční sliznici (Slezáková, 2015). Na endoskopickém zobrazení má vřed okrouhlý tvar, který se v průběhu hojení mění ve tvar protáhlý. Po zhojení zůstává jizva se sbíhajícími se řasami ke středu původního vředu (Souček, 2011).

Vředová choroba žaludku a duodena patří mezi častá onemocnění, která nejvíce postihuje lidi v pokročilém věku. Tímto onemocněním trpí přibližně 1 až 2 lidé na 1 000 obyvatel za rok. Z toho vyplývá, že za celý život onemocní přibližně 10 % obyvatel (Dobiáš, 2012). V Evropě jsou častější duodenální vředy než žaludeční. Výskyt vředové choroby v posledních desetiletích postupně klesá z důvodu větší znalosti účinků nesteroidních antirevmatik, blokátorů protonové pumpy, správné eradiakce *Helicobacter pylori* a také díky včasnému rozpoznání komplikací. Osoby s duodenálním vředem mají asi dvakrát nižší riziko vzniku karcinomu žaludku než všeobecná populace (Lata et al., 2010).

1.4 Klasifikace peptického vředu

Vředovou chorobu žaludku a duodena dělíme do dvou hlavních skupin. První skupinou je vředová choroba vyvolána mikroaerofilní bakterií *Helicobacter pylori*. Tato bakterie způsobuje zánět na sliznici žaludku nebo bulbu duodena. Druhou skupinou jsou peptické vředy neboli vředy sekundární (Češka et al., 2015). Tato skupina se dále dělí na vředy lékové, stresové, endokrinně podmíněné, hepatogenní, vředy při respirační insuficienci a vředy stařecké. Nejčastější typem vředu v této skupině jsou vředy lékové, které se jsou způsobeny užíváním nesteroidních antirevmatik. Stresové vředy jsou vyvolané například při polytraumatech, těžkých popáleninách (Curlingův vřed), náročných operacích a po operacích mozku (vřed Cushingův) (Souček, 2011). Na vzniku stresových vředů se podílejí poruchy mikrocirkulace žaludeční sliznice. Rozvoji předchází obvykle šokový stav s hypotenzí, který je často vyvolán ztrátou krve. Zároveň se rozvíjí hypoxie sliznice a z důvodu ochabnutí pyloru a zvýšené antiperistaltiky duodena vzniká duodenogastrický reflux. Stresové vředy nepřechází do chronického stádia (Nečas, 2013). Endokrinně podmíněné vředy jsou velmi recidivující a komplikované. Také jsou často provázené hyperparatyreózou (Češka et al., 2015). Podle Laty et al. (2010) je endokrinní vřed tzv. Zollingerův-Ellisonův syndrom označován jako endokrinně aktivní nádor produkující gastrin, který zapříčiňuje výraznou nadprodukcii kyseliny chlorovodíkové. Nečas (2013) dodává, že tento typ nádoru je lokálně invazivní a většinou metastazuje. Hepatogenní vředy se vyskytují při jaterních lézích (jaterních cirhózách) (Češka et al., 2015). Tyto vředy jsou většinou němé, tedy nebyly doprovázeny žádnými bolestmi nebo dyspeptickými projevy. Jedním z možných faktorů je užívání antiulcerózních léků nebo nesteroidních antirevmatik, které mohou ovlivnit symptomy. Další podíl na průběhu onemocnění by mohla mít i hypoacidita žaludeční šťávy, která je u jaterní cirhózy častá (Svoboda et al., 2007). Vředy při respirační insuficienci jsou většinou bezpříznakové a objevují se až při výskytu prvních komplikací. Stařecké vředy nejčastěji vznikají při špatné stravě nebo při poruše cirkulace. Mohou dosáhnout neobvyklých rozměrů, proto jsou také nazývány obrovskými vředy – gigant ulcer (Souček, 2011).

1.5 Příčiny vzniku vředů

Příčinou vzniku vředů bývá porušení rovnováhy mezi agresivními a ochrannými mechanismy sliznice, kvůli kterému dochází k vytvoření prostředí vhodného pro vznik peptických lézí. Do agresivních mechanismů patří kyselina chlorovodíková, pepsin, psychosomatické poruchy, užívání ulcerogenních léků, hormonální faktory, kouření, požívání kávy a další. Tyto faktory mají za následek samonatravení sliznice žaludku (Lukáš a Žák, 2007).

Dle Vokurky (2012) je kyselina chlorovodíková (HCl) nutná pro aktivaci proteináz a může porušovat ochrannou slizniční bariéru. Tato hyperacidita je zejména u duodenálních vředů, které jsou často způsobeny nedostatečnou produkcí bikarbonátu slinivkou břišní. Produkce bikarbonátu ze slinivky břišní neutralizuje kyselinu solnou ve dvanáctníku, a proto u vředů lokalizovaných v žaludku může být často množství HCl normální.

V současné době je považován za agresivního činitele právě i přítomnost infekce *Helicobacter pylori*. Z dosavadních výzkumů dokonce vyplývá, že vředová choroba žaludku je ve své podstatě infekční choroba (Lukáš a Žák, 2007). *Helicobacter pylori* se může vyskytovat jak v žaludku, tak i v dutině ústní. Do těla se bakterie dostane nedostatečně umytými potravinami, krutím masem nebo přímým kontaktem se slinami infikovaného člověka (Namiot et al., 2013). Infekce *Helicobacter pylori* má za následek peptické vředy žaludku a duodena u 1-10 % infikovaných a rakovinu žaludku u 0.1-3 % nakažených (McColl, 2010). S touto infekcí mohou být také spojena onemocnění mimo gastrointestinální trakt, jako je anémie z nedostatku železa neboli sideropenická anémie (Hudak et al., 2017). Buňky *Helicobacter pylori* produkují ureázu – enzym, který štěpí močovinu na amoniak a oxid uhličitý, které neutralizují kyselinu chlorovodíkovou v žaludku. Z tohoto důvodu mohou bakterie přežít v kyselém prostředí a poté pronikat do epitelu, kde rozrušují sliznici a tím vzniká tzv. peptický vřed (Schindler, 2010).

Hlavními ulcerogenními léky jsou nesteroidní antirevmatika (NSAIDs), také nazývány jako nesteroidní antiflogistika. Tyto léky jsou rozsáhle používány ke zmírnění bolesti se zánětlivou složkou nebo bez ní. Mají srovnatelnou účinnost s paracetamolem a také mají

antipyretický účinek. Jsou vhodné k terapii chronické bolesti, bolesti zubů, hlavy a menstruační bolesti. NSAIDs se dělí do tří skupin, na neselektivní, cyklooxygenáza preferenční (COX-1) a selektivní (COX-2). V České republice jsou dostupné neselektivní NSAIDs, které obsahují kyselinu acetylsalicylovou, ibuprofen, diklofenak a další. U těchto léčiv se často setkáváme s nežádoucími účinky, které se nejčastěji objevují na gastrointestinálním traktu, játrech, ledvinách a kardiovaskulárním systému (Dosešal, 2014). NSAIDs mají negativní vliv na gastrointestinální trakt, protože způsobují zvýšení sekrece žaludeční kyseliny a snížení sekrece bikarbonátu a tvorby hlenu na žaludeční stěně. Zvyšuje se také koncentrace ionizovaných forem NSAIDs v epitelu, což může vést až k jeho zmenšení. Možné postižení má různou intenzitu od mírné dyspepsie, která se vyskytuje u 10–20 % pacientů, po žaludeční nebo duodenální vřed s rizikem života ohrožující perforace. U některých nemocných může ke krvácení dojít i bez předchozí bolesti. Přibližně u 20 % nemocných, které užívají NSAIDs denně, lze endoskopicky zjistit erozi sliznice nebo vředy. Kolem 60 % pacientů, kteří jsou vyšetřováni pro gastrointestinální krvácení užívá NSAIDs (Nežádal, 2017). Dalšími ulcerogenními léky jsou clopidogrel, který zvyšuje riziko opakovaného krvácení do gastrointestinálního traktu. Patří k nim i kortikoidy, které samotné nevedou k vyššímu vzniku vředu, ale mohou vést ke zhoršení nebo vzplanutí nemoci u pacientů, kteří společně s nimi užívají nesteroidní antirevmatika (Keil et al., 2012).

Proti agresivním faktorům působí faktory ochranné neboli protektivní (Navrátil et al., 2008). Mezi ně zahrnujeme hlenovou vrstvu, která obsahuje vlastní hlen, HCO_3 , fosfolipidy a vodu. Patří k nim i produkce prostaglandinů, které tlumí produkci H^+ (např. glykoproteiny) a zvyšují produkci HCO_3 . Také je velmi důležité dobré prokrvení sliznice a regenerační schopnost epitelu (Vokurka, 2012). Velmi nápomocné jsou také prostaglandiny E, které rovněž inhibují uvolnění histaminu a zvyšují průtok krve sliznicí (Nečas, 2013).

1.6 Příznaky při vředové chorobě žaludku a duodena

Při vředové chorobě žaludku a duodena se střídají období akutního vzplanutí a remisí. Nejčastějším příznakem vředové choroby žaludku a duodena je bolest. U duodenálního

vředu se vyskytuje tzv. epigastrická bolest ve střední čáře nebo vpravo od ní, která se vyskytuje na lačno (Navrátil et al., 2008). Někteří pacienti označují bolest za pálivou nebo bodavou, zatímco jiní jí popisují jako nepříjemný pocit prázdnoty žaludku, označovaný jako bolestivý hlad (Dražilová et al., 2020). Tento příznak se objevuje po dvou a více hodinách po jídle. Často se lidé s tímto vředem probouzejí s nočními bolestmi. Bolest ustupuje po požití stravy, tudíž pacienti přibírají na váze. Dalším příznakem duodenálního vředu je vysoká únavnost a spavost (Češka et al., 2015). Velmi častá je také pyróza (pálení žáhy), kyselá regurgitace, říhání a zácpa (Holubová et al., 2013). Vředy žaludku jsou typické tím, že mají sezónní výskyt příznaků, přichází tedy zejména na jaře a na podzim. Vyznačují se bolestí bezprostředně po najezení. Nevolnost a nechutenství se objevuje spíše u žaludečního vředu, úlevu od bolestí většinou přináší vyvracení žaludečního obsahu (Dražilová et al., 2020). Vlivem ubývající hmotnosti se u pacienta obvykle objevuje únava, která ho omezuje při dříve běžně snášené námaze. Zmiňovaná změna chuti k jídlu se projevuje vůči veškeré stravě či selektivně, například nechut' k masu. Žaludeční vřed a eroze sliznice žaludku jsou jedny z příčin akutního krvácení do horní části trávicí trubice (Lata et al., 2010). U polymorbidních starších lidí nad 70 let bývá vředová choroba gastro duodena často asymptomatická a projeví se až s některou ze závažných komplikací (Konečný, 2017). U méně než 10 % případů je vřed takzvaně němý. Projeví se náhle až komplikacemi – perforací (proděravěním) nebo krvácením (Češka et al., 2015).

1.7 Komplikace

Komplikace mohou být někdy prvním projevem onemocnění. K nejčastějším komplikacím peptického vředu řadíme krvácení, penetraci, perforaci, pylorostenózu až pylorospasmus, stenózu bulbu nebo jiných úseků dvanáctníku a maligní zvrát vředu (Čoupková a Slezáková, 2012). Současným trendem je ústup komplikací na úkor zavedení moderní účinné medikace. Pokud však ke komplikacím dojde, mají velmi závažnou prognózu (Marečková a Mengerová, 2014). Vážné komplikace se většinou vyskytují u pacientů, kteří užívají léky ze skupiny nesteroidních antirevmatik. Proto se obvykle před zahájením dlouhodobé léčby nesteroidními antirevmatiky pacienti testují na přítomnost *Helicobacter pylori*, která zvyšuje riziko komplikací (Bátovský, 2010). Tyto

komplikace mohou dospět až k malignímu zvratu vředu, karcinomu žaludku. Záněty žaludku, zejména na podkladu infekce *Helicobacter pylori*, iritace chemickými látkami při kouření, užívání léků a etanolu patří mezi faktory zevního prostředí odpovědné za vznik karcinomu žaludku a zároveň nejvýznamnější pro prekancerózní stav (Černoch et al., 2012). Krvácení z oblasti horního trávicího traktu se projevuje hematemézou či melénou. Při hemateméze neboli zvracení krve, může být vyzvracená krev tekutá či sražená v koagula působením kyseliny chlorovodíkové, mluvíme o tzv. kávové sedlině. Melénu definujeme jako dehtovitou mazlavou stolicí. Krev je během pasáže trávicí trubici natrávena proteolytickými enzymy, jejichž produkty stolicí typicky zbarvují do dehtovitě černé (Lata et al., 2010). Krvácení z vředu může být velké, ale i postupné, proto se pacienti cítí zpočátku jen unaveně. Zhoršování stavu se rozvíjí pomalu a může vyústit až v těžký hypovolemický (hemoragický) šok (Hornych et al., 2010). Asi u 75–80 % pacientů dojde ke spontánnímu zastavení krvácení, v některých případech krvácení ustane, ale po několika minutách dojde opět k atace krvácení. U těchto pacientů dochází k enormnímu nárůstu dalších komplikací a mortality, která dosahuje až 6–12 % (Češka et al., 2015). Příčinou masivního krvácení je narušení cévní stěny na spodině nebo okrajích vředové léze. Studie pitev žaludku, získaných pro masivní a opakované krvácení z peptického vředu, prokázala, že průměrná šíře tepen vedoucích k recidivujícímu krvácení byla 0,7 mm. Perforované cévy byly nejčastěji lokalizovány na zadní stěně bulbu duodena, kde měla peptická léze kontakt s velkou větví nebo dokonce kmenem pankreatikoduodenální tepny a v proximální části těla žaludku na straně malé žaludeční křiviny, kde byl rizikový kontakt s větví nebo kmenem levé žaludeční tepny (Lukáš, 2018).

Penetrací vředu označujeme šíření jeho zánětlivého infiltrátu do okolních orgánů nejčastěji do pankreatu (Vodička et al., 2014). Při penetraci do slinivky břišní může vzniknout pankreatitida, v případě průniku vředu do jater vznikne ikterus a při průniku do tračníku se u pacientů objevuje průjem (Ferko et al., 2015). Pro zjištění hloubky penetrace se využívá rentgenový snímek (Talley, 2011). Kromě bolesti v nadbřišku se při penetraci připojují i specifické příznaky z orgánů, do kterých se ulcerózní infiltrát šíří (Vodička et al., 2014).

Další komplikací je perforace vředu, kdy vřed proniká celou tloušťkou stěny žaludku do volné dutiny břišní (Talley, 2011). Jedná se o velmi závažný stav, který patří do skupiny tzv. náhlých příhod břišních (Hornych et al., 2010). Tato náhlá příhoda břišní je spojena s vylitím obsahu žaludku do peritonea a většinou vyvolává krutou bolest v nadbříšku s prknovitým stažením břišní stěny. Pacienti jsou obvykle schvácení a uloženi v úlevové poloze, aby nenapínali břišní stěnu (Vodička et al., 2014). Tuto komplikaci lze rozdělit na tři fáze. První fáze se nazývá chemická kontaminace, při které se dostane žaludeční obsah do peritonea a způsobí peritonitidu (zánět pobříšnice). Druhou fází je střední stav, kde po šesti až dvanácti hodinách dochází k uvolnění bolesti. Toto uvolnění je pravděpodobně způsobeno zředěním kyselého žaludečního obsahu s peritoneálními exsudátem, který vzniká při peritonitidě. Třetí fází je intraabdominální infekce, která vzniká po 12 až 24 hodinách. Mortalita u této komplikace se pohybuje mezi 5–25 % dosahující až 50 % s narůstajícím věkem (Chai, 2011).

Mezi další komplikace gastrického vředu patří stenóza pyloru, ke které dochází přechodně vlivem vředové léze či trvale jako důsledek zhojení vředu jizvou. Klinicky se projevuje neprůchodností a městnáním žaludečního obsahu před překážkou (Talley, 2011). Hlavními příznaky jsou bolesti v epigastriu, nechutenství, zvracení a při dlouhodobě trvajících potížích může docházet i k váhovému úbytku (Vodička et al., 2014). K maligní degeneraci žaludečního vředu dochází v 1 % případů. Podezřelé jsou zejména vředy v atypické lokalizaci a vředy nereagující na konzervativní léčbu (Ferko et al., 2015).

1.8 Diagnostika

Při diagnostice se nejdříve lékař zeptá na pacientovu osobní anamnézu, která odhalí příznaky onemocnění např. lokalizaci, charakter, intenzitu a vystřelování bolesti do jiných tělních orgánů. Důležitá je i rodinná anamnéza, která objeví možné genetické predispozice peptických vředů. Farmakologická anamnéza poskytne informace týkající se léků působící agresivně vůči žaludeční sliznici. Jsou to například analgetika, nesteroidní antirevmatika (Khanna, 2020).

Dle Součka a kol. (2011) je endoskopické vyšetření základní a nejspolehlivější diagnostickou metodou. Umožňuje přímý vizuální nález (samotný vřed, jeho lokalizace a velikost, krvácení a perforaci) a také odběr biopsie, který se při nálezu vředu dělá pokaždé. Obecně se endoskopie používá za účelem diagnostickým, prohlédnutí dutých orgánů a odběr vzorku, a terapeutickým, možnost léčit. Pracná a Konečný (2012) uvádí, že písemnému informovanému souhlasu by měla předcházet důležitá ústní informovanost o daném endoskopickém vyšetření, která obsahuje vysvětlení postupu, důsledky endoskopického výkonu a upozornění na možné komplikace. Při diagnostice vředové choroby žaludku a duodena se používá endoskopie transorální, kdy se endoskop zavádí ústy a pacient je vyzván k polykání. Sestra vysvětlí pacientovi význam, podstatu, průběh a požadavky kladené na spolupráci při vyšetření, kdy upozorní na možnost pocitu nepříjemného tlaku v žaludku při pohybu fibroskopu, pocit plnosti a nafukování. Vysvětlí pacientovi polohu při vyšetření. Sestra odpovídá na otázky pacienta a snaží se zmírnit jeho případné obavy. Před samotným vyšetřením sestra aplikuje do žíly sedativum a hltan znecitliví anestetikem ve spreji. Celý výkon provádí lékař a sestra mu asistuje. Po výkonu sestra pomůže pacientovi posadit se a poučí ho, aby asi 2 hodiny nepil ani nejedl z důvodu rizika aspirace. Dále je nutné, aby sestra sledovala bolesti vyzařující do šíje, polykací obtíže či zvracení. (Nejedlá, 2015).

Rentgenové kontrastní vyšetření se prakticky už nevyužívá, jen výjimečně k určení rozsahu postižení při vředovém zúžení dvanáctníku, které nelze projít endoskopem. Pokud má lékař podezření na nádorové onemocnění, provede pacientovi CT vyšetření břicha (počítačová tomografie), která zobrazí změny lokalizované do stěny a blízkého okolí orgánu při nepoškozené sliznici (Kroupa a Ječmenová, 2013). Dále se provádí vyšetření žaludeční sliznice nalačno (BAO – bazální sekrece) a po stimulaci. Stimulantem kyselé sekrece žaludku je pro toto vyšetření používaný synteticky vyrobený gastrin – pentagastrin. Sestra pacientovi aplikuje injekcí do podkoží dávku v poměru mg/kg tělesné hmotnosti (Libová et al., 2019). Laboratorní vyšetření zahrnuje odběr stolice na okultní krvácení (OK) a na průkaz antigenu *Helicobacter pylori*. Dalším vyšetřením je vyšetření na hladinu Gastrinu. Hormon gastrin je produkován G – buňkami, které jsou lokalizovány v žaludku (antrum). Tento hormon stimuluje parietální buňky,

kteře produkují kyselinu chlorovodíkovou, která ovlivňuje pH v žaludku. Dále sestřa provede odběr krevní skupiny a serologické vyšetřeni IgG, který ukazuje, zda se člověk s *Helicobacter pylori* již setkal (Pagana, 2014).

Diagnostika *Helicobacter pylori* se nejčastěji provádí standardním močovinným dechovým testem, při kterém sestřa podá pacientovi roztok močoviny, který následně vypije. Pokud se do dvou hodin neprokáže značné množství oxidu uhličitého ve vydechovaném vzduchu, pak je přítomnost *H. pylori* potvrzena (Schindler, 2010). Dalším výkonem ke zjištění *Helicobacter pylori* je endoskopické vyšetřeni žaludku a duodena. Při tomto výkonu lze provést biopsie a z ní se velmi snadno prokáže přítomnost této bakterie. Dále lze také provést histologické vyšetřeni a kultivace, která je velmi přesná, ale čekací doba na výsledek je velmi dlouhá (KABIR, 2001).

1.9 Léčba

Léčba peptických vředů gastroduodena je závislá na příčinách a přítomnosti či nepřítomnosti komplikací, na opakujícím se výskytu nebo na odolnosti vředu. V současné době převládá léčba pomocí farmaceutik s cílem potlačit zvýšenou kyselost žaludečního prostředí a vymýtít případnou *Helicobacter pylori*. K léčbě pomocí chirurgického zákroku se většinou přistupuje tehdy, pokud nastanou závažné komplikace (výjimečně z jiné indikace) (Zimandlová a Bureš, 2012).

Hlavní možnosti léčby spočívají v režimových opatřeni, medikamentózní terapii případně v chirurgické léčbě. Obecně se zakazuje nebo výrazně omezuje kouření, které prokazatelně zhoršuje hojení vředů. Je také doporučen relativní fyzický klid, pracovní neschopnost a v případě komplikací i hospitalizace. Mezi další režimová opatřeni patří úprava stravy, která je však individuální pro každého pacienta (Češka et al., 2015).

Dle Schneiderové (2014) se v rámci medikamentózní léčby používají především inhibitory protonové pumpy (PPI), blokátory H₂ – receptorů, antacida, medikamenty pro eradikaci *Helicobacter pylori* a cytoprotektiva. Hlavními zástupci PPI jsou Omeprazol, Pantoprazol, Lanzoprazol a Esomeprazol. Tyto léky sestřa podává intra venózně (nitrožilně) a perorálně (podání léku ústy). Účinek PPI přetrvává 24-72 hodin, proto je

dostačující indikace tablety 1x denně. U léčby PPI se téměř nevyskytují žádné nežádoucí účinky (Dítě et al., 2012). V současné době se nejčastěji indikují blokátory protonové pumpy společně s antibiotiky (Amoxicilin, Metrodinazol a Ornidazol). Tato léčba se nazývá sekvenční terapie, kdy sestra první týden podává jeden blokátor protonové pumpy se dvěma antibiotiky. Druhý týden se k jednomu blokátoru protonové pumpy přidá další antibiotika, většinou jedno nebo dvě z výše uvedených. Po čtyřech týdnech se provede kontrolní dechový test a kontrolní gastroskopie. Pokud je test negativní, považuje se pacient za vyléčeného a dále mu budou prováděny pouze kontrolní testy (Zimandlová a Bureš, 2012).

Marek, et. al. (2010) uvádí, že zatímco PPI blokují tvorbu HCl za pomoci zablokování všech receptorů v buňce, blokátory H₂ – receptoru blokují pouze jeden receptor, a to histaminový receptor na krycí buňce žaludeční sliznice. Mezi léky s H₂ blokátory patří Ranitidin, Cimetidin a Roxatidin. Další skupinou jsou antacida. Výhodou antacid při léčbě vředové nemoci je tlumení bolesti a také neutralizace kyseliny chlorovodíkové v žaludku. Přestože jsou tyto léky velmi účinné a pacienti je dobře snášejí, lékaři od nich odstupují, jelikož vytvářejí s kyselinou solnou komplexy a vážou se i na další látky, např. žlučové soli, fosfáty. Tím dochází k zpomalení peristaltik a k zácpě. Dále také mohou při vyšším dávkování negativně ovlivňovat vstřebávání některých léků. Antacida se doporučují podávat mezi jídly po dvou až třech hodinách. Cytoprotektiva jsou látky, které stimulují produkci mucinu a zlepšují prokrvení sliznice. Jsou především indikovány jako prevence stresových vředů u kriticky nemocných pacientů (Zimandlová a Bureš, 2012).

Chirurgická léčba nastupuje většinou v případě komplikací (krvácení, perforace, penetrace) a také při diagnostice akutního vředu s rizikem vykrvácení. Typ chirurgického výkonu závisí na aktuálním nálezu, od vagotomie po resekční výkony (Janíková a Zeleníková, 2013). Operace vředů mohou být elektivní (plánované) – při selhání konzervativního postupu, při recidivě vředu u H. pylori negativních, u intolerance medikamentózní léčby, při výskytu vředu v atypické lokalizaci, při kombinovaných vředech nebo mnohočetném nálezu vředů, při podezření na karcinom nebo na přání

nemocného. Dále může být operace urgentní a akutní při krvácení, které se nedá ošetřit endoskopicky, při perforaci vředu a při poruše evakuace žaludku (Ferko et al., 2015).

Jako první lékař provede pacientovi gastroskopii, která slouží k určení diagnózy a také při ní může provést zástavu krvácejících vředů. Tato zástava krvácení spočívá nejčastěji v iniciální aplikaci adrenalinu injektorem (v ředění 1:10000) a následné bipolární elektrotermokoagulaci. Méně často lékaři používají tkáňová lepidla anebo nasazení metalického klipu, toto nasazení může být obtížné až nemožné u kalózního vředu s obnaženou cévou na spodině (Zimandlová a Bureš, 2012). Úlohou sestry je příprava pacienta. Pacient musí být nalačno (pokud se jedná o akutní případ, může se výkon provést i bez vylučnění), zavede parenterální žilní katétr, objedná krevní konzervy, připraví NSG (nasogastrická sonda), připraví sterilní stolek se všemi nástroji pro výkon a dále pokračuje dle pokynů lékaře (Čoupková et al., 2019).

Při neúspěšné konzervativní terapii peptických vředů se využívá resekce žaludku typu I. a II. spojované se jménem chirurga Billrotha. Resekce žaludku podle typu I. je provedena v distálních dvou třetinách žaludku tam, kde dochází k produkci hormonu gastrinu. Zbývající třetina žaludku je následně spojena s dvanáctníkem. Tento typ výkonu je fyziologičtější, funkčně lepší, a proto se používá i při jiných onemocněních (Příloha 2., obr. 2.). Při resekcii žaludku typu II. se slepě uzavře duodenum a připojí se pahýl žaludku k první jejunální kličce (Příloha 2., obr. 3.). Tuto operaci lze provést i laparoskopicky, kdy se anastomóza založí lineárním staplerem (Hoch a Leffler, 2011). Laparoskopie je minimální invazivní metoda, která umožňuje přístup do břišní dutiny bez jejího otevření chirurgickým řezem. Pro operační výkon je nutné zavést přes další 5 mm až 12 mm vpichy potřebné laparoskopické instrumenty. Prostor k laparoskopickému prohlédnutí dutiny břišní se vytvoří nafouknutím břicha zdravím neškodným plynem oxidem uhličitým (CO₂) pomocí speciální jehly. Obraz břišních orgánů se snímá speciální kamerou zavedenou přes 1,5 cm dlouhý řez v blízkosti pupku a přenáší se na obrazovku monitoru. Laparoskopie je buď diagnostická, s cílem upřesnění diagnózy, nebo i terapeutická, která umožňuje miniinvazivně provádět mnohé břišní operace (Zimmermann, 2013). Typ II. je méně fyziologický a je zde riziko pooperační insuficience pahýlu duodena. V některých

případech dochází k dráždění pahýlu žaludku alkalickou sekrecí. Po operaci typem II. je častější výskyt tzv. dumping syndromu, který je způsobený nestrávenou hyperosmolární stravou, která se dostane do jejunu a vyvolá pokles cirkulujícího objemu (Hoch a Leffler, 2011).

Některé chirurgické zákroky u tohoto onemocnění lze provádět i laparoskopicky. Dle Mishra (2013) lze laparoskopickou operaci použít v případě perforace vředu, pokud je pacient jinak zdravý a došlo ke zjištění chemické peritonitidy do 12 hodin od vypuknutí. Důvod proč se nedoporučuje provádět laparoskopickou operaci po této době je ten, že po 12 hodinách chemická peritonitida ustoupí bakteriální peritonitidě se sepsí. Leusink et al. (2018) uvádí, že laparoskopická operace snižuje pooperační morbiditu z 6,6 %, v případě otevřené operace, na 2,2 % v případě laparoskopické operace, infekci ran z 6,3 % na 2,2 % a průměrnou dobu hospitalizace z 9 dní na 7 dnů. V současné době se tento typ zákroku využívá čím dál tím častěji, protože je méně invazivní a doba její rekonvalescence je kratší.

Vagotomie se používá pro snížení sekrece žaludeční kyseliny přetrnutím bludných nervů nebo jejich větví. Rozlišují se tři typy vagotomií. Prvním typem je tzv. trunkální (kmenová) vagotomie (VT). Při tomto zákroku dojde k přetrnutí dvou kmenů n. vagus pod bránicí a má za následek denervaci žaludku, spasmus pyloru, snížení tonu stěny žaludku, poruchu funkce žlučových cest a výskyt postvagotomických průjmů. Kombinuje se s drenážními operacemi jako je pyloroplastika, při které je přerušena funkce pyloru jako svěrače (Příloha 2., obr. 4.) (Libová et al., 2019). Další typ vagotomie je selektivní vagotomie žaludku (SVŽ), při které se protínají pouze vlákna vedoucí k žaludku (Příloha 2., obr. 5.). Třetím typem je selektivní proximální vagotomie (SPV, superselektivní). Při tomto výkonu se protínají jen vlákna odstupující k acidogenní části žaludku. Ostatní části jako pylorus a antrum žaludku jsou inervovány přes Latarjetovy nervy (Příloha 2., obr. 6.) (Kyslan, 2010).

1.10 Ošetrovatelský proces u pacienta s vředovou chorobou žaludku a duodena

Ošetrovatelský proces je zaměřen na uspokojování potřeb pacientů ošetrovatelským týmem. Cílem ošetrovatelského procesu je dosáhnout kvalitní ošetrovatelské péče a měl

by být standardem ošetrovatelské praxe. Dalším cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů individuálních potřeb pacienta, rodiny či komunity (Dingová Šliková et al., 2018). Dle ministerstva zdravotnictví (2004) představuje ošetrovatelský proces sérii plánovaných činností a myšlenkových procesů, které zdravotníci používají v ošetrovatelství. Tento proces má pět fází. První fází je zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta, rodiny nebo komunity, při druhé fázi se stanoví ošetrovatelský problém, jinak řečeno diagnózu. Ve třetí fázi ošetrovatelský personál plánuje ošetrovatelskou péči, ve čtvrté personál tuto péči realizuje a v páté fázi vyhodnocuje efektivitu ošetrovatelské péče. Celý ošetrovatelský plán a jeho realizace se musí zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace pacienta (Tóthová et al., 2014).

Pro diagnostiku peptických vředů jsou pacienti nejčastěji přijímáni na interní oddělení. Po určení diagnózy lékařem, jsou pacienti stabilizováni a lékař jim nastaví nejprve konzervativní léčbu. Pokud se u pacientů neobjevují komplikace, jsou propuštěni do domácího ošetrování a jsou pravidelně sledováni v gastroenterologické ambulanci. Při zhoršení stavu nebo vzniku komplikací (penetrace, perforace, krvácení) je nemocný hospitalizován na interním nebo chirurgickém oddělení (Slezáková, 2015). Při příjmu pacienta na oddělení sestra uloží pacienta na pokoj, kde mu ukáže, kam si složí věci, a kde se nachází například toaleta, koupelna, ale také sesterna a vyšetřovny. Sestra by měla zajistit pacientovi klidný pokoj, kde může odpočívat a mít nerušený spánek, který je pro léčbu důležitý (Šafránková a Nejedlá, 2006). Po uložení pacienta, zhodnotí sestra jeho zdravotní stav, a podle něj provede informovaný rozhovor, při kterém sepíše ošetrovatelskou anamnézu (Hejnarová a Slezáková, 2012). V rámci rozhovoru s pacientem je nutné získat data ohledně příčin a rizikových faktorů peptických vředů, které ovlivňují jejich výskyt, jako je konzumace alkoholu, kouření cigaret, stravovací a spánkové návyky a míra stresu. Sestra se také ptá na genetickou predispozici, výskyt vředů nebo nádorového onemocnění v rodině. V osobní anamnéze se také ptá na historii onemocnění nebo operací GIT (gastrointestinální trakt), užívané léky, konkrétně kortikosteroidy, NSAID nebo zdali podstoupil chemoterapii. Sestra při tomto rozhovoru může na základě informací o rodině, životním stylu, práci a sociálním životu posoudit,

zda-li má pacient schopnost dodržovat předepsanou léčbu a změnu životního stylu (Ignatavicius et al., 2017).

Dalším úkolem sestry je pozorování pacienta během hospitalizace. Sestra u pacienta sleduje fyziologické funkce jako je krevní tlak, pulz, tělesnou teplotu a další. Sestra i lékař sledují u pacienta míru bolesti. Míra bolesti se měří v různých škálách, ale nejčastěji se používá škála hodnocení bolesti od jedné do deseti, kdy 0 je žádná bolest a 10 nesnesitelná bolest (Příloha 3., obr. 7.). Pokud pacient udává, že je jeho bolest nad hodnotou 2 sestra mu podá analgetika dle ordinace lékaře a také ho poučí o úlevových polohách. (Ignatavicius et al., 2017). Dále sleduje vyprazdňování stolice, z důvodu možnosti výskytu krvácení do zažívacího traktu, vyskytující se jako meléna. Pokud se krev ve stolici objeví, musí sestra informovat lékaře, který zajistí sledování dalšího vyprázdnění a vyhodnocení krvácení. Pacient se musí vyprazdňovat do podložní mísy, a proto sestra zajistí dostatečné soukromí a zachová intimitu pacienta, obvykle také odebere stolici k vyšetření na okultní krvácení (OK), kterému se jinak nazývá FOB test (Příloha 4., obr. 8.). Při nastávající nauze nebo zvracení si musí sestra všimnout okolností vzniku krvácení, vzhledu, množství a zápachu. Pokud nastane zvracení krve, jinak řečeno hemateméza, musí ihned informovat lékaře, který zjistí, zda-li se jedná o natrávenou nebo o čerstvou krev. V případě zvracení krve je pacient sestrou uložen do Fowlerovy polohy (Příloha 5., obr. 9.), na nadbřišek mu sestra položí led a do rukou emitní misku s buničitou vatou. Stále jsou sledovány fyziologické funkce a snaží se pacienta uklidnit, protože ho výskyt krvácení může rozrušit (Slezáková, 2015).

Lékař i sestra by měli informovat pacienta o změně jídelníčku, které jsou předem konzultovány s nutričním terapeutem, který dochází i za pacientem. Podrobně mu vysvětlí zásady stravování, předá mu tištěné informace o dietě a v některých případech sestaví s pacientem jídelníček. K podrobnému sestavování jídelníčku dochází u lidí, kteří mají nízkou váhu, trpí nechutenstvím anebo mají problémy s trávením. Při komplikacích může dojít i k výživě parenterálně nebo enterálně pomocí zavedené nazogastrické sondy (NSG) (Příloha 6., obr. 10.). S výživou je spojená i váha pacienta. Sestra by měla jednou týdně pacienta zvážit a zapsat hodnotu do dokumentace (Holubová et al., 2013).

V rámci ošetrovatelského procesu by se sestra měla zajímat i o psychickou podporu pacienta a jeho rodiny. Sestra by měla vyhodnotit a použít vhodnou komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Během celé hospitalizace musí pacientovi podávat veškeré informace a odpovídat na jeho otázky. Před propuštěním domů pacienta edukuje o správné výživě, aktivitách, zdůrazní nutnost dodržování denního režimu, kontrolách u lékaře, správném užívání léků a možných komplikacích (Vörösová, 2010).

1.10.1 Ošetrovatelská péče o pacienta před, při a po operačním zákroku

K péči sestry o pacienta na oddělení patří také předoperační (dlouhodobá, krátkodobá, bezprostřední a urgentní), perioperační a pooperační péče. Dlouhodobá předoperační péče se provádí před plánovaným chirurgickým výkonem. Obvykle ji provádí praktický lékař, a to v rozsahu 2 až 6 týdnů před hospitalizací pacienta na oddělení. Do této přípravy zahrnujeme absenci kouření v délce 3 týdnů, redukci hmotnosti, vysazení antikoncepce a sanaci infekčních fokusů. V této době se také doporučuje příprava autotransfuzních přípravků, které se využívají při dlouhých a komplikovaných operacích (Blažek et al., 2012). Sestra odebere vzorky pro celkové laboratorní vyšetření, do kterého patří krevní obraz (KO), APTT, INR, zjištění krevní skupiny a Rh faktoru, vyšetření iontů, jaterní a pankreatické parametry (ALT, AST, bilirubin, a další), funkce ledvin (kreatinin, močovina, kyselina močová), glykemie dále také vyšetření moči a močového sedimentu. Také se u pacienta provede EKG, rentgen srdce a plic. Pokud tyto vyšetření absolvuje, je pacient zaslán k internímu lékaři, který posoudí jeho stav k operaci (Libová et al., 2019).

Krátkodobá příprava je vymezena do období 24 hodin před výkonem. Pacient je den před operací přijat na oddělení se všemi požadovanými výsledky předoperačních vyšetření. Zde je znovu vyšetřen a dotázán lékařem a sestrami, zda neprodělává akutní onemocnění (průjmy, uroinfekce), které by znemožňovalo provedení chirurgického výkonu (Schneiderová, 2014). Poté je poslán k anesteziologickému lékaři, který mu vybere vhodnou anestezii při operaci a zhodnotí tzv. ASA skóre (podle American Society of Anesthesiologists) (Příloha 7., obr. 11.), které určuje míru perioperačního rizika. Také pacientovi vysvětlí všechny důležité kroky, komplikace a odpoví mu na otázky (Vohánka et al., 2018). Tato příprava také zahrnuje dostatečné vyprázdnění střev dle rozsahu

operace. Lékař se sestrou zvolí buďto aplikaci klysmatu, či přípravu ortográdní (perorální podání roztoku), což se odvíjí od části GITu, ve které bude zákrok prováděn (Janíková a Zeleníková, 2013). Sestra edukuje pacienta o tom, že nesmí od 12 hodin v noci nic jíst, pít ani kouřit a o přípravě operačního pole (sestra vyholí místo řezu nebo vpichu, pokud to pacient sám nezvládne) (Holubová et al., 2013).

Bezprostřední příprava je vymezena na dvě hodiny před výkonem. Sestra zkontroluje dokumentaci pacienta a udělá všechny nezbytné výkony. Tyto výkony jsou kontrola pacienta, zdali má sundané všechny šperky, zubní náhradu, spodní prádlo a kontrola operačního pole. Edukuje pacienta, aby měl na sobě jen nemocniční košili, zabandážované obě dolní končetiny jako prevence tromboembolické nemoci – TEN (obinadlo, punčochy), nic nejedl ani nepil. Diabetikům se podává 500 ml 5% Glukózy s inzulínem (dle ordinace lékaře) na základě glykemického profilu k předcházení pooperačních komplikací (Blažek et al., 2012). Při operaci žaludku a duodena sestra zavede NSG (nasogastrická sonda), která je důležitá v mnoha ohledech. Umožňuje odsávání městnajícího se žaludečního a duodenálního obsahu, po odsátí obsahu dojde k tonizaci ochablé žaludeční stěny, což má pozitivní vliv na hojení anastomóz a také odsátí obsahu snižuje pankreatickou sekreci (Zeman a Krška, 2011). Sestra zajistí pacientovi žilní vstup a po zavolání anesteziologa podá premedikaci. Po podání premedikace je pacient s jeho dokumentací odvezen na operační sál, kde probíhá perioperační péče (Čoupková et al., 2019).

Urgentní předoperační příprava zahrnuje pouze nezbytně nutné postupy, které jsou potřebné k tomu, aby mohl být pacient operován. Standardně sestra provede alespoň laboratorní vyšetření červeně označené jako STATIM (KO, biochemie krve a moči, krevní skupina a Rh faktor) a zajišťuje přístup do žilního systému, zavede se močová cévka a v případě gastroduodenálních vředů sestra zavede nazogastrickou sondu. Hygienu sestra provádí jen pokud je pacient hrubě znečištěn, protože je koupel kontraindikována, časově náročná a pro pacienta časově ohrožující na životě, sestra jen vyjme zubní náhradu z úst. Poté sestra připraví operační pole, pokud to lze provede

bandáže dolních končetin a podá premedikaci podle ordinace anesteziologa (Čoupková et al., 2019).

Perioperační péče v užším slova smyslu zahrnuje postupy před operačním výkonem, během něj a bezprostředně po výkonu. Toto období začíná předáním a převzetím pacienta sestrami v předsáli. Pacienta si přebírá anesteziologická sestra se sanitáři od sestry ze standardního oddělení. Předají si základní informace o pacientovi a jeho premedikaci (Jedličková, 2019). Po převezení pacienta na sál mu anesteziologická sestra zavede permanentní žilní katétr (PŽK), znovu ověří jeho totožnost, zkontroluje dokumentaci, napojí ho na monitor (monitorace EKG, krevního tlaku a saturace O₂) a vyčká na příchod anesteziologa a lékařského týmu. Sálové sestry mezi tím připravují instrumenty, přístroje a všechny potřebné věci. Při příchodu lékařského týmu anesteziolog se sestrou usní pacienta a sálové sestry s pomocí lékařů odezinfikují operační pole a zarouškují ho. V průběhu operace anesteziologická sestra sleduje životní funkce a sálová sestra (instrumentářka) asistuje lékařům (Janíková a Zeleníková, 2013). Po dokončení operace sálová sestra sterilně přikryje a zalepí operační ránu a anesteziologická sestra s anesteziologem probouzejí pacienta z narkózy. Vše je důležité zapsat pacientovi do dokumentace, která obsahuje soupis použitých operačních nástrojů a materiálu, operační protokol a záznam anesteziologa. Pokud je pacient v pořádku, sestra anestezioložka s lékařem předávají v předsáli (filtru) pacienta sestram z JIP nebo intermediálního oddělení. Sdělují jim průběh operace, případné komplikace, podaná analgetika, antibiotika (ATB), infuze a stav pacientovo životních funkcí (Jedličková, 2019).

V bezprostřední pooperační péči sestra odveze pacienta na JIP oddělení nebo na dospávací pokoj, kde leží dvě hodiny a sleduje jeho fyziologické funkce a případné komplikace. Jako komplikace se mohou objevit krvácení z rány, nauzea a zvracení a bolest (Ferko et al., 2015). Po uplynutí dvou hodin je pacient převezen na standardní oddělení, kde je dále sledován dle ordinace lékaře. Sestra sleduje operační ránu, drény a odvedené množství tekutiny. Pacient je po operaci vředů vyživován parenterálně. Po kontrole funkčnosti žaludku a střev se mu postupně zařazuje normální strava a pacient se kontroluje, zdali přijímá stravu bez problémů. Pokud ano, sestra na pokyn lékaře vyndá

pacientovi nasogastrickou sondou a pacient může jíst sám. Sestra ve spolupráci s nutričním terapeutem pacientovi vysvětlí dietní opatření, která jsou nedílnou součástí léčby vředů gastroduodena. Většinou mívají pacienti s onemocněním žaludku dietu č. 2 – šetřící. Tato dieta je energeticky plnohodnotná a výživově dostačující (Holubová et al., 2013). Pokud pacient nezvrací, může se 2 hodiny po výkonu napít čaje a poté je zpravidla výživa podávána nejdříve parenterálně a poté nasogastrickou sondou (Linton, 2015). Sestra musí dále sledovat vyprazdňování pacienta. Pokud se pacient nevyprázdní do tří dnů od operace, lékař musí endoskopicky zkontrolovat příčinu. Pokud se pacient vyprázdní, měla by být zkontrolována stolice na možnou přítomnost krve. První dny má pacient naordinován klid na lůžku a poté může vstávat s dopomocí sestry. Pokud se u něj neobjeví závratě, může opatrně vstávat a chodit sám. Důležitá je i psychická podpora pacienta. Sestra by ho měla informovat o dietním režimu, o možné recidivě, klidném režimu a zvládání stresových situací. Důležitá je také dobrá informovanost rodiny a její začleňování do léčby (Brown a Edwards, 2011).

1.11 Edukace pacienta sestrou před propuštěním do domácího ošetřování

Sestra by měla pacientovi poskytnout veškeré informace o stavbě jídelníčku, velikosti porcí a časování jídel. Porce by měly být malé v intervalu každé dvě hodiny. Dále sestra poučí pacienta, aby u stravování byl v klidu, jedl pomalu a nedělal při něm jiné činnosti (Kasper, 2015). Sestra nebo nutriční terapeut by měli pacienta poučit i o úpravě pokrmů. Zakázané je smažení, opékání v tucích, uzení, grilování, nakládání masa a ryb. Nejvhodnější typem přípravy je vaření, dušení nebo úprava v alobalu (Marečková a Mengerová, 2014). Pacienti by se měli vyhýbat jídlu před spaním, protože strava simuluje žaludeční sekreci během spánku. Důležité je také omezit nadměrnou konzumaci tučných a mléčných výrobků, které zpomalují vyprazdňování žaludku. Mléčné výrobky bolest přechodně utlumí, ale poté mohou produkci kyselin zvýšit. Výjimkou je malé množství jogurtu, které obsahuje živé kultury laktobacilů nebo bifidobakterií. Dále by se pacient měl vyvarovat konzumaci kořeněných jídel, které také stimulují žaludeční sekreci (např. pepř, hřebíček, česnek). Naopak vhodnými potravinami jsou potraviny s vysokým obsahem železa (libové maso, drůbež, luštěniny) z důvodu rizika vzniklé anémie při krvácení vředu (Katz, 2016). Při vředové chorobě žaludku jsou doporučovány neperlivé

stolní vody, voda z kohoutku či pramene. Kromě vody sestra doporučí pacientovi popíjet šťávy z čerstvé zeleniny s menším poměrem ovoce, mošty a džusy ředěné vodou. Pivo je vhodné pouze nízkostupňové či nealkoholické (Kasper, 2015). Sestra musí pacientovi vysvětlit individuální snášenlivost mléka a výrobků z něj. Doporučuje se vyhýbat typickým agresorům jako jsou káva, kofeinové nápoje, čokoláda, alkoholu a podobně (Katz, 2016).

Lékař i sestra kladou velký důraz na omezení či úplný zákaz kouření. Dle Češky, et. al. (2015) kouření prokazatelně zhoršuje hojení vředů a nejvíce negativní dopad na průběh vředového onemocnění má ranní kouření na lačno. Z tohoto důvodu by měla sestra podpořit pacienta v abstinenci kouření, vysvětlit mu rizika s ním spojené, poskytnout mu psychickou podporu a nabídnout mu alternativní terapii nikotinem, která je volně dostupná v lékárnách v podobě žvýkaček, náplastí, inhalátorů nebo pastilek (Kmeťová a Králíková, 2013).

Sestra musí také pacienta informovat o efektivním zvládnání stresových situací. Stres se velmi podílí na tvorbě vředů gastroduodena, a proto by se měl pacient naučit stresu vyhýbat nebo ho lépe zvládat. Sestra pacientovi doporučí dechová cvičení, jógu, relaxaci a svalové uvolnění. Pokud pacient pocítuje nadměrný stres, doporučí mu navštívit psychologického odborníka. Pro relaxaci a lepší rekonvalescenci může pacientovi nabídnout lázně. Pacient by si měl nastavit přesný harmonogram a dodržovat ho. Tento harmonogram by měl být v ideální rovnováze mezi prací a odpočinkem. V domácí péči je klíčem k úplnému uzdravení adekvátní odpočinek, výživa, dodržování předepsané farmakoterapie a vyhýbání se známým dráždivým látkám a stresorům. Lékař a sestra znovu zdůrazní, aby se pacient vyhýbal užívání nevhodných léků, spolu s omezeními kouření a užívání alkoholu. Pokud je pacient ochoten provést tyto úpravy životního stylu, je vyléčení velmi pravděpodobné (Brown a Edwards, 2011)

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

1. Zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena v předoperačním období.
2. Zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena v pooperačním období.
3. Zmapovat spokojenost pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena v rámci hospitalizace po operaci.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena v předoperačním období?
2. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena v pooperačním období?
3. Jak jsou pacienti s vředovou chorobou žaludku a duodena spokojeni s ošetrovatelskou péčí po operaci?

3 Metodika

3.1 Popis metodiky

K provádění výzkumu byla využita metoda hloubkového rozhovoru za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Dle Švaříčka a Šed'ové (2014) je hloubkový rozhovor nejčastější metodou sběru dat v rámci kvalitativního výzkumu, kde se využívá nestandardizovaného dotazování pomocí otevřených otázek. Prostřednictvím tohoto rozhovoru je tedy možné zkoumat určitou skupinu lidí, určitého prostředí s cílem získání stejného pohledu na situaci, jako mají respondenti. Pomocí otevřených otázek lze porozumět pohledu jiných lidí, aniž by byly odpovědi omezeny určitým výběrem. Hloubkový rozhovor lze dále dělit na polostrukturovaný a nestrukturovaný, kde v případě polostrukturovaného rozhovoru existuje předem připravený seznam otázek, z kterého se vychází. V případě nestrukturovaného rozhovoru může existovat pouze jedna otázka, na základě které se badatel dále dotazuje respondenta. Otázky rozhovoru byly připraveny na základě cílů a výzkumných otázek bakalářské práce.

Před rozhovory, byla sestavena žádost o provádění výzkumu na jednotlivých oddělení a tato žádost byla předem schválena hlavními sestrami v nemocnicích. Dále po domluvě s vrchními a staničními sestrami příslušných oddělení, byly následně prováděny rozhovory s vybranými sestrami a pacienty. Rozhovory se sestrami (Příloha č. 9.) probíhaly převážně osobně a byly naplánované tak, aby nenarušovaly chod oddělení, některé pak byly prováděny i pomocí videohovorů v osobním volnu sester. Rozhovor se sestrami obsahoval 6 identifikačních a 14 výzkumných otázek. Rozhovory s pacienty (Příloha č. 9.) probíhaly za pomoci online videohovorů nebo osobně na oddělení. Videohovory byly zvolené z důvodu koronavirové krize, aby se předešlo možné nákaze. Rozhovor s pacienty obsahoval 5 identifikačních a 11 výzkumných otázek. Analýza těchto rozhovorů byla zpracována pomocí metody kódování v ruce neboli metodou papír a tužka, při které byly rozhovory doslovně přepsány a na konec kódovány do jednotlivých kategorií

a podkategorií. Seznam kódů je k nahlédnutí v příloze č. 9. Bylo také využito metody výkladu karet, při které jsou všechny přepsané rozhovory vyloženy vedle sebe

a zpracovávají najednou. Přepisy rozhovorů jsou k dispozici u autora práce z důvodu zachování anonymity pacientů a sester. Výzkumné šetření se uskutečnilo v měsících března a dubna 2021.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka č. 1 – Identifikační údaje sester

Identifikační údaje respondentů – Sestry			
Respondent	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe – Gastroenterologické oddělení, Chirurgické oddělení
S1	Muž	SZŠ – Praktická sestra	1,5 roku – Gastroenterologické odd.
S2	Žena	VŠ – Bc.	1, 5 roku – Chirurgické standardní odd.
S3	Žena	VŠ – Mgr.	3 roky – Chirurgické standardní odd.
S4	Žena	VŠ – Bc.	1 rok – Chirurgické odd. - JIP
S5	Žena	VŠ – Mgr.	8 let – Chirurgické odd. - JIP
S6	Žena	VŠ – Bc.	6 let – Chirurgické standardní odd.
S7	Žena	VŠ – Bc.	7 let – Chirurgické odd. - JIP
S8	Žena	SZŠ – Praktická sestra	3 roky – Gastroenterologické odd.
S9	Žena	VŠ – Bc.	10 let – Chirurgické standardní odd.
S10	Žena	VŠ – Bc.	25 let – Chirurgické odd. - JIP

Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumný soubor zahrnuje 10 respondentů z čehož 9 tvoří ženy a 1 muž. Jejich věk se pohybuje mezi 23 až 58 lety s průměrným věkem dosahujícím 36,5 let. Nejvyšší dosažené vzdělání sester je nejčastěji vysokoškolské, kde 6 sester dosáhlo bakalářského titulu a 2 magisterského titulu. Zbývající respondenti dosáhli středoškolského vzdělání ukončené

maturitou – Praktická sestra. Délka praxe respondentů je mezi 1 rokem až 25 lety, nejčastěji s praxí na chirurgickém (standardní odd./ JIP) nebo gastroenterologickém oddělení.

Tabulka č. 2 – Identifikační údaje pacientů

Identifikační údaje respondentů – Pacienti				
Respondent	Pohlaví	Věk	Další chronická onemocnění	Forma vředové choroby žaludku a duodena – akutní, chronická forma
P1	Muž	24	Ne	Akutní
P2	Muž	28	Ne	Akutní
P3	Muž	39	Ne	Akutní
P4	Muž	56	Leidenská mutace	Akutní
P5	Muž	58	Ne	Chronická (forma)
P6	Muž	61	Hypertenze	Chronická (forma)
P7	Žena	26	Ne	Chronická (forma)
P8	Žena	35	Diabetes mellitus 2. typu	Chronická (forma)
P9	Žena	46	Ne	Akutní
P10	Žena	63	Ne	Akutní

Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumný soubor tvoří 10 respondentů, z toho 6 mužů a 4 ženy jejichž věk je se pohybuje mezi 24 až 63 lety. Průměrný věk pacientů je 43,6 let. Většina z pacientů netrpí jiným chronickým onemocněním. Ve výzkumném souboru je jeden muž s Leidenskou mutací, jeden muž s hypertenzí a jedna žena s Diabetem mellitem 2. typu. U 6 pacientů se

onemocnění vředů žaludku a duodena objevilo akutně, u zbývajících 4 bylo onemocnění chronické.

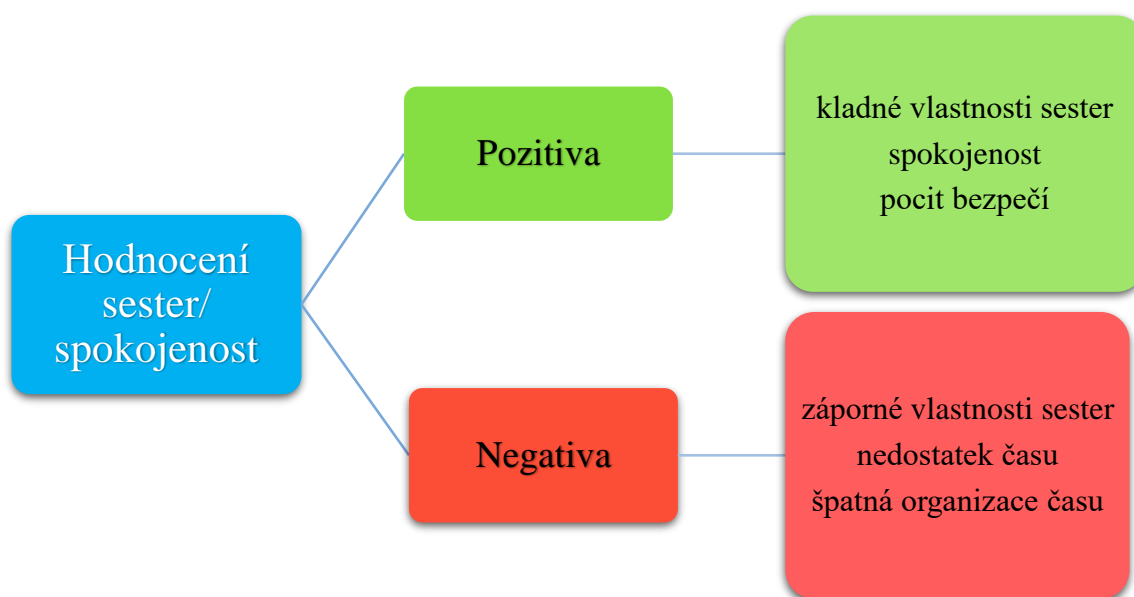
4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty

Rozhovory pacientů byly rozděleny do 4 hlavních kategorií, které se následně rozdělily do několik podkategorií.

4.1.1 Kategorie 1. Hodnocení sester/spokojenost

Schéma 1. – Kategorie 1. Hodnocení sester/spokojenost, podkategorie – pozitiva, negativa



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato kategorie je zaměřena na osobní zkušenosti a spokojenost pacientů se sestrami na příslušném oddělení. Výsledky zkušeností respondentů se zdravotnickým personálem byly podrobně analyzovány a byla vytvořena hlavní kategorie „Hodnocení sester“. Tato kategorie byla dále rozdělena na dvě podkategorie nazývané se „Pozitiva“ a „Negativa“.

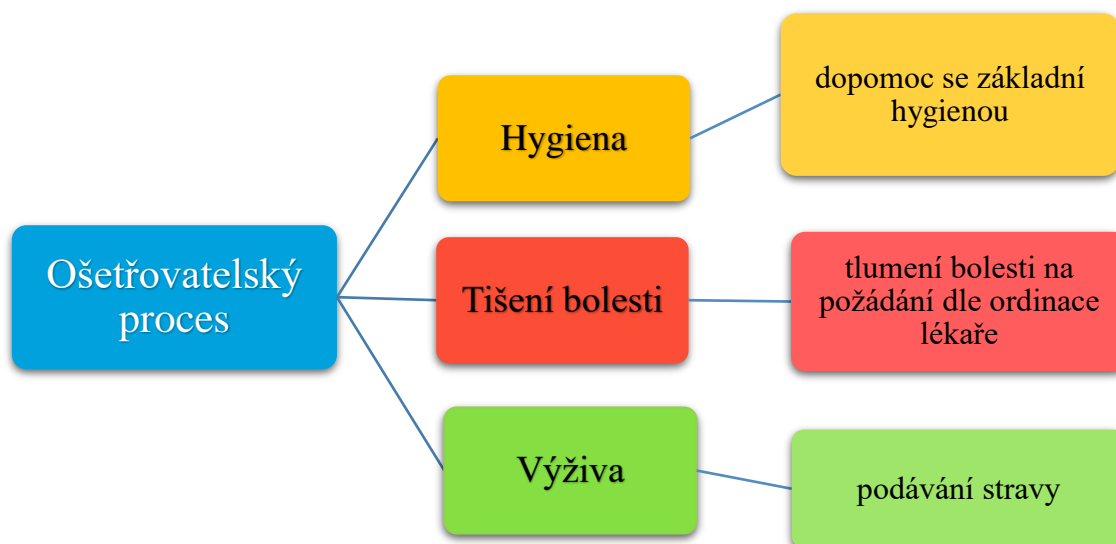
K jednotlivým podkategoriím byly zakódovány výrazy, které jednotliví respondenti nejvíce používali. Všechna získaná data jsou znázorněna ve schématu č. 1.

Od pacientů byly získávány varianty odpovědí na otázku týkající se spokojenosti s péčí sester v předoperačním a pooperačním období, které byly rozděleny do skupin pozitivních a negativních odpovědí. Většina respondentů reagovalo jako P1/1: „*Péče ze strany sester byla výborná.*“ a P2/1 dodala, že: „*mluvily mile, vycházely mi vsťříc.*“ P7/4 odpověděl takto: „*V péči sester se cítím báječně.*“ a P6/4 dodal, že: „*Velmi dobře. Jsou tu obzvlášť pěkný sestřičky.*“ Podobné odpovědi byly obsaženy i v ostatních rozhovorech. Mezi negativní odpovědi na otázku týkající se péče sester v předoperačním a pooperačním období patřila odpověď P5/1: „*Byl kolem mě velký chaos.*“ případně P10/3: „*S jednou sestřičkou jsem si moc nesesdla, protože je taková moc hrr a někdy odsekává.*“ Z odpovědí na tuto otázku je vidět, že většina pacientů je s péčí sester v před i pooperačním období spokojena, i když se občas objevují osobní konflikty, jako u P1/2 „*... jsem jednu i naštvál, když jsem si našel něco na internetu ..., ale odpověděla mile.*“ nebo P10/3, které však na kvalitu péče nemají velký vliv.

Na otázku, zdali se cítí dobře na pokoji/oddělení odpovídali pacienti jednotně jako P9/5: „*Ano, jsem tu spokojená.*“ nebo P8/5: „*Cítím si v bezpečí a dobře.*“ případně P5/8: „*Ano, cítím se tu dobře. Chlapi jsou v pohodě a koukáme spolu na fotbal.*“ Z odpovědí je patrné, že většina pacientů je s prostředím na pokoji a oddělení spokojena, tato skutečnost je však velmi závislá na osobnosti respondenta a případných spolubydlících.

4.1.2 Kategorie 2. Ošetrovatelský proces

Schéma 2. – Kategorie 2. Ošetrovatelský proces, podkategorie – hygiena, tišení bolesti, výživa



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato kategorie se zabývá hodnocením kvality poskytované péče, která byla dále rozdělena na podkategorie hygiena, tišení bolesti a výživa. Cílem této kategorie bylo zjistit míru a kvalitu poskytované péče pacientů. Všechna získaná data jsou znázorněna ve schématu č. 2.

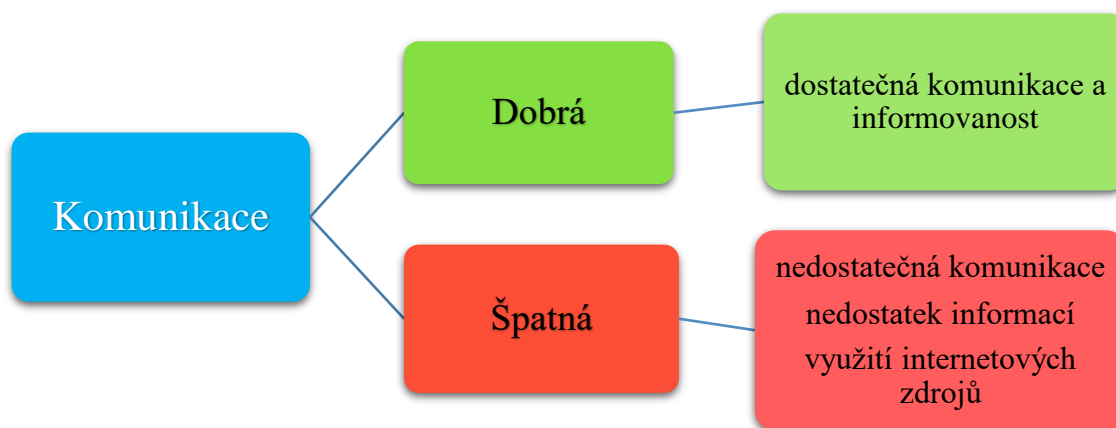
P1/7 popsal hygienu jako „... každé ráno mě umyly a ustlaly mi postel, někdy i převlékly.“, u P2/2 byla hygiena popsána pomocí „... pomohly do koupelny k umyvadlu, kde jsem se omyl.“ P4/6 udává, že: „Po operaci mi pomáhaly se základní hygienou. Často byla jejich pomoc trochu uspěchaná, ale určitě to bylo, protože bylo na oddělení hodně pacientů. Nikdy ale nic nezanedbaly a se vším mi pomohly.“ Z jednotlivých odpovědí lze vyčíst, že jednotliví respondenti se hlavně vyjadřovali k tomu, jak hygiena probíhala, ale nehodnotili většinou její kvalitu.

Tišení bolesti P1/3-4 popisuje jako: „... *samy se ptají, jestli chci něco na bolest*“ případě P1/17 „... *se i zeptala, jestli mě něco nebolí.*“ P5/10 udává, že: „... *dávaly mi injekce na bolest, když jsem potřeboval.*“ a P5/27 „*Mám si říkat o léky na bolest, aby se mi nerozjela.*“. P9/10 komentuje tišení bolesti pomocí: „*Ted' po tý operaci se snaží na moje přání ulevovat od bolesti ...*“ a P9/27 „*Mám si říkat o léky na bolest...*“ P10/24 udává, že „*Taky mi říkaly, že mi dávají nějaký prášky na to a na bolest taky, ale nevím, co to je.*“

Výživu P1/28 udává: „*Nemohl jsem asi tři dny nic jíst ani pít, stravu jsou dostával do žíly.*“ P2/2 uvedl „*Pak jsem dostal ... čaj s jogurtem, když jsem už mohl něco jíst*“ a P3/1 „... *akorát mi nechutnala nemocniční strava.*“. P6/12 popisuje výživu před operací jako „... *musím být nalačno od noci.*“. P8/6 komentuje výživu po operaci pomocí „... *podávaly mi později i stravu.*“ Respondenti stravu příliš nekomentují a pouze popisují, jak byli, resp. nebyli stravováni.

4.1.3 Kategorie 3. Komunikace – informovanost

Schéma 3. – Kategorie 3. Komunikace, podkategorie – dobrá a špatná.



Zdroj: Vlastní výzkum

V této kategorii zkoumáme komunikaci, která je rozdělena do dvou podkategorií, a to komunikace dobrá a komunikace špatná. Cílem této kategorie je zjistit, jak probíhala komunikace s pacienty ze strany sester a lékařů. Všechna získaná data jsou znázorněna ve schématu č. 3.

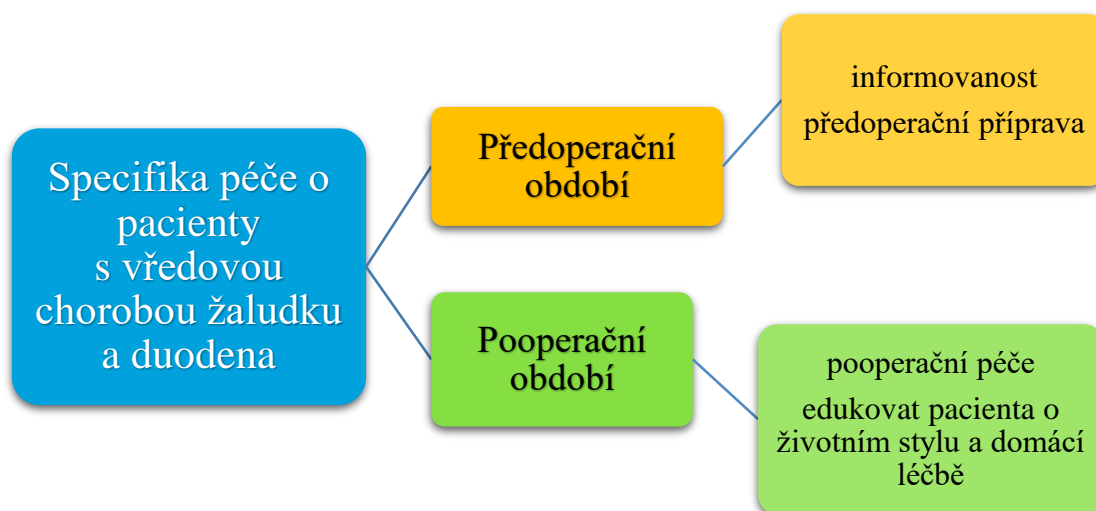
V podkategorii dobrá komunikace více respondentů odpovídalo stejnými větami například jako dobrou komunikaci uvedl P1/11: „*Ano komunikovali, všechno mi podrobně vysvětlili.*“ P2/14 uvedl: „*Po té operaci pak za mnou přišel a řekl mi, jak to probíhalo a co bude dál.*“ P3/2 také uvedl: „*Vše mi sestry vysvětlily a na všechno mi odpověděly.*“ P4/13-14 popsal komunikaci ze strany sester takto: „*Sestry na oddělení mi vždy odpověděly...*“, „*Takže s komunikací ze strany sester jsem spokojený.*“ P6/5 udává, že: „*I mi docela vysvětlují nějaký věci, co nepotřebuji vědět.*“

V druhé podkategorii špatná komunikace se respondenti shodovali s odpověďmi jako například u P4/1: „*Bohužel mi za dobu mé operace chyběla komunikace ze stran*

doktorů. “ Stejně vypověděl i P7/9, kdy hodnotil nejdříve komunikaci sester a poté lékařů: „Ano, komunikovaly skvěle, ale doktoři moc ne. Bylo na nich vidět, že nemají čas a ani moc velký zájem.“ P8/8 udává: „... musím se sama vyptávat...“ podobně odpověděli i P10/8 a P3/13 dodává: „Občas nestíhaly, tak to braly hopem...“ Někteří respondenti se obraceli i na jiný zdroj informací jako P2/10: „Ale taky jsem kouknul na internet.“ Podobnou odpověď řekl i P1/9: „Myslím, že mám a když ne, tak si je vyhledám na internetu, abych sestřičky nezatěžovat.“

4.1.4 Kategorie 4. Specifika péče o pacienty s vředovou chorobou žaludku a duodena

Schéma 4. - Kategorie 4. Specifika péče o pacienty s vředovou chorobou žaludku a duodena, podkategorie – předoperační období, pooperační období



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato kategorie je zaměřena na specifika předoperační a pooperační péče. Rozebírá zde problematiku specifické edukace pacientů před a po operaci vředů žaludku a duodena. Tato kategorie obsahuje dvě podkategorie, a to předoperační a pooperační období. Všechna získaná data jsou znázorněna ve schématu č. 4.

Z výzkumu této kategorie lze usoudit, že všem zkoumaným pacientům daly sestry podepsat informované souhlasy před operací. P4/23 uvedl: „*nejprve jsem dostal k přečtení veškeré souhlasy...*“ i tato odpověď byla shodná s odpovědí P9/22: „*Daly mi podepsat ty souhlasy.*“ Z výzkumu vyplynulo, že několik pacientů uvedlo, že jim sestry s lékaři zavedli nasogastrickou sondu před výkonem, jak uvádí P4/25: „*... co bylo pro mě nové, byla sonda, kterou jsem měl zavedenou nosem do žaludku.*“ Pacienti se o nasogastrické sondě vyjadřovali i jako o hadičce v nosu, kterou potvrdil i P6/18: „*... že ta hadička v nose bude nepříjemná.*“ Při zpracování rozhovorů bylo zjištěno, že předoperační příprava zahrnuje výkony jako P7/18: „*... jsem podepsala souhlasy, píchly mi kanylu a zavedly sondu nosem do žaludku. ... poté mi píchly premedikaci.*“ P1/26 doplňuje: „*... a taky mi oholily břicho.*“ P8/23 dodává: „*Sestry mi oholily třísla.*“ Z výzkumu také vyplynulo, že předoperační příprava obsahuje edukaci pacienta o možných komplikacích a průběhu operace. P4/17 uvádí, že: „*Doktor mi popsal podobu operace... popsal mi i možný komplikace.*“ P9/17 uvedl, že mu sestry při přípravě aplikovaly premedikaci: „*... prý nějakou premedikaci...*“ a P5/4 dodal: „*... dostal jsem premedikaci do...*“ Z toho vyplývá, že většina pacientů před operací dostali premedikaci, která byla zavedena nejspíše intramuskulárně do hýždě.

Po zpracování podkategorie pooperační období vyplynulo, že respondenti dostali informace o zdravotním stavu a průběhu operace nejčastěji až po výkonu. Toto udává i P1/12: „*O svém zdravotním stavu jsem se dozvěděl až po operaci... pak mi vysvětlil i jak probíhala operace.*“ P5/18 uvedl, že: „*... přišel a všechno mi ještě jednou vysvětlil.*“ V rámci výzkumu bylo zjištěno, že informace o možných komplikacích lékař podával až po operaci například P5/18 se dozvěděl: „*po operaci myslím, že říkal krvácení.*“ P10/17 dodal: „*... prý to bylo nějaký krvácení a zvracení.*“ Výzkum se také zabýval edukací pacientů o pokračování léčby po propuštění do domácího ošetřování. P1/30 uvedl: „*Kladly důraz na tu domácí péči a režim, co si musím nastavit.*“ Ve výzkumu většina respondentů odpovídala jednotně na otázky, co nesmí při tomto onemocnění užívat. P10/19: „*... že nesmím pít kafe a alkohol...*“ P2/20 uvádí: „*... nesmím pít alkohol a kouřit.*“ P3/25 doplňuje, že: „*... musím přestat kouřit a pít alkohol.*“ P2/23 dodává: „*... na bolest si mám brát paralen... a nesmím nic tahat těžkýho.*“ a P10/19 uvádí, že: „*... a*

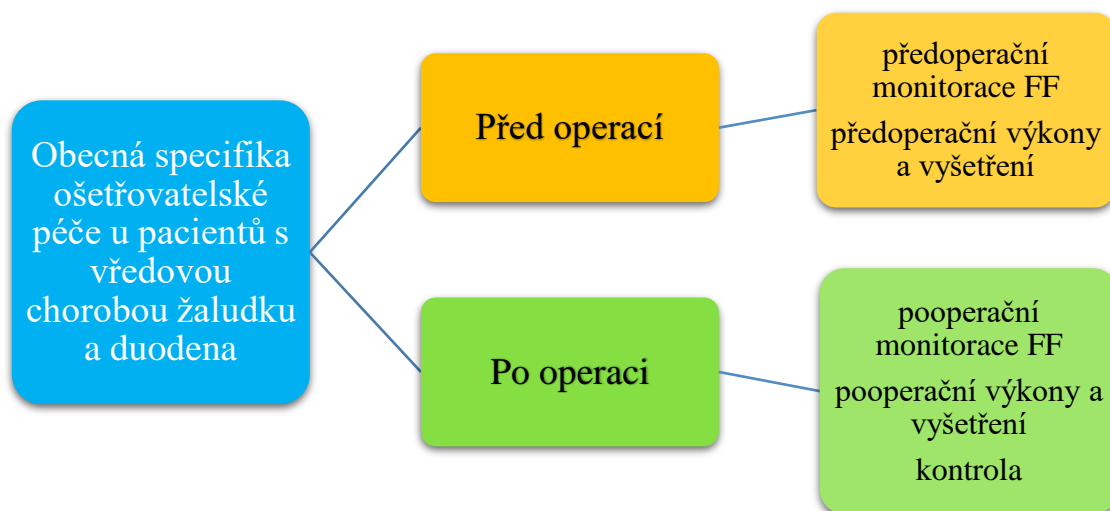
že nesmím nosit delší dobu nic těžkého.“ Sestry, také kladly velký důraz na dodržování šetřící diety, což nám v rozhovoru potvrdilo více respondentů. P2/19 uvedl: „A doma prý budu muset dodržovat dietu...“ P5/28 doplňuje: „... potom až se to dá dohromady budu muset dodržovat dietu.“ Dále se respondenti shodli, že musí chodit na pravidelné kontroly, jak uvedl P5/30: „... a budu muset chodit na kontroly.“ a P8/27: „Musím chodit na kontroly – gastrokopii.“

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

Rozhovory se sestrami byly rozděleny do 5 hlavních kategorií, které se následně rozdělily do několik podkategorií.

4.2.1 Kategorie 1. Obecná specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena

Schéma 5. – Kategorie 1. Obecná specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena, podkategorie předoperační období a pooperační období



Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče o pacienty před a po operaci vředů žaludku a duodena, která byla sestavena z rozhovorů se sestrami z příslušného oddělení.

Kategorie je rozdělena do dvou podkategorií a to „předoperační období“ a „pooperační období“. K jednotlivým podkategoriím byly zakódovány výrazy, které jednotliví respondenti nejvíce používali. Všechna získaná data jsou znázorněna ve schématu č. 5.

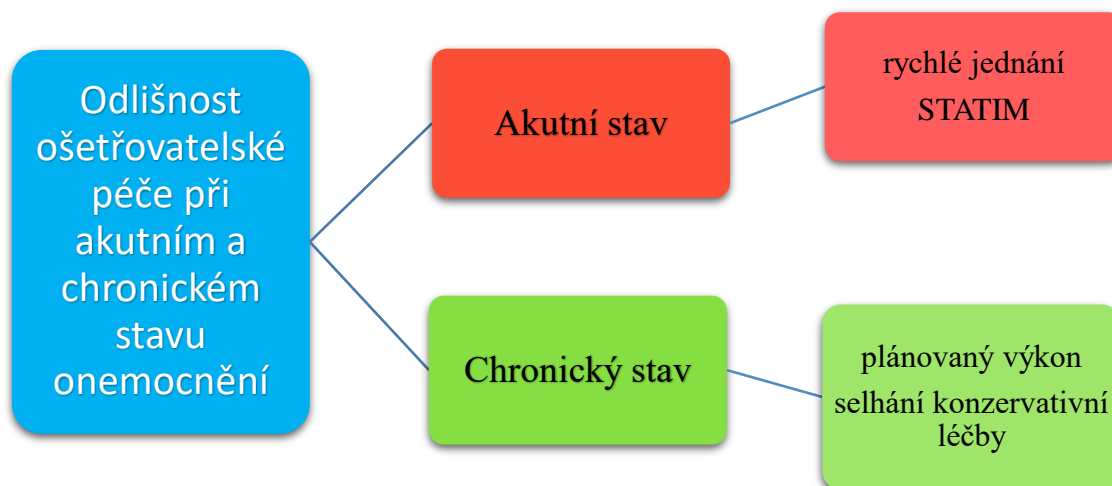
Informace získané z rozhovorů se sestrami byly následně zpracovány pomocí kódování. Většina sester se shodla, že jako první v předoperační přípravě zajistí monitoraci fyziologických funkcí, příkladem je S1/1: „*Kontrolujeme pacientovo fyziologické funkce...*“ a S4/2 užila termín: „*Monitorace pacienta...*“ S5/3 dodává: „*Napojí se na monitor a sledují se fyziologické funkce.*“ Stejně odpověděla i S6/15: „*... a jsou jim monitorovány fyziologické funkce.*“ Dále také sestry nechají pacienta podepsat informované souhlasy. S1/22 uvedla: „*Taky jsou důležité...a podepsání souhlasů.*“ na tomto se shodla i S2/2: „*...podepsání souhlasů...*“ a S10/24: „*...musíme mu podat podepsat informovaný souhlas o výkonu.*“ Sestry se také shodovaly, že při akutním případě musí jednat rychle jak uvedly S1/3: „*Snažíme se jednat rychle, aby moc netrpěl.*“ a S8/2: „*... snažíme se jednat rychle, abychom předešly různější operaci...*“ Předoperační příprava dle sester zahrnuje, jak například uvádí S1/19: „*Musí lačnit alespoň 12 hodin před...*“, S3/13: „*... lačnění pacienta...*“, S10/24: „*... pacienti musí lačnit...*“ a S9/15 dodává: „*Musí lačnit co nejdříve...*“ Dalším výkonem je dle S2/2: „*podání...kontinuálního Controlocu...*“, S5/20: „*... podá se kontinuálně Controloc.*“ a shoduje se s tím i S10/3: „*Ještě před tím pacienti dostávají Controloc a Dycinone.*“ Dále bylo zjištěno, že je důležitá i příprava operačního pole, jak udává S3/14: „*... příprava operačního pole – oholení místa...*“, dle S5/17: „*Připraví se operační pole – oholí se...*“ na těchto odpovědích se shodly skoro všechny sestry. Z výzkumu vyplynulo, že dalším předoperačním výkonem je dle S7/25 důležité: „*... také zajištění žilního vstupu.*“ a S5/20: „*... zavede se kanyla...*“ na tyto odpovědi navazuje S9/17: „*Připravíme STATIM náběry...*“ a S3/1: „*Uděláme u něj interní předoperační vyšetření (krevní obraz, hemokoagulace, biochemické vyšetření, krevní skupiny).*“ Dle S3/14 s tím souvisí i: „*... deponace krve...*“ S5/20 uvádí: „*... deponují se krve...*“ na tomto úkonu se shodlo více sester. Dalším předoperačním výkonem je dle S1/21: „*Taky jsou důležité bandáže končetin...*“ S4/10 doplňuje že: „*TEN prevence jsou automatické...*“. Z výzkumu vyplynulo, že v předoperační přípravě se provádí, jak uvádí S4/1: „*Tak to je zavedení*

NSG...“ S6/14 doplňuje: „*Někdy i zavádíme nasogastrickou sondu, ale většinou ji zavedou až na sále.*“ Dle výzkumu je důležité podání premedikace před výkonem, jak udávají S10/23: „*Podáme premedikaci...*“ a S4/10: „*To se podá premedikace, co nám určí ARO...*“. Z výzkumu vyplynulo, že nezbytným vyšetřením v předoperační přípravě je gastroskopie a rentgen břicha. To potvrdila i S5/1: „*Když k nám přijde akutní pacient, tak se mu udělá rentgen břicha, někdy i gastroskopie.*“ a S7/6: „*... taky chtějí doktoři rentgen břicha a gastroskopii.*“

Z výzkumu vyplynulo, že prvním provedením pacienta po převezení ze sálu na JIP je napojení pacienta na monitor, který měří fyziologické funkce. Potvrzuje to i S4/27: „*Mezi tím ho napojíme na monitor, který sleduje tlak, pulz a saturaci kyslíkem.*“ a S7/35: „*Jako první ho napojíme na monitor, který nám měří po půl hodině tlak, saturaci, pulz...*“ Sestry se také shodovaly v odpovědích, co vše se po operaci kontroluje. Shodné odpovědi měly S1/31, 32: „*Kontrolujeme bolest, krvácení a zvracení... Sledujeme taky odvod odpadu ze žaludku ve sběrném sáčku z nasogastrické sondy.*“ i S8/32: „*Kontrolujeme bolest, ... a zvracení.*“ a S9/29: „*Sledujeme rány, sondu a drény.*“ S10/31 dodává: „*Zeptám se ho na bolesti a zkontroluji odvod drénů, krytí rány, odvod nasogastrické sondy a taky odvod moče z permanentního katétru, který mu zavedou na sále.*“ S3/29 uvádí: „*Provádějí se kontroly krevních odběrů (biochemie, krevní obraz a koagulace).*“ Dle S3/25: „*Podáme jim infuze a krve*“ a S8/36 dodává: „*Podáme jim infuze, transfuze krve, můžeme podat i kyslík...*“ Z výzkumu vyplývá, že se všechny výkony a hodnoty musí zapisovat do pacientovy dokumentace, jak potvrzuje S10/29: „*Pak se všechno sleduje po půl hodině a zapisuje se to do pacientovo dokumentace.*“ S5/31 doplňuje: „*... zaznamenávat hodnoty do dokumentace.*“ a S3/30 doplňuje: „*Napojit na monitor, sledovat FF a zapisovat je...*“

4.2.2 Kategorie 2. Odlišnost ošetrovatelské péče při akutním a chronickém stavu onemocnění

Schéma 6. – Kategorie 2. Odlišnost ošetrovatelské péče při akutním a chronickém stavu onemocnění, podkategorie akutní stav, chronický stav



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato kategorie je zaměřena na odlišnost ošetrovatelské péče při akutním a chronickém stavu onemocnění. Ta byla zpracována z poskytnutých rozhovorů se sestrami příslušného oddělení. Dále je rozdělena do dvou podkategorií, a to na akutní stav a chronický stav. K jednotlivým podkategoriím byly zakódovány výrazy, které jednotliví respondenti nejvíce používali. Všechna získaná data jsou znázorněna ve schématu č. 6.

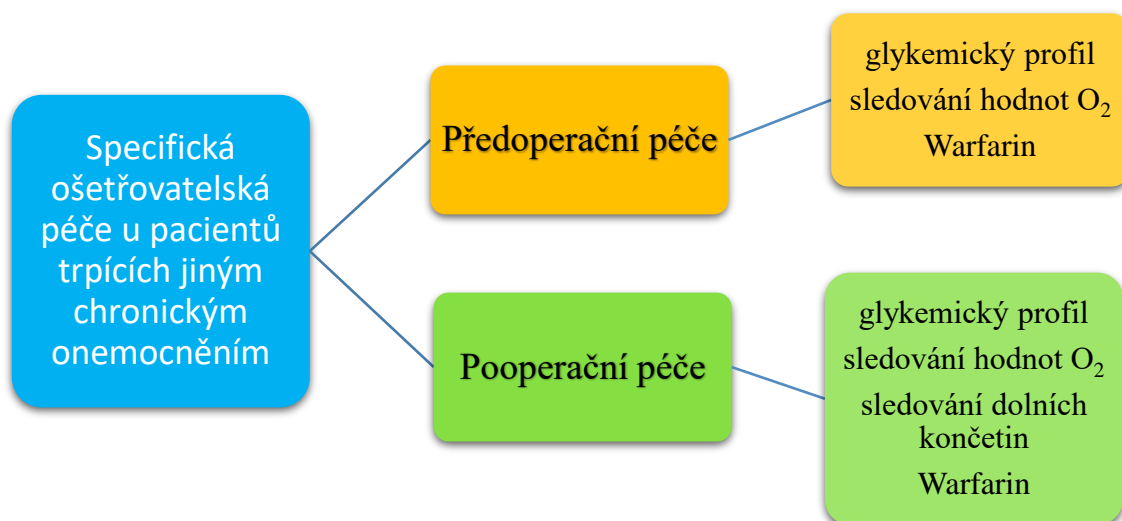
Z výzkumu vyplynulo, že více sester odpovědělo jednotně na otázku, zdali je rozdíl mezi akutní formou nebo chronickou formou. Takto odpověděla například S1/6,7: „*U akutního pacienta jednáme rychle, ... tak aby nám nevykrvácel.*“, S3/6,7: „*... není tolik času... hrozí zde vykrvácení a nedošlo k sepsi organismu.*“ Dle S1/9 je důležité: „*... pacienta stabilizujeme alespoň do stavu, kdy není přímo ohrožen na životě...*“ toto potvrzuje i S8/8: „*... je to život ohrožující stav...*“ a dle S5/11: „*Proto je to pro pacienta více ohrožující.*“

Dle S1/7: „zavedeme permanentní žilní katétr a nasogastrickou sondu...“ S8/6: „... zavede se permanentní žilní katétr a nasogastrická sonda...“ Z výzkumu bylo zjištěno, že S1/7,8: „Rychle odebereme krev na vyšetření... a deponujeme narychlo krve abychom je doplnily.“ a S8/7: „STATIM se odebere krev na vyšetření... a deponujeme narychlo krve, abychom krevní ztráty doplnily.“ a S9/7: „Objedná se krev, STATIM náběry...“ Bylo zjištěno, že S1/10: „uděláme gastroskopii a lékař krvácení zastaví.“ S8/9 doplňuje: „... tak se mu provede gastroskopie a lékař krvácení zastaví.“

Z výzkumu vyplývá, že u chronické formy je většinou operační výkon plánovaný. Dle S2/9: „Chronické – klasická plánovaná operace...“ a dle S3/9: „U chronických je výkon plánovaný...“ Dle S1/12: „U chronických je to většinou plánovaný, když se to nedaří léčit konzervativně...“ Dle výzkumu se výkon provádí, když jak uvádí S1/13: „... anebo to přechází do malignity.“ a S3/9: „... udělá klasické předoperační vyšetření.“ a S9/10 dodává: „Proto se jim udělá klasická předoperační vyšetření...“ S2/9: „... vyšetření, gastroskopie a rentgen břicha.“ a toto potvrdila i S3/10. S8/14 dodala: „... a stanoví se termín operace.“

4.2.3 Kategorie 3. Specifická ošetrovatelská péče u pacientů trpících jiným chronickým onemocněním

Schéma 7. – Kategorie 3. Specifická ošetrovatelská péče u pacientů trpících jiným chronickým onemocněním, podkategorie předoperační péče, pooperační péče



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato kategorie se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u pacientů trpících jiným chronickým onemocněním. Kategorie se rozděluje do dvou podkategorií, a to na předoperační péči a pooperační péči. K jednotlivým podkategoriím byly zakódovány výrazy, které jednotliví respondenti nejvíce používali. Všechna získaná data jsou znázorněna ve schématu č. 7.

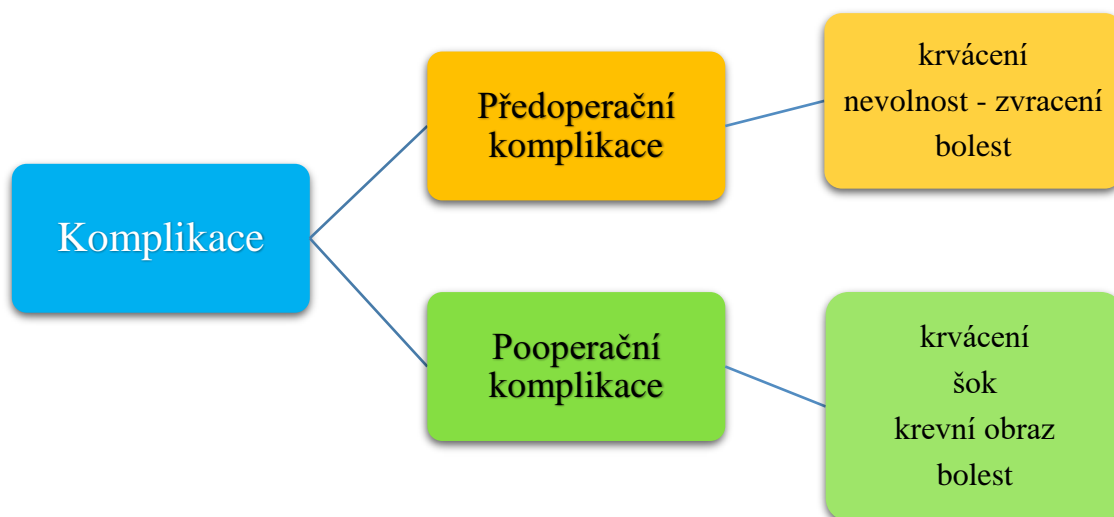
Z výzkumu této kategorie vyplývá, že všechny zkoumané sestry odpověděly, že u pacientů trpících diabetem mellitem se přechází z PAD (perorální antidiabetika) na s. c. (subkutánní aplikace) aplikaci inzulínu. Jak uvádí například S4/8: „... přechází se z perorálních antidiabetik na inzulín s. c.“, S7/18: „... že se přechází z perorálních antidiabetik na s. c. podávání inzulínu.“ a S4/7 dodává: „U diabetiků musíme měřit glykémii...“ U pacientů s onemocněním CHOPN (chronická obstrukční plicní nemoc) se

sestry shodly, že se provádí kontrolní spirometrie, měří se saturace a podává se kyslík. Jak uvádí S1/17: „... tak se jim udělá kontrolní spirometrie.“, S5/15 dodává: „CHOPN lidi se sledují kvůli saturaci, a kdyžtak se jim podá kyslík.“ S9/13 dále uvádí, že: „Vysazuje se Warfarin, nebo se musí zjistit u akutního příjmu, jestli ho pacient užívá.“

V pooperačním období se dle S1/40: „Diabetikům kontrolujeme glykémii...“ a S5/37 dodává: „... a sleduje se glykemický profil.“ výpověď S1/40 se shoduje i s výpovědí S9/32: „... a to hojené je jen delší.“ U pacientů s CHOPN vyplynulo, že dle S6/29: „U CHOPN pacientů se sleduje saturace kyslíkem a kdyžtak jim ho podáme podle saturace.“ S2/29 dodává: „... podávání kyslíku, zvýšená poloha hlavy, inhalace.“ Z výzkumu vyplývá, že jak uvedla S4/4: „ICHDK se sleduje prokrvení končetin a jejich hybnost.“ s tím souhlasí i S9/33: „... kontrolujeme hybnost a prokrvení dolních končetin.“ a S2/30 dodává: „... prevence tromboembolické nemoci.“ Jak uvádí S3/38 a S10/50: „U kardiaků sledujeme tlak, pulz a hodnoty krevního obrazu.“

4.2.4 Kategorie 4. Komplikace

Schéma 8. – Kategorie 4. Komplikace, podkategorie předoperační komplikace, pooperační komplikace



Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie 4. se zabývá komplikacemi, a skládá se ze dvou podkategorií předoperační komplikace a pooperační komplikace. K jednotlivým podkategoriím byly zakódovány výrazy, které jednotliví respondenti nejvíce používali. Všechna získaná data jsou znázorněna ve schématu č. 8.

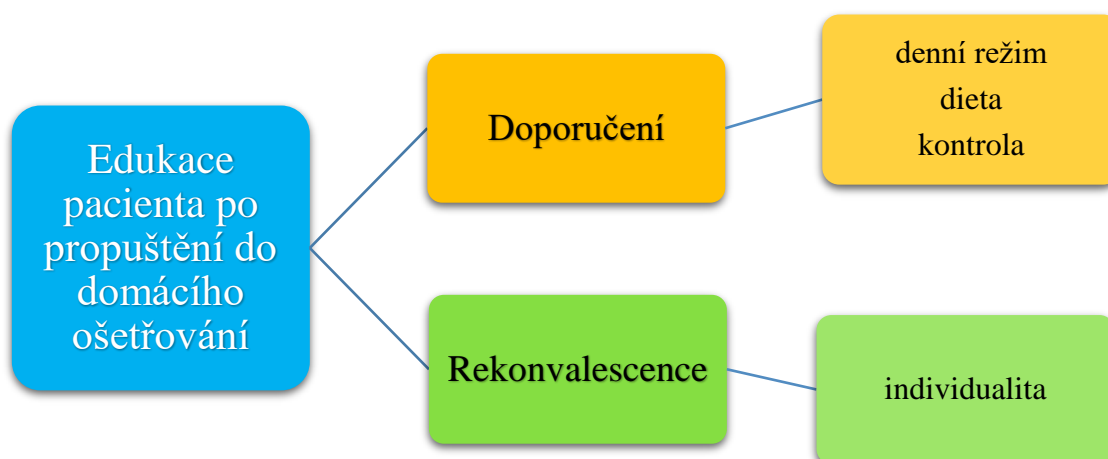
V podkategorii předoperační komplikace více respondentů odpovídalo stejnými větami například jako krvácení, zvracení a bolest uvedla S8/29: „*Hodně častý je krvácení, nevolnost až zvracení, musíme sledovat i bolest...*“, S10/27 dodala: „*Nejčastější je zvracení a krvácení, může se vyskytnout i dušnost.*“ a S3/18 vyjmenovala: „*Krvácení, nevolnost, zvracení, bolest.*“ S1/30 dodala: „*... a taky sledovat odvod obsahu ze sondy kvůli krvi.*“ S6/19 dodala: „*Pokud vím, tak velké krevní ztráty, zauzlování střev a jejich neprůchodnost, zvracení.*“ Výpovědi zvracení se také objevovalo u více respondentů, jako je například odpověď S5/26: „*Setkala jsem se s krvácením, vlastně se zvracením*

krve.“ Další akutní komplikaci dodala S3/23: „*Perforace – vylití obsahu do dutiny břišní, což vede k celkové sepsi organismu.*“ S4/18 uvedla: „... může nastat i šok (hlavně u pacientů, kteří to mají náhle a o vředech nevěděli).“ s touto odpovědí se shodovala i S7/34.

V podkategorii pooperační komplikace se objevovaly odpovědi jako krvácení z rány, sondy a do žaludku. To potvrdila i S2/23: „*Krvácení – zvracení krve, meléna, z operační rány, do sondy.*“, S4/31: „*Krvácení z drénů, krytí, do žaludku, které se odsává pak skrz tu nasogastrickou sondu.*“ a S9/30: „*Krvácení z operační rány, sondy...*“ Dle S10/38: „*Při tom musíme sledovat i výsledky krevního vyšetření, aby ty hodnoty byly dobré.*“ tuto odpověď uvedla i S4/34. Dále vyplynulo, že je častou komplikací zvracené a nevolnost, jak uvedla S7/33: „... je to nevolnost až zvracení...“ a S3/32: „*Zvracení nebo jen nevolnost po narkóze.*“ Více sester se shodovalo, že je pooperační komplikací i neprůchodnost sondy, jak uvádí S6/27: „... neprůchodnost sondy (ta se řeší proplachováním sondy)“. Z výzkumu vyplynulo, že je důležité sledovat pacientovu bolest a šok, jak uvedla S2/25, S4/32 a S7/33: „... hodně velká bolest a psychický šok.“

4.2.5 Kategorie 5. Edukace pacienta po propuštění do domácího ošetřování

Schéma 9. – Kategorie 9. Edukace pacienta po propuštění do domácího ošetřování, podkategorie doporučení, rekonvalescence



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato kategorie je zaměřena na edukaci pacientů při propuštění do domácího ošetřování. Ta byla zpracována z poskytnutých rozhovorů se sestrami příslušného oddělení. Dále je rozdělena do dvou podkategorií, a to na doporučení a rekonvalescence. K jednotlivým podkategoriím byly zakódovány výrazy, které jednotliví respondenti nejvíce používali. Všechna získaná data jsou znázorněna ve schématu č. 5.

Z výzkumu vyplynulo, několik hlavních doporučení pro pacienty s vředy při propuštění do domácího ošetření. Dle S1/4: „Aby si nastavili nějaký režim, dodržovali dietu, vyvarovali se stresu, ...; ... nepili kávu a alkoholy a aby hodně spali. Aby ještě pár dní měli klid na lůžku a nezvedali nic těžkého.“ S těmito doporučeními souhlasí i S6/33: „Většinou jim doporučujeme zdravý životní styl a šetrící dietu.; ... vyhýbat se stresu, nepít alkohol a v malé míře i kávu.“ S7/55 dodává: „... zakáže pít alkohol a kávu.; ... měli by

vysadit kouření.“ S5/39 doplňuje: „Taky mu doporučíme, aby chodil na kontroly na gastrokopii...“

Většina sester se dle výzkumu shodla v jednotné odpovědi jako S3/42: „Ten čas rekonvalescence trvá podle individuálního stavu pacienta, ...“ a S7/59 dodává: „Všechno záleží na individualitě pacienta.“ a S10/ uvedla: „Taky je to dost individuální.“ Také se shodovaly, že S5/42: „V nemocnici jsou přibližně deset až čtrnáct dní a doma to trvá tak do půl roku.“, S6/39 dodává: „V nemocnici bývají tak patnáct dní maximálně a doma to trvá klidně i několik měsíců.“ a S8/47 doplňuje: „V nemocnici jsou tak dva týdny a doma se pak doléčí myslím do tří až pěti měsíců.“, S9/38 doplňuje: „Většinou jdou domů tak po deseti dnech. Doma je to pak individuální. Je to kolem tří až šesti měsíců.“

5 Diskuse

Vředová choroba žaludku a duodena je velmi rozšířenou chorobou, jak v České republice, tak i v zahraničí. Dle Dobiáše (2012) postihuje tato choroba 1 až 2 lidi na 1000 obyvatel a za celý život postihne přibližně 10 % obyvatel, a proto je důležité se výzkumem této nemoci a správných ošetrovatelských postupů zabývat. Na vzniku vředové choroby se podílí několik vlivů, jako je stres, životní samospráva, přítomnost bakterie *Helicobacter pylori* a chronická medikace. Vředová choroba vzniká v důsledku porušení rovnováhy mezi agresivními a ochrannými mechanismy. V současné době se hlavně přistupuje k neinvazivním způsobům léčby jako je změna životního stylu (šetřící dieta, vyřazení alkohol a kouření, změna medikace) a předepsání blokátorů protonových pump. Pokud není konzervativní léčba účinná nebo nastanou komplikace, pak se přistupuje k chirurgickému zákroku, který je čím dál tím častěji prováděn laparoskopicky (Leusink et al., 2018).

V rámci výzkumu bylo provedeno několik rozhovorů se sestrami z chirurgického a gastroenterologického oddělení a pacienty v pooperačním období. Cílem tohoto výzkumu bylo zmapovat specifika předoperační a pooperační ošetrovatelské péče vředové choroby a zjistit míru spokojenosti pacientů v pooperačním období. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že předoperační ošetrovatelská péče zahrnuje zavedení nasogastrické sondy, jak potvrzují pacienti P4: „*Jediné, co bylo pro mě nové byla sonda, kterou jsem měl zavedenou nosem do žaludku.*“, tak i sestry S3: „*Zavedeme nasogastrickou sondu kvůli odvodům ze žaludku.*“. Pacienti tento zákrok popisují jako bolestivý a nepříjemný. Nelze ho však vynechat z důvodu odvodu odpadu a kontroly sběrného sáčku. V průběhu hospitalizace je také nutné sledovat míru bolesti, kterou je nutné pravidelně kontrolovat a zapisovat do dokumentace s ostatními sledovanými hodnotami. Míra bolesti může totiž indikovat komplikace a tím zhoršující se stav pacienta. Kontrolu bolesti udává jak pacient P1: „*..., ale sestra se mě často ptala na bolest.*“, tak i sestra S10: „*Zeptám se ho na bolesti, ... pak se všechno sleduje po půlhodině a zapisuje se to do pacientovo dokumentace.*“, která zároveň zmiňuje i zapisování hodnot do dokumentace. Z jednotlivých odpovědí, lze usoudit, že ošetrovatelský personál chodí pravidelně kontrolovat míru bolesti, nepodceňuje ji a snaží

se pacientovi, co nejvíce pomoci s jejím zvládnutím. Léky jsou pak podávány dle ordinace lékaře.

Dalším zákrokem, který se v předoperačním období provádí je zavedení permanentního žilního katetru a deponace krve. S4 uvádí: „... *zajistí se žilní vstup nejlépe s růžovou nebo zelenou kanylou (silnější průtok)*“. Tento proces popisuje i pacient P1: „... *a dali mi kanylu...*“. V případě předoperační péče je také nezbytná monitorace fyziologických funkcí, kterou uvádí např. sestra S7: „*Před operací se většinou pacienti napojí na monitor, abychom sledovaly jeho fyziologické funkce*“. O monitoraci fyziologických funkcí se však nezmiňují pacienti. Nejpravděpodobnějším důvodem k tomuto pozorování je fakt, že se jedná o neinvazivní metodu a je tedy nebolestivá v porovnání se zavedením permanentního žilního katetru nebo nasogastrické sondy. Zavedení nasogastrické sondy a permanentního žilního katetru v rámci předoperačního vyšetření popisuje i Čoupková et. al. (2019), která ještě doplňuje přípravu sterilního stolku se všemi nástroji pro výkon. Zajímavostí je, že někteří respondenti z řad sester uvádí, že zavedení nasogastrické sondy probíhá až na sále, například S5: „*Nasogastrická sonda se zavede buď u nás nebo to udělají až na sále*“, toto potvrzuje i P2: „... *a až na sále zandaly přes nos tu sondu*“. Důvod této skutečnosti však žádná ze sester neuvádí.

Další částí předoperační péče je podpis informovaných souhlasů. O této části se zmiňují jak pacienti P4: „*Nejprve jsem dostal k přečtení veškeré souhlasy, které jsem docela podrobně přečetl*“, tak i sestry S6: „*Nezbytné jsou podepsané souhlasy pacienta s výkonem*“. Tyto souhlasy jsou nezbytnou součástí předoperační péče a dovolují pacientům se seznámit s postupem, riziky a možnými komplikacemi, které mohou při operaci nastat. Dále umožňují pacientům se na dodatečné informace zeptat před podstoupením operace. Někteří pacienti jako např. P5: „*Dali mi podepsat souhlas s operací, ale nečetl jsem to. Neměl jsem v tu chvíli na to náladu*.“ však uvádí, že souhlasy sice podepsali, ale příliš je nečetli. Toto pozorování lze nejspíše vysvětlit tím, že většina pacientů lékařům a sestřám věří a také, že jsou pacienti často přijímáni v akutním stavu s bolestmi, a proto nezbyvá dostatek času na podrobné přečtení.

Pacientům je také v rámci předoperační péče podáván kontinuálně Controloc (blokátor protonové pumpy), který snižuje množství produkované kyseliny v žaludku. Tento zákrok popisují sestry jako například S7: „*Pak se mu přes dávkovací pumpu dá lék Controloc...*“. Pacienti se o něm nezmiňují, nejspíše protože je zaváděn do žilního katetru. Dalším nezbytným krokem v předoperační péči je aplikace premedikace, která je předepsána anesteziologem a podána po zavolání ze sálu. Toto popisují jak pacienti např. P7: „*... a poté mi píchli injekci, po které jsem se cítila uvolněnější.*“, tak i sestry pomocí S4: „*... se podá premedikace, co nám určí ARO...*“.

Dalším zákrokem, který se před operací provádí je také rentgen a gastroscopie, který popisuje S9: „*Také se udělá rentgen žaludku, aby se zjistilo, co se vůbec děje, protože přijdou jenom s bolestí břicha – náhlá příhoda břišní a někdy i gastroscopie.*“. Cílem tohoto vyšetření je zjištění místa a rozsahu vředové choroby a v případě gastroscopie i залéčení peptických vředů. V rámci předoperační péče se také provádí příprava operačního pole, o které se zmiňují jak sestry S5: „*Připraví se operační pole – oholí se...*“, tak i pacienti P8: „*Sestry mi vyholily třísla a trochu podbříšek.*“.

Před operací je také důležité lačnění, které zabraňuje pozdějšímu zvracení a zlepšuje orientaci v místě vředu. Sestra S1 udává: „*Musí lačnit alespoň 12 hodin před výkonem.*“. Tyto tvrzení se shodují s Holubovou et. al. (2013), která udává, že by doba lačnění měla být alespoň 12 hodin před výkonem. V případě, kdy se jedná o akutní případ, pak se od lačnění ustupuje a pacient je operován ihned po nezbytné předoperační přípravě. Před operací také dochází k zabandážování dolních končetin jako prevence tromboembolické nemoci. Tento zákrok udává většina sester jako např. S7: „*Taky je tam důležité provést bandáž nohou kvůli prevenci tromboembolické nemoci.*“.

Velmi důležitým krokem v předoperační péči je také edukace pacienta a s ním spojená komunikace. Obecně pacienti udávají, že komunikace ze strany sester byla na dobré úrovni např. P1: „*Ano komunikovaly, všechno mi podrobně vysvětlily.*“. Někteří respondenti však uvádějí, že sestry nekomunikovaly dostatečně, jako P8: „*Mohlo by to být lepší, musím se někdy sama vyptávat.*“. Dalším problematickým bodem, na který pacienti poukazují je, že byli informováni až po zákroku. Toto uvádí P10: „*Postup*

operace jsem neslyšela a ani ty komplikace. Ty mi pak řekli až na tý JIPce...“ nebo, že jim přišlo, že komunikace s nimi nebyla dostatečně osobní P4: *„Trochu mi vadí, že se tam pacient občas cítí jako sériově opravovaná věc v továrně.“* Dalším problémem, který v komunikaci vznikl, byl problém, kdy pacient nechtěl personál s otázkami obtěžovat, i když komunikaci sám hodnotí jako dobrou. P1 pak udává: *„Myslím, že mám, a když ne, tak si je vyhledám na internetu, abych sestřičky nezatěžoval.“* Tento způsob získávání informací má však svá úskalí, kdy pacient může získat informace neúplné, zastaralé či dokonce lživé. Z rozhovorů také vyplynulo, že problém komunikace je vždy závislý na konkrétní sestře či lékaři, a tedy to není obecný problém předoperační péče.

V rámci pooperační péče jsou pak pacienti edukováni o nutnosti dodržování režimových opatření, které správně uvádí většina sester např. S1: *„Aby si nastavili nějaký režim, dodržovali dietu, vyvarovali se stresu, cvičili pravidelně, nepili kafe a alkohol, a aby hodně spali.“* a někteří pacienti jako P6: *„...doma pak dodržovat nějakou tu dietu a vyvarovat se stresu, ale což pak to jde... myslím, že moc ne. ... No a ještě, že nesmím pít kafe a pivo...“*. Mezi režimová opatření patří šetřící dieta, vynechání pití alkoholu, kávy a kouření a vyhýbání se stresu a nadměrné aktivity. Z výzkumu je patrné, že pacienti jsou správně sestrami informováni a doporučení sester se shodují s Češkou et. al. (2015), který však doplňuje, že režimová opatření jsou specifická pro každého jednotlivého pacienta. Dále dodává, že je důležité, aby pacienti tyto doporučení dodržovali, jinak nelze úplného vyléčení nikdy dosáhnout. Dále některé sestry komentují délku hospitalizace na cca 14 dní a délku rekonvalescence na několik měsíců jako např. S7: *„V nemocnici bývají cca 14 dní, ale je to dle stavu pacienta. Doma se pak doléčí, a to může trvat klidně i měsíce. Všechno závisí na individualitě pacienta.“* Délka hospitalizace se pak přibližně shoduje s Leusink et al. (2018), který udává průměrnou délku hospitalizace 7 nebo 9 dní v závislosti od druhu operace.

Z výzkumu také vyplynulo, že jsou si sestry vědomy specifík předoperační i pooperační ošetrovatelské péče u pacientů s přidruženými chorobami. Například P4 udává: *„Také mě upozornil, že kvůli té mutaci budu muset užívat větší množství léků na ředění krve. Užíval jsem Warfarin, ...“*. Způsob předoperační péče u diabetika komentuje S5 pomocí: *„U*

diabetiků se zaměřujeme na glykemický profil. Přechází se z perorálních antidiabetik na kontinuální inzulin a potom s. c. inzulin.“. V případě pooperační péče S6 udává, že: *„Diabetici jsou stále z PAD na kontinuálním inzulinu a poté na s. c. Sledujeme glykémii a zapisujeme si jí, protože jsou vyživováni parenterálně.*“. Způsob ošetrovatelské péče se v tomto případě shoduje s Blažkem et. al. (2012), který udává, že se v rámci ošetrovatelské péče u diabetiků podává 500 ml 5 % Glukózy s inzulinem dle indikace lékaře. V případě CHOPN specifiku péče S5 komentuje následovně: *„CHOPN lidi se sledují kvůli saturaci, a kdyžtak se jim podá kyslík.*“

Z výzkumu dále vyplynulo, že sestry jsou si vědomy možných komplikací, jako je krvácení, nevolnost nebo zvracení a ví, jak případné komplikace identifikovat. Sestra S1 uvádí: *„Hodně častý je krvácení, nevolnost, až zvracení, musíme sledovat i bolest a něčím ji tlumit a taky sledovat odvod obsahu ze sondy kvůli krvi.*“ Dále bylo zjištěno, že sestry mají dostatečné znalosti, jak komplikace rozpoznat i v pooperačním období a tím, co nejrychleji zasáhnout v případě jejich objevení. Tuto skutečnost demonstruje S7: *„Myslím, že je to nevolnost až zvracení, psychický šok, někdy ani neví, že nebyli operováni, a krvácení. Krvácení může být jak z rány, tak i ze žaludku, které se objeví ve sběrném sáčku.*“ Komplikace, které sestry uvedly, se shodují s komplikacemi, které se nejběžněji objevují s vředovou chorobou, a které byly uvedeny v teoretické části (Čoupková a Slezáková, 2012). Z tohoto důvodu lze usoudit, že pokud by některá z komplikací nastala, jsou sestry schopné tuto komplikaci rozeznat a včas provést nezbytné úkony. Dále lze rozhovorů s pacienty lze usoudit, že i pacienti jsou o komplikacích informováni např. P3 udává: *„Vysvětlili mi, že po operaci můžu krvácet a zvracet, že o tom mám ihned informovat sestru.*“, a proto by při případné komplikaci rychle upozornili sestru např. při zpozorování krve ve sběrném sáčku, a tím předešli možnému zhoršení stavu.

V rámci výzkumu předoperační péče bylo také zkoumáno, zdali existují rozdíly mezi specifiky péče u akutních a chronických pacientů. S7 u akutních pacientů udává: *„Tak u těch akutních je rozhodující čas, protože nevíme, jak moc to krvácí nebo jestli neprasknul ten vřed a nedošlo k sepsi organismu kvůli vylití obsahu žaludku mimo něj.*“ S9 pak

u chronických pacientů komentuje: „*U chronických je to většinou plánovaný, když se to nedaří léčit konzervativně anebo to přechází do malignity. To se jim udělá klasická předoperační vyšetření a gastroskopie.*“ a S5 shrnuje: „*V obou případech se musí jednat rychle.*“. Sestry se tedy shodují, že seznam předoperačních vyšetření u akutních pacientů je téměř stejný (neprovádí se však autotransfuze nebo lačnění), jako v případě chronických, ale že je nutné hlavně jednat co nejrychleji, protože není známa vážnost a rozsah komplikací.

Celý výzkum pak shrnuje míra spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí, kde se pacienti téměř ve všech případech shodují s tím, že péče byla na dobré úrovni. Např. P8 spokojenost komentuje: „*Sestry byly profesionální, vstřícné a chápavé, vždycky mě o všem informují a vysvětlují mi všechno.*“ Největší výtky pak směřují hlavně ke kvalitě komunikace ze strany sester, a hlavně lékařů P4: „*S péčí nemocničního personálu jsem celkově spokojen. Bohužel mi za dobu mé operace chyběla komunikace ze stran doktorů.*“ nebo P8: „*Jediné, co mi vadilo, bylo některé chování sester. Občas na mě moc chvátaly, byly nepříjemné, myslím, že by se to dalo změnit třeba volně, aby si odpočinuly.*“. Z výzkumu je tedy patrné, že je péče ve zdravotnickém zařízení, kde výzkum probíhal, na velice vysoké úrovni a většina pacientů je s ní spokojená.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá tématem ošetrovatelské péče o pacienty s vředovou chorobou žaludku a duodena po operaci. V teoretické části je nejdříve rozebrána anatomie a fyziologie žaludku a duodena. Následuje pak definice, příčiny a příznaky vředové choroby. V dalších kapitolách jsou pak rozebrány diagnostika, komplikace a léčba vředů, a to jak konzervativní, tak i chirurgická. Teoretickou část pak zakončuje ošetrovatelský proces a ošetrovatelská péče o tyto pacienty před a po operaci. V praktické části je pak proveden kvalitativní výzkum pomocí hloubkových polostrukturovaných rozhovorů s metodou kódování a vyložení karet. Rozhovory jsou prováděny s deseti sestrami na chirurgickém a gastroenterologickém oddělení a s deseti pacienty v pooperačním období.

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena v předoperačním a pooperačním období. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že sestry znají specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena, jsou si vědomy možných komplikací a ví, jak ošetřovat pacienty s přidruženou chorobou. Sestry také znají specifika domácí péče a ví, jak správně pacienty edukovat.

Dalším cílem bylo zmapovat spokojenost pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena v rámci hospitalizace po operaci. Většina pacientů udává, že jsou s ošetrovatelskou péčí spokojeni, a že byla na velice vysoké úrovni. Z popisu ošetrovatelské péče, která jim byla poskytnuta, lze usoudit, že péče je poskytována dle ošetrovatelských standardů. Někteří pacienti ale poukazují na nedostatky v komunikaci, kdy jsou jim předány nekompletní informace nebo jsou tyto informace sděleny až po operaci.

Možným pokračováním tohoto výzkumu by mohl být kvantitativní výzkum v oblasti četnosti výskytu vředové choroby v České republice, poměru mezi konzervativní a chirurgickou léčbou a znalostí sester v oblasti spojené s léčbou a péčí o pacienty s vředovou chorobou žaludku a duodena.

Seznam literatury

1. BÁTOVSKÝ, M., 2010. Gastroprotekcía při dlhodobom užívání nesteroidních antirevmatik, resp. nízkých dávků kyseliny acetylsalicylovej. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie* [online]. 64(3), 18-23 [cit. 2021-02-21]. ISSN 1213-323X. Dostupné z: <https://www.csgh.info/cs/clanek/gastroprotekcía-pri-dlhodobom-uzivani-nesteroidnych-antirevmatik-resp-nizkych-davok-kyseliny-acetylosalicylovej-448>
2. BLAŽEK, M., HAVEL, E., BĚLOBRÁDKOVÁ, E., 2012. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. *Interní medicína pro praxi* [online]. 11(14), 422-428 [cit. 2021-03-15]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/11/06.pdf>
3. BROWN, D., EDWARDS, H., 2011. *Lewis's Medical Surgical Nursing*. 3rd. Australia: Mosby. ISBN 9780729541237.
4. ČERNOCH, J. et al., 2012. *Prekancerózy v trávicím traktu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3500-9.
5. ČEŠKA, R., ŠTULC, T., TESAŘ, V., LUKÁŠ, M., 2015. *Interna*. 2. aktualizované vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-885-6.
6. ČIHÁK, R., 2013. *ANATOMIE 2*. 3. vyd., upravené a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.
7. ČOUPKOVÁ, H. et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2900-8.
8. ČOUPKOVÁ, H., SLEZÁKOVÁ, L., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3602-0.

9. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., VRABELOVÁ, L., LIDICKÁ, L., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0717-9.
10. DÍTĚ, P., KROUPA, R., NOVOTNÝ, I., JELÍŠKOVÁ, M., 2012. Blokátory protonové pumpy v terapii peptických lézí. *Medicína pro praxi* [online]. 11(9), 423-426 [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/11/02.pdf>
11. DOBIÁŠ, M., 2012. Patofyziologie peptického vředu. *Ústav patologické fyziologie* [online]. [cit. 2021-03-02]. Dostupné z: <http://pfyziolklin.upol.cz/?p=4379>
12. DOSEŠEL, M., 2014. Nežádoucí účinky a lékové interakce nesteroidních antiflogistik a jejich management pohledem farmaceuta. *Praktické lékárenství* [online]. 3(10), 90-94 [cit. 2021-02-23]. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2014/03/02.pdf>
13. DRAŽILOVÁ, S., GOMBOŠOVÁ, L., JANIČKO, M., SKLADANÝ, L., VESELINÝ, E., 2020. *Vybrané kapitoly z hepatologie a gastroenterologie* [online]. 1. vyd. Košice: ŠafárikPress [cit. 2021-02-21]. ISBN 978-80-8152-838-5. Dostupné z: <https://unibook.upjs.sk/img/cms/2020/1f/vybrane-kapitoly-z-hepatologie-a-gastroenterologie.pdf>
14. FERKO, A., ŠUBRT, Z., DĚDEK, T., 2015. *Chirurgie v kostce*. 2., doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1005-1.
15. HEJNAROVÁ, E., SLEZÁKOVÁ, L., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3601-3.
16. HOCH, J., LEFFLER, J., 2011. *Speciální chirurgie*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-253-7.

17. HOLUBOVÁ, A., NOVOTNÁ, H., MAREČKOVÁ, J., 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2806-6.
18. HORNYCH, J. et al., 2010. *Dobrovolná sestra*. 3. přepracované vyvd. Praha: Uniprint. ISBN 978-80-87036-47-1.
19. HUDAK, L., JARAISSY, A., HAJ, S., MUHSEN, K., 2017. An updated systematic review and meta-analysis on the association between *Helicobacter pylori* infection and iron deficiency anemia. *Helicobacter* [online]. 22(1) [cit. 2021-02-13]. DOI: 10.1111/hel.12330. ISSN 10834389. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/hel.12330>
20. CHAI, J., 2011. *Peptic Ulcer Disease*. 1. vyd. Croatia: InTech. ISBN 978-953-307-976-9.
21. IGNATAVICIUS, D., WORKMAN, M., REBAR, C., HEIMGARTNER, N., 2017. *Medical-Surgical Nursing: Concepts for interprofessional collaborative care*. 9th edition. Philadelphia, US: Saunders. ISBN 9780323444194.
22. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
23. JEDLIČKOVÁ, J., 2019. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-598-3.
24. KABIR, S., 2001. Detection of *Helicobacter pylori* in faeces by culture, PCR and enzyme immunoassay. *Journal of Medical Microbiology* [online]. 50(12), 1021-1029 [cit. 2021-02-21]. DOI: 10.1099/0022-1317-50-12-1021. ISSN 0022-2615. Dostupné z: <https://www.microbiologyresearch.org/content/journal/jmm/10.1099/0022-1317-50-12-1021>

25. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4533-6.
26. KATZ, D., 2016. *Jídlo jako jed, jídlo jako lék: nejlepší a nejhorší volby pro přirozenou prevenci a léčbu zdravotních problémů*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Tarsago Česká republika. Reader's Digest. ISBN 978-80-7406-317-6.
27. KEIL, R., DRÁBEK, J., HRDLIČKA, L., PROČKE, M., ŠTOVÍČEK, J., 2012. *Vybrané kapitoly z gastroenterologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1970-5.
28. KHANNA, S., 2020. *Mayo clinic on digestive health: How to prevent and treat common stomach and gut problems*. 4. vyd. Minnesota, USA: Mayo clinic press. ISBN 1893005526.
29. KITTNAR, O., 2011. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3068-4.
30. KMEŤOVÁ, A., KRÁLÍKOVÁ, E., 2013. Novinky v léčbě závislosti na tabáku. *Medicína pro praxi* [online]. 10(8-9), 294-296 [cit. 2021-03-21]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/08/08.pdf>
31. KONEČNÝ, M., 2017. Vředová choroba gastroduodenální. *Medicína pro praxi* [online]. 4(14), 177-179 [cit. 2021-02-21]. DOI: 10.36290. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2017/04/05.pdf>
32. KOPECKÝ, M., KIKALOVÁ, K., BEZDĚKOVÁ, M., HŘIVNOVÁ, M., MAJEROVÁ, J., 2010. *Somatologie*. 1. vyd. Olomouc. ISBN 978-80-244-2271-8.
33. KROUPA, R., JEČMENOVÁ, M., 2013. Nemoci žaludku v ambulantní praxi. *Interní medicína pro prax* [online]. 2(15), 60-63 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/02/04.pdf>

34. KYSLAN, K., 2010. *Chirurgia I.: Vybrané kapitoly pre štúdium ošetrovateľstva*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-312-7.
35. LATA, J., BUREŠ, J., VAŇÁSEK, T., 2010. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-692-2.
36. LEUSINK, A. et al., 2018. Laparoscopic surgery for perforated peptic ulcer: an English national population-based cohort study. *Surgical Endoscopy* [online]. 32(9), 3783-3788 [cit. 2021-02-28]. DOI: 10.1007/s00464-018-6058-7. ISSN 0930-2794. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00464-018-6058-7>
37. LIBOVÁ, L., BALKOVÁ, H., JANKECHOVÁ, M., 2019. *Ošetrovateľský proces v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2466-4.
38. LINTON, A., 2015. *Introduction to Medical-Surgical Nursing*. 6th. USA: Saunders. ISBN 1455776416.
39. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.
40. LUKÁŠ, M., 2018. Terapie peptického vředu. *Vnitřní lékařství* [online]. 6(64), 595-599 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: <http://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2018/06/03.pdf>
41. MAREČKOVÁ, O., MENGEROVÁ, O., 2014. *Nemoci žaludku a dvanáctníku*. 1. vyd. Čestlice: Medica Publishing. ISBN 80-85936-69-8.
42. MAREK, J. et al., 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9524-9.
43. MCCOLL, K., 2010. Helicobacter pylori Infection. *New England Journal of Medicine* [online]. 362(17), 1597-1604 [cit. 2021-02-13]. DOI: 10.1056/NEJMcp1001110. ISSN 0028-4793. Dostupné z: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMcp1001110>

44. MISHRA, R., 2013. *Textbook of Practical Laparoscopic Surgery*. 3. vyd. Nagaland, India: Jaypee Brothers Medical Pub. ISBN 978-9350259412.
45. MOUREK, J., 2012. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3918-2.
46. NAMIOT, D. et al., 2013. The Influence of Oral Health Status and Dental Plaque Removal Practices on the Occurrence of Helicobacter Pylori Antigens in Saliva. *Dental and Medical Problems* [online]. 3(50), 275-281 [cit. 2021-02-13]. ISSN 2300-9020. Dostupné z: <https://www.dmp.umed.wroc.pl/pdf/2013/50/3/275.pdf>
47. NAVRÁTIL, L., FILIP, S., VIŠEK, V., 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.
48. NEČAS, E., 2013. *Patologická fyziologie orgánových systémů*. 2. vyd. V Praze: Karolinum. ISBN 978-80-246-1712-1.
49. NEJEDLÁ, M., 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4402-5.
50. NEŽÁDAL, T., 2017. Nesteroidní antirevmatika v léčbě akutní bolesti z pohledu neurologa. *Medicina pro praxi* [online]. 3(14), 142-146 [cit. 2021-02-23]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2017/03/08.pdf>
51. PAGANA, K., 2014. *Manual of diagnostic and laboratory tests*. 5. vyd. St. Louis, Missouri: Mosby. ISBN 978-0-323-08949-4.
52. PRACNÁ, L., KONEČNÝ, M., 2012. Příprava pacienta před endoskopickým vyšetřením zažívacího traktu. *Medicina pro praxi* [online]. 9(8-9), 362-364 [cit. 2021-03-21]. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/09/11.pdf>
53. SCHINDLER, J., 2010. *Mikrobiologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3170-4.

54. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.
55. SLEZÁKOVÁ, L., 2015. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy 1: Interna. 2.*, doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3601-3.
56. SOUČEK, M., 2011. *Vnitřní lékařství*. 1. díl. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2110-1.
57. SVOBODA, P., MACHYTKA, E., RYDLO, M., HRABOVSKÝ, V., EHRMANN, J., 2007. Hepatogenní vřed. *Časopis České gastroenterologické společnosti, Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti a Slovenskej hepatologickej spoločnosti* [online]. 5(61), 249-253 [cit. 2021-03-02]. Dostupné z: <https://www.csgh.info/cs/clanek/hepatogenni-vred-278>
58. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1148-6.
59. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
60. TALLEY, N., 2011. *Year Book of gastroenterology*. 1. vyd. Saint Louis: Elsevier. ISBN 0-323068-31-6.
61. TÓTHOVÁ, V., HUDÁČKOVÁ, A., DOLÁK, F., NOVÁKOVÁ, D., TREŠLOVÁ, M., 2014. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
62. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České Republiky: Metodická opatření - Koncepce ošetřovatelství*, 2004. In: . Praha: Ministerstvo zdravotnictví, ročník 2004, číslo 9. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce%20osetrovatelstvi.pdf>

63. VILÍMOVSKÝ, M., 2012. Dvanáctník: struktura a funkce. *Medlicker* [online]. [cit. 2020-11-30]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/18-dvanaetnik-struktura-a-funkce>
64. VODIČKA, J., ČECHURA, M., GEIGER, J., HOLUBEC, L., 2014. *Speciální chirurgie*. 2., doplněné vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2512-6.
65. VOHÁŇKA, S., ŠTOURAC, P., KLINCOVÁ, M., 2018. Anestezie a nervosvalová onemocnění. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 5(114), 501-514 [cit. 2021-03-15]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Petr-Stourac-2/publication/332195917_Anaesthesia_and_neuromuscular_disorders/links/5cb961e84585156cd7a26a05/Anaesthesia-and-neuromuscular-disorders.pdf
66. VOKURKA, M., 2012. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2032-9.
67. VÖRÖSOVÁ, G., 2010. *Interné ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Slovensko: Osveta. ISBN 978-80-8063-192-5.
68. ZEMAN, M., KRŠKA, Z., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.
69. ZIMANDLOVÁ, D., BUREŠ, J., 2012. Současné možnosti léčby peptických vředů. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2(14), 51-54 [cit. 2021-02-22]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/02/02.pdf>
70. ZIMMERMANN, H., 2013. *Chirurgische laparoskopie*. 1. vyd. Berlin: Springer - Verlag. ISBN 978-3-540-11026-2.

Seznam příloh

Příloha 1 – Obr. 1. Anatomie žaludku a duodena

Příloha 2 – Obr. 2. Billroth I.

Obr. 3. Billroth II.,

Obr. 4. Trunkální vagotomie,

Obr. 5. Selektivné vagotomie,

Obr. 6. Superselektivní vagotomie

Příloha 3 – Obr. 7. Škála bolesti

Příloha 4 – Obr. 8. FOB test – ke zjištění okultního krvácení

Příloha 5 – Obr. 9. Fowlerova poloha

Příloha 6 – Obr. 10. NSG – Nasogastrická sonda

Příloha 7 – Obr. 11. ASA skóre

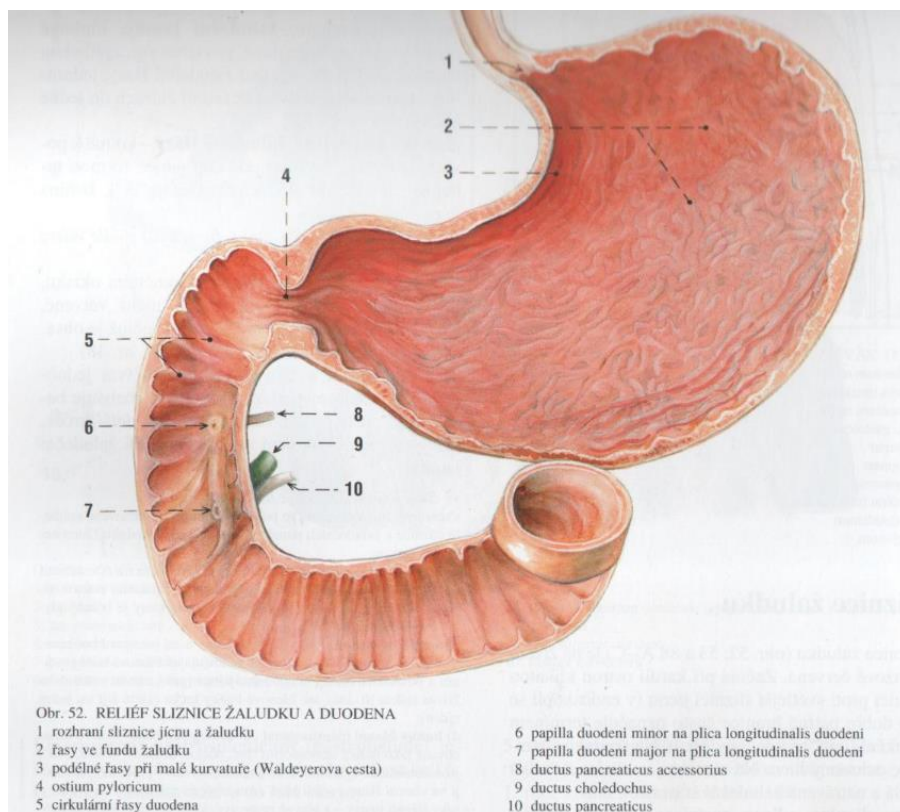
Příloha 8 – Podklady pro rozhovory

Příloha 9 – Seznam kódů

Příloha 10 – Souhlas hlavní sestry s prováděním výzkumné části v nemocnici České Budějovice

Příloha 1

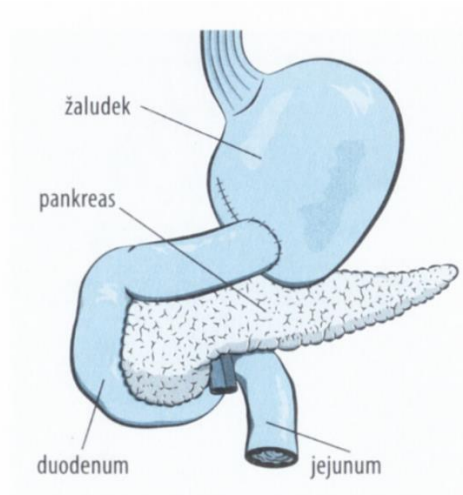
Obr. 1. Anatomie žaludku a duodena



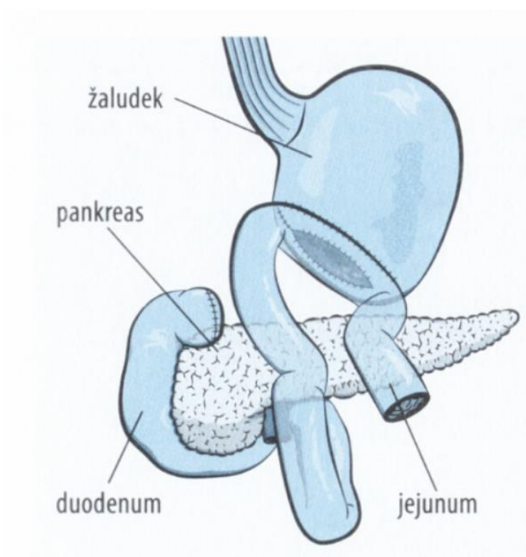
Zdroj: ČIHÁK, R., 2013. *ANATOMIE 2*. 3. vyd., upravené a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.

Příloha 2

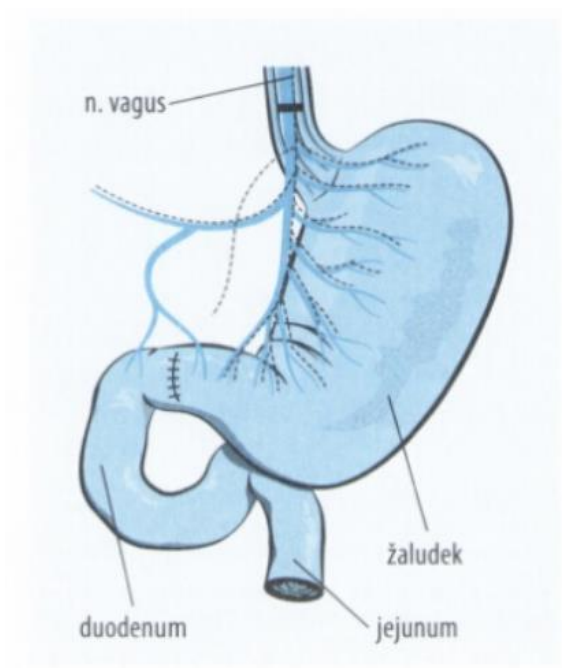
Obr. 2. Billroth I.



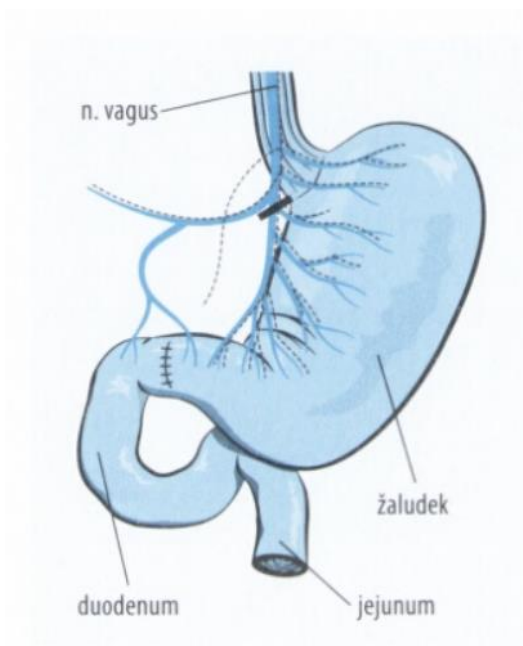
Obr. 3. Billroth II.



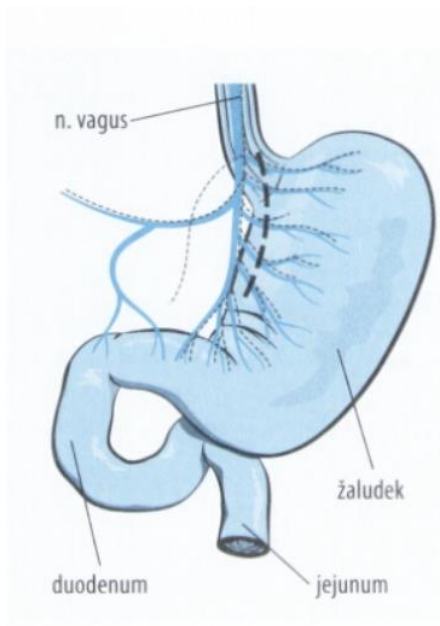
Obr. 4. Trunkální vagotomie



Obr. 5. Selektivní vagotomie



Obr. 6. Superselektivní vagotomie



Zdroj: HOCH, J., LEFFLER, J., 2011. Speciální chirurgie. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-253-7.

Příloha 3

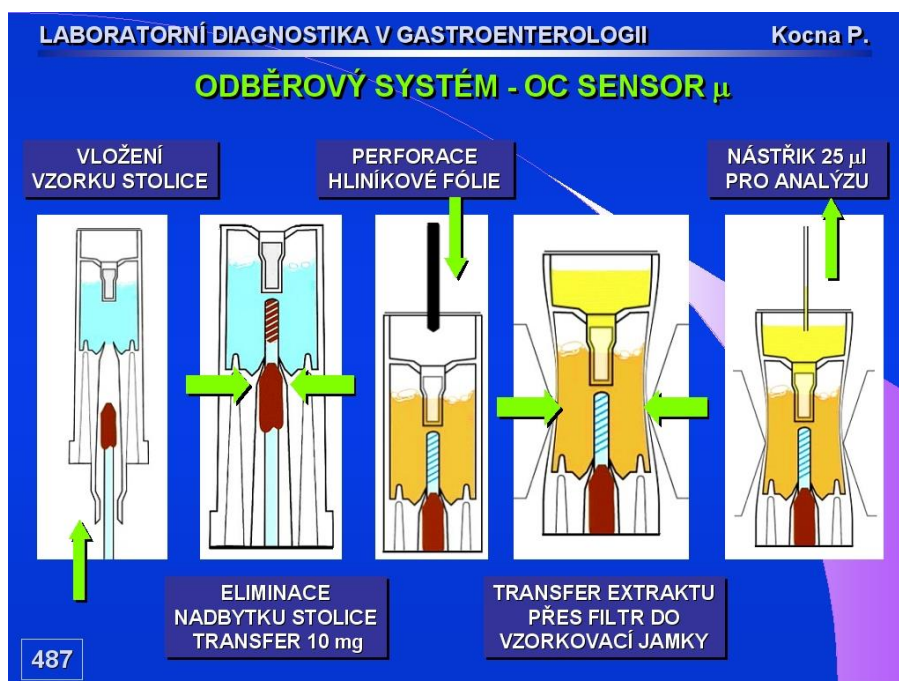
Obr. 7. Škála bolesti



Zdroj: <https://www.tevapoint.cz/clanek/hodnoceni-bolesti>

Příloha 4

Obr. 8. FOB test



Zdroj: <https://www.kolorektum.cz/>

Příloha 5

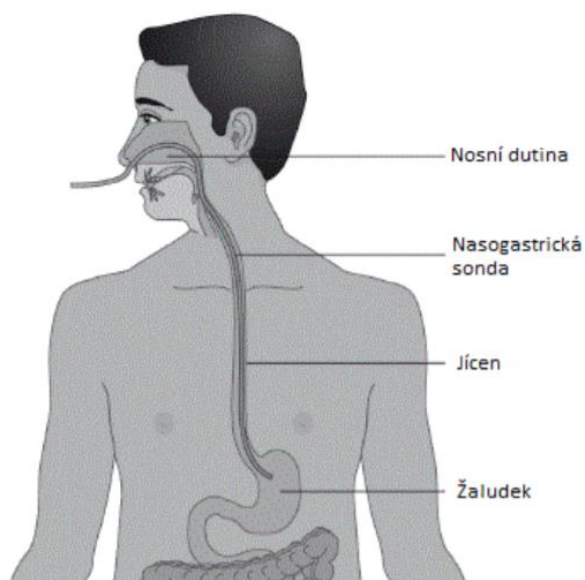
Obr. 7. Fowlerova poloha



Zdroj: KELNAROVÁ, J. et. al., 2009. Ošetrovatelství pro zdravotníce asistenty - 2. ročník. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2830-8

Příloha 6

Obr. 10. NSG – Nasogastrická sonda



Zdroj: <http://intensivecarehotline.com/nasogastric-tubes-ng-tube>

Příloha 7

Obr. 11. ASA skóre

ASA 1	Zdravý pacient bez patologického klinického a laboratorního nálezu. Chorobný proces, který je indikací k zákroku, je lokalizován a nezpůsobuje systémovou chorobu.
ASA 2	Mírné až středně těžké systémové onemocnění (hypertenzní nemoc, obezita, diabetes mellitus, věk > 60 let, anémie, lehká forma ischemické choroby srdeční, chronická bronchitida apod.)
ASA 3	Závažné systémové onemocnění omezující aktivitu pacienta (ischemická choroba srdeční se syndromem anginy pectoris, stav po infarktu myokardu, závažná forma diabetu, srdeční selhání apod.).
ASA 4	Závažné, život ohrožující systémové onemocnění, které není vždy operací řešitelné (srdeční dekompenzace, nestabilní angina pectoris, pokročilé formy plicní, jaterní, ledvinové a endokrinní nedostatečnosti, peritonitis, ileus, hemoragický šok).
ASA 5	Moribundní nemocný, u něhož je operace poslední možností záchrany života. V případě neodkladného výkonu (u něhož nelze v dostupném čase provést všechna optimálně požadovaná vyšetření a patřičnou předoperační přípravu) se k této klasifikaci připojuje písmeno E (emergency), čímž se vyjadřuje, že klinický stav pacienta je horší, než odpovídající stupeň ASA.

Zdroj: VOHÁŇKA, S., ŠTOURÁČ, P., KLINCOVÁ, M., 2018. Anestezie a nervosvalová onemocnění. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie [online]. 5(114), 501-514 [cit. 2021-03-15]. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/profile/Petr-St>

Příloha 8

Podklady pro rozhovory

Rozhovor se sestrami na příslušném oddělení

1. část – identifikace sester

1. Kolik Vám je let?
2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Celková délka Vaší praxe?
4. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
5. Jaké je Vaše předchozí zaměstnání? (jiné zaměření ve zdravotnických zařízeních)
6. Jaké zkušenosti máte s tímto onemocněním?

2. část – specifické otázky k onemocnění vředů žaludku/duodena v předoperační péči

1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienta s vředovou chorobou žaludku/duodena v předoperačním období?
2. Došlo ke změně postupů při ošetřování pacientů s tímto onemocněním v průběhu vaší kariéry? Pokud ano, jaké?
3. Liší se specifika ošetřování pacientů s akutním nebo chronickým stavem?
4. Jaká jsou specifika u pacientů s touto chorobou, kteří trpí jiným chronickým onemocněním (CHOPN, ICHDK, Diabetes mellitus) v předoperační péči?
5. Jaký je postup při přípravě pacienta před operací vředů žaludku/duodena?
6. Které úkony jsou nezbytné a které jsou doporučené v předoperační přípravě spojené s tímto onemocněním? Např. v případě akutního nebo komplikovaného stavu onemocnění.
7. Jaké komplikace, spojené s tímto onemocněním mohou nastat v předoperačním období?

3. část – specifické otázky k onemocnění vředů žaludku/duodena v pooperační péči

1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienta s vředovou chorobou žaludku/duodena v pooperačním období?
2. Jaké úkony je nezbytné provést ihned po operaci?
3. Jaké jsou typické komplikace spojené s pooperačním stavem pacienta? A jak tyto komplikace lze řešit a předcházet jim?
4. Setkal/a jste se někdy s pooperačními komplikacemi spojenými s tímto onemocněním?
5. Jaká jsou specifika u pacientů s touto chorobou, kteří trpí jiným chronickým onemocněním (CHOPN, ICHDK, Diabetes mellitus) v pooperačním období?
6. Jaká jsou typická doporučení pacientovi po propuštění domů?
7. Jak dlouho trvá rekonvalescence v nemocnici a po propuštění pacienta do domácího ošetřování?

Rozhovor s pacienty

1. část – identifikace pacientů

1. Kolik je Vám let?
2. Kde bydlíte? (byt, rodinný dům, město, venkov)
3. Žijete sám nebo s rodinou?
4. Máte nějaká chronická onemocnění? (CHOPN, ICHDK, Diabetes mellitus apod.)
5. Bylo Vaše onemocnění akutní nebo chronické?

2. část – spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí před a po operaci

1. Jak byste svými slovy popsal péči sester o Vás před a po operaci?
2. Cítíte se dobře na tomto oddělení/pokoji?
3. Cítíte se dobře v péči sester na tomto oddělení?
4. Jakým způsobem o Vás sestry pečovaly?
5. Máte dostatek informací o vašem zdravotním stavu?

6. Komunikovali s Vámi sestry dostatečně?
7. Popište prosím, jak Vás lékaři a sestry informovali o Vašem zdravotním stavu.
8. Rozveďte prosím, jak Vám vysvětlil lékař postup operace, její komplikace a následnou rekonvalescenci.
9. Edukovaly Vás sestry o specifikách před operací? (přečíst informované souhlasy, dostatečná informovanost, předoperační příprava, předoperační vyšetření)
 - Rozveďte, jaká specifika Vám říkali.
10. Edukovaly Vás sestry o některých specifikách v pooperačním stavu? (polohování, stravování, vertikalizace, zvládnání bolesti/analgetika, infusní terapie, domácí rekonvalescence)
 - Rozveďte, jaká specifika Vám sdělili.
11. Jsou některé věci, které Vám při ošetrovatelské péči vadily? Pokud ano, jak byste je změnili?

Příloha 9.

Seznam kódů

Pacienti

Kategorie 1. Hodnocení sester/ spokojenost

Kladné vlastnosti sester, spokojenost, pocit bezpečí:

- milé P1/1,8, P2/1, P5/32, P7/23, P9/33
- vstřícné P2/1, P8/1
- hodné P1/33, P5/5,9,32, P6/1,23, P7/2, P9/6,8, P10/1
- příjemné P2/9, P3/12, P5/9, P7/6
- spokojený P4/1,5, 14,31, P6/1, P7/1, P8/7, P9/5, P10/26
- profesionální P8/1
- v bezpečí P8/5
- dobře P1/5,6, P2/6,7, P3/5,6, P5/8,9, P6/2,4, PP7/3, P8/4,5, P9/6, P10/2,3

Záporné vlastnosti sester, nedostatek času, špatná organizace času:

- bolest P1/27, P3/16,23, P4/15, P5/24, P8/24, P9/14, P10/6
- stručnost P7/15, P8/12,13
- odsekávání sester P10/4
- velký chaos P5/1
- nestíhaly/ uspěchané P3/13, P4/7, P8/31

Kategorie 2. Ošetrovatelský proces

Dopomoc se základní hygienou:

- umyly P1/7
- převlíkly P1/7
- ustlaly P1/7
- pomohli do koupelny k umyvadlu P2/2
- pomáhaly se základní hygienou P4/6, P8/6, P7/5

Tlumení bolesti na přání dle ordinace lékaře:

- samy se ptají, jestli chci něco na bolest P1/3-4, 17
- mám si říkat o léky na bolest P9/27
- dávají nějaký prášky na to a na bolest tak P10/24

Podávání stravy:

- strava do žíly P1/28
- nalačno P6/12
- čaj s jogurtem P2/2
- strava podána později P8/6

Kategorie 3. Komunikace

Dostatečná komunikace a informovanost:

- ano komunikovali, všechno mi podrobně vysvětlili P1/11, P7/9
- vždy odpověděli P4/13-14
- informují a vysvětlují P3/2, P8/1, P9/1,9
- vím všechno P2/2
- odpovídali mi P4/13, P8/12
- vysvětlil P7/13, P10/13
- všechno řekly P5/13

Nedostatečná komunikace a nedostatek informací, využití internetových zdrojů:

- chyběla komunikace ze stran doktorů P4/1, P7/9, P10/11
- musím se sama vyptávat P8/8, P10/8
- nestíhaly P3/13
- internet P1/9, P2/10

Kategorie 4. Specifika péče o pacienty s vředovou chorobou žaludku a duodena

Informovanost, předoperační příprava:

- podepsat souhlasy P1/25, P2/21, P3/23, P4/23, P5/20, P6/16, P7/18, P8/21, P9/22
- hadička do nosu P1/25, P5/3, P6/8
- sonda P2/22, P3/19, P4/25, P7/18, P8/23, P9/17
- odebrat krev P1/25, P5/23, P6/16, P8/21, P9/23
- kanyla P1/26, P2/21, P5/23, P7/18, P8/21, P9/23
- oholit břicho/tříslo P1/26, P5/4, P8/23
- vysvětlit postup operace P1/14, P2/16, P3/14, P4/17, P6/7 P7/13, P8/13
- komplikace zná P3/18, P4/19, P5/18, P7/15, P8/15, P9/21, P10/17
- komplikace nezná P1/20, P2/19

→ premedikace P5/4, P7/20, P9/17

Pooperační péče, edukovat pacienta o životním stylu a domácí léčbě:

→ stres P1/13, P5/29, P6/19, P8/30

→ káva P1/13, P5/28, P6/20, P10/19

→ alkohol P2/20, P3/26, P5/20, P6/20, P10/19

→ kouření P2/20, P3/25

→ popis operace před operací P1/14, P5/18, P9/18, P10/17

→ popis komplikací před operací P1/20, P5/18, P6/21, P9/21, P10/17

→ kontrola ran a NSG P1/21, P9/27

→ edukace o domácí léčbě P1/30

→ dieta P1/22, P2/19, P3/21, P4/27, P5/28, P6/19, P8/26, P9/30

→ denní režim P1/23, P8/28

→ nezvedat těžké věci P1/31, P2/24, P6/18, P10/19

→ na bolest paralen nebo jiné léky P1/31, P2/23, P3/26, P8/27, P9/27, P10/24

→ pravidelné kontroly P5/30, P8/27

Sestry – Kategorie 1. Obecná specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena

Před operací

→ fyziologické funkce S1/1, 34, S4/2, S5/3, S6/15, S7/1, S8/1

→ Controloc S1/2, S2/2, S4/4, S5/4, 20, S6/2, 15, S7/5, S10/3

→ souhlasy S1/2, 22, S2/3, S5/17, S6/12, 16, S7/3, S10/24

→ jednat rychle S1/3, S8/2

→ lačnit S1/19, S2/1, 14, S3/1, S8/2,18, S9/1, 15, S10/24

→ připraví operační pole S1/20, S2/14, S3/14, S4/10, S5/17, S6/4, 12, S7/24, S8/19, S9/15, S10/6

→ prevence TEN, bandáže končetin S1/21, S2/1, 15, S3/4, 13, S4/10, S5/19, S6/4, 12, S7/25, S8/22, S10/7, 13

- stabilizace S2/1
- zavedení NSG S2/2, 15, S3/2, 14 S4/1, 14, S5/4, 20, S6/1, 14, S7/8, S8/23, S10/7
- premedikace S2/2, 15, S3/4, S4/2, S7/6, S5/17, S/13, S8/22, S10/23
- deponace krve S2/3, S3/14, S4/12, S5/3,20, S6/5, S7/8, S9/2, 18, S10/5

Po operaci

- bolest S1/31, S2/21, S3/25, S5/32, S6/22, S7/39, S8/32, S10/29
- krvácení S1/31, 33, S2/19, S3/30, S6/25, S9/23
- zvracení S1/31, S2/19, S8/32
- výživa parenterálně S1/32, S3/28, S8/33, S9/25
- odpad z NSG – sáček S1/32, 34, S3/27, S5/29, S6/21, S7/37, 38, S8/32, 34, S9/23, S10/29
- napojím na monitor, monitorace FF S2/21, S3/25, S4/20, 28, S5/28, S6/23, S7/36, S8/31, 36, S9/22, 28, S10/28
- kontrola odvodů NSG a drénů S2/22, S3/28, S4/21,23, S9/29, S10/29
- podání infuzí S3/26, S8/36
- podání krve S3/26, S8/37
- sledovat operační ránu S3/28
- kontroly hodnot krevních odběrů S3/1, 29, S5/33
- zapisovat do dokumentace S3/30, S4/28, S5/31, S6/24, S7/36, S10/31
- kontrola ran S7/37, S9/28, S10/29
- podat kyslík S8/38
- zavedení kanyly S2Ú3, S7/25, S4/13, S5/20
- STATIM krevní náběry, odběr krve S3/1, S4/3, S5/2, S6/3, S7/7, S9/17, S10/4, 23

Kategorie 2. Odlišnost ošetrovatelské péče při akutním a chronickém stavu

Akutní stav

- jednáme rychle S1/6, S5/12, S8/5, S9/17
- nevykrvácel S1/7, S3/7
- odebereme krev S1/7, S8/7
- zavedeme PŽK S1/7, S2/7, S8/6
- zavedeme NSG S1/8, S2/7, S8/6
- deponujeme narychlo krve S1/8, S2/7, S8/7, S9/7
- stabilizujeme pacienta S1/9, S8/8
- gastroskopie S1/10, S8/9
- život ohrožující stav S2/6, S5/11
- není tolik času S3/6, S7/13
- vylití obsahu do dutiny břišní, sepse S3/7, S7/14
- STATIM S8/6, S9/7

Chronický stav

- plánovaný S1/12, S2/9, S3/9, S8/12, S9/9
- nedaří léčit konzervativně S1/12, S8/12, S9/9
- malignita S1/13, S9/10
- předoperační vyšetření S1/13, S2/9, S3/9, S8/13, S9/10
- gastroskopie S1/14, S2/10, S3/10, S8/13, S9/11
- stanoví se termín S8/14
- rentgen břicha S2/10, S3/10

Kategorie 3. Specifická ošetrovatelská péče u pacientů trpících jiným chronickým onemocněním

Předoperační péče

- vysazují se PAD S1/15, S2/12, S4/8, S5/13, S6/10, S7/18, S8/15, S9/12
- převádí se na inzulin s. c. S1/15, S2/12, S4/8, S5/47, S6/11, S7/18, S8/15, S9/12
- spirometrie S1/17, S2/13, S8/16
- saturace S5/15, S7/20
- kyslík S5/15
- glykemický profil, měřit glykémii S4/7, S5/13
- Warfarin S9/13

Pooperační péče

- kontrolujeme glykémii S1/40, S2/27, S3/35, S4/38, S5/37, S7/50, S8/40, S9/32
- DM – déle se jim hojí rána S1/40, S2/27, S9/32, S10/16
- saturace S1/42, S3/37, 34/40, S6/29, S7/49, S8/41
- kyslík S1/42, S2/29, S3/37, S4/41, S7/48, S8/41
- zvýšená poloha hlavy S2/29
- inhalace S2/29
- prevence TEN S/30
- kardiaci S3/38, S10/50
- prokrvení končetin a hybnost S4/42, S9/33, S10/52

Kategorie 4. Komplikace

Předoperační komplikace

- krvácení S1/28, S2/18, S3/22, S5/26, S7/33, S8/29, S9/21, S10/27
- nevolnost S1/28, S2/18, S3/22, S8/29, S9/21
- zvracení S1/28, S2/18, S3/22, S4/18, S5/29, S6/19, S7/33, S8/29, S9/21, S10/27
- bolest S1/29, S2/18, S3/23, S5/26, S4/18, S7/33, S8/29, S9/21
- krev v sondě S1/30
- sepse S3/23
- šok S4/18, S5/27, S7/34
- krevní ztráty S6/19
- zauzlování střev S6/19
- dušnost S10/27

Pooperační komplikace

- krvácení, krvácení z rány, sondy, žaludku S1/37, S2/23, S3/31, S4/31, S5/36, S6/25, S7/33, S8/29, S9/31, S10/35
- bolest S2/25, S7/33, S8/29
- zvracení, nevolnost S3/32, S4/32, S6/25, S7/33, S8/29, S10/39
- šok S4/32, S7/34
- špatné hodnoty krevního obrazu S4/34, S10/38
- neprůchodnost sondy S6/27

Kategorie 5. Edukace pacienta po propuštění do domácího ošetřování

Doporučení

- nějaký režim S1/43, S6/37, S7/53, S8/42, S10/54
- dietu S1/43, S2/31, S3/39, S4/43, S5/39, S6/33, S7/54, S8/42, S9/34, S10/55

- stresu S1/43, S2/31, S3/40, S4/44, S6/34, S7/55, S8/42, S10/57
- nepili kafe a alkohol, kouření S1/44, S2/39, S5/39, 40, S6/35, S7/55, 56, S8/43, S9/35, S10/56
- hodně spali S1/44, S5/39, S6/34, S7/54, S10/54
- klid na lůžku S1/44, S8/43
- nezvedali nic těžkýho S1/45, S6/36, S8/43, S10/63
- gastroskopie S1/46, S4/43, S6/57, S8/45
- kontrola S2/31, S3/40, S5/40, S6/37, S9/30
- zdravý životní styl S6/33

Rekonvalescence

- v nemocnici 14 dní S1/48, S3/41, S5/42, S6/36, S7/58, S8/47, S9/38, S10/58
- doma 14 dní S2/33, S3/41
- doma půl roku S5/42, S10/62
- doma několik měsíců S6/39, S7/59, S8/47, S9/39
- individuální S3/42, S4/25, S6/39, S7/59, S10/58

Příloha 10

Souhlas hlavní sestry s prováděním výzkumné části v nemocnici České Budějovice

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Studijní program/obor: Všeobecná sestra

Jméno a příjmení studenta/studentky: Jana Janků

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): jankujana.jj@gmail.com, 730 849 245

Název zdravotnického zařízení: Nemocnice České Budějovice

Oddělení: Chirurgické oddělení a gastroenterologické oddělení

Název práce: Ošetřovatelská péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena po operaci

Hypotézy, výzkumné otázky:

1 – Jaká jsou specifika ošetřovatelské péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena v předoperačním období?

2 – Jaká jsou specifika ošetřovatelské péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena v pooperačním období?

3 – Jak jsou pacienti s vředovou chorobou žaludku a duodena spokojeni s ošetřovatelskou péčí po operaci?

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

Výzkum bude prováděn kvalitativní formou za pomoci dotazování, přesněji hloubkovým rozhovorem, s pacienty po operaci vředu žaludku a duodena. Dále bude výzkum prováděn hloubkovým rozhovorem se sestrami, které mají zkušenost s ošetřováním pacientů před a po operaci vředu žaludku a duodena. Při rozhovoru budu postupovat dle předem připravené struktury s cílem získání relevantních informací k uskutečnění výzkumu. Otázky, které budou kladeny na pacienta budou například míra spokojenosti pacienta s poskytnutou péčí před a po zákroku, rodinnou anamnézu a příčiny a chroničnost onemocnění. Sester se budu dotazovat na specifika a s poskytováním péče pro pacienty před a po operaci vředu žaludku a duodena. Oslovování budou zejména pacienti a sestry na chirurgickém, interním a gastroenterologickém oddělení. Rozhovory budou prováděny s přibližně 10 pacienty a 10 sestrami.

Předpokládané výstupy:

Výstupem práce bude zhodnocení kvality péče o pacienta před a po operaci žaludku a duodena a dále specifika ošetřování a zkušenosti sester s péčí o takovéto pacienty.

Otázky kladené při rozhovorech:

Rozhovor se sestrami na příslušném oddělení

1. část – Identifikace sester

1. Kolik Vám je let?
2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Celková délka Vaší praxe?
4. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
5. Jaké je Vaše předchozí zaměstnání? (jiné zaměření ve zdravotnických zařízeních)
6. Jaké zkušenosti máte s tímto onemocněním?

2. část – specifické otázky k onemocnění vředů žaludku/duodena v předoperační péči

1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienta s vředovou chorobou žaludku/duodena v předoperačním období?
2. Došlo ke změně postupů při ošetřování pacientů s tímto onemocněním v průběhu vaší kariéry? Pokud ano, jaké?
3. Liší se specifika ošetřování pacientů s akutním nebo chronickým stavem?
4. Jaká jsou specifika u pacientů s touto chorobou, kteří trpí jiným chronickým onemocněním (CHOPN, ICHDK, Diabetes mellitus) v předoperační péči?
5. Jaký je postup při přípravě pacienta před operací vředů žaludku/duodena?
6. Které úkony jsou nezbytné a které jsou doporučeny v předoperační přípravě spojené s tímto onemocněním? Např. v případě akutního nebo komplikovaného stavu onemocnění.
7. Jaké komplikace, spojené s tímto onemocněním mohou nastat v předoperačním období?

3. část – specifické otázky k onemocnění vředů žaludku/duodena v pooperační péči

1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienta s vředovou chorobou žaludku/duodena v pooperačním období?
2. Jak pečujete o pacienta po operaci vředu žaludku/duodena?
3. Jaké úkony je nezbytné provést ihned po operaci?
4. Jaké jsou typické komplikace spojené s pooperačním stavem pacienta? A jak tyto komplikace lze řešit a předcházet jim?
5. Setkal/a jste se někdy s pooperačními komplikacemi spojenými s tímto onemocněním?
6. Jaká jsou specifika u pacientů s touto chorobou, kteří trpí jiným chronickým onemocněním (CHOPN, ICHDK, Diabetes mellitus) v pooperačním období?
7. Jaká jsou typická doporučení pacientovi po propuštění domů?
8. Jak dlouho trvá rekonvalescence v nemocnici a po propuštění pacienta do domácího ošetřování?

Rozhovor s pacienty

1. část – identifikace pacientů

1. Kolik je Vám let?
2. Kde bydlíte? (byt, rodinný dům, město, venkov)
3. Žijete sám nebo s rodinou?
4. Máte nějaká chronická onemocnění? (CHOPN, ICHDK, Diabetes mellitus apod.)
5. Bylo Vaše onemocnění akutní nebo chronické?

2. část – spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí před a po operaci

1. Jak byste svými slovy popsal péči sester o Vás před a po operaci?
2. Cítíte se dobře na tomto oddělení/pokoji?
3. Cítíte se dobře v péči sester na tomto oddělení?
4. Jakým způsobem o Vás sestry pečovaly?
5. Máte dostatek informací o vašem zdravotním stavu?
6. Komunikovali s Vámi sestry dostatečně?
7. Popište prosím, jak Vás lékaři a sestry informovali o Vašem zdravotním stavu.
8. Rozvedte prosím, jak Vám vysvětlil lékař postup operace, její komplikace a následnou rekonvalescenci.
9. Edukovaly Vás sestry o specifikách před operací? (přečíst informované souhlasy, dostatečná informovanost, předoperační příprava, předoperační vyšetření)
 - Rozvedte, jaká specifika Vám říkali.
10. Edukovaly Vás sestry o některých specifikách v pooperačním stavu? (polohování, stravování, vertikalizace, zvládání bolesti/analgetika, infusní terapie, domácí rekonvalescence)
 - Rozvedte, jaká specifika Vám sdělili.
11. Jsou některé věci, které Vám při ošetrovatelské péči vadily? Pokud ano, jak byste je změnili?

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:

SOUHLASÍM

Jméno: Mgr. Alena Machová

Podpis:



Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

27. 02. 2021

Jméno: Mgr. et Mgr. Monika Kyselová, MBA

Podpis:



Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

Seznam použitých zkratk

ALT	alaninaminotransferáza
APTT	Aktivovaný parciální tromboplastinový čas
ASA skóre	American Society of Anesthesiologists
AST	asparátaminotransferáza
ATPáza	Adenosintrifosfát
BAO	bazální sekrece
Ca	vápník
COX-1	cyklooxygenáza preferenční
COX-2	cyklooxygenáza selektivní
CT	počítačová tomografie
EKG	elektrokardiografie
Fe	železo
GIT	gastrointestinální trakt
H ⁺	vodíkový kationt
HCl	kyselina chlorovodíková
HCO ₃	hydrogenkarbonáty
H. pylori	Helicobacter pylori
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
IgG	imunoglobulin G
ICHDK	ischemická choroba dolních končetin

INR	Protrombinový čas
K ⁺	draslík
kg	kilogram
KO	krevní obraz
L1	první obratel bederní páteře
mg	miligram
NSAIDs	nesteroidní antirevmatika
NSG	nasogastrická sonda
OK	okultní krvácení
PAD	perorální antidiabetika
PPI	inhibitory protonové pumpy
pH	vyjadřuje, zdali roztok reaguje kyselě nebo zásaditě
SPV	superselektivní vagotomie žaludku
STATIM	ihned
SVŽ	selektivní vagotomie žaludku
TEN	tromboembolická nemoc
tzv.	takzvané
VT	trunkální vagotomie