

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecná sestra

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ SE STŘEVNÍ
NEPRŮCHODNOSTÍ**

Bakalářská práce

Autor: Lenka Rojková

Vedoucí práce: Mgr. Jana Truplová

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Lenka Rojková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Ošetrovatelská péče u pacientů se střevní neprůchodností
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Truplová
Cíl práce:	Hlavním cílem této bakalářské práce je zmapování současné situace ošetrovatelské péče o pacienta se střevní neprůchodností.

Abstrakt

Bakalářská práce „Ošetrovatelská péče u pacienta se střevní neprůchodností“ mapuje informovanost všeobecných i praktických sester v dané problematice. Ošetrovatelská péče o pacienty s tímto onemocněním je velice důležitá, proto sestry pracující na chirurgických odděleních musí mít v dané problematice přehled. V bakalářské práci se zaměříme na předoperační přípravu, která probíhá před odjezdem pacienta na operační sál. Dále je důležitá pooperační péče, která následuje ihned po převzetí pacienta z operačního sálu. V teoretické části práce dále najdeme anatomii a fyziologii střev, definici onemocnění, rozdělení střevních neprůchodností, příčiny, diagnostiku a léčbu. V poslední části se také zaměříme na komplikace, které mohou nastat v souvislosti s tímto onemocněním. Výzkum je prováděn kvantitativní formou, pomocí dotazníků. Výsledky výzkumu by mohly sloužit jako zdroj odborných informací pro všeobecné i praktické sestry.

Klíčová slova

Střevní neprůchodnost; všeobecná sestra; praktická sestra; předoperační péče; pooperační péče; pooperační komplikace; ošetrovatelská péče

Abstract

The bachelor thesis "Nursing care in a patient with intestinal obstruction" maps the awareness of general and practical nurses in this issue. Nursing care of patients with this disease is very important, therefore nurses working in surgical wards must be well informed about the issue. In the bachelor thesis we will focus on the preoperative preparation that takes place before the patient goes to the operating room. Furthermore, the postoperative care, which follows immediately after the patient is taken from the operating room, is important. In the theoretical part of the thesis we can find anatomy and physiology of the intestine, definition of the disease, classification of intestinal obstructions, causes, diagnosis and treatment. In the last part we will also focus on the complications that can occur in connection with this disease. The research is conducted in a quantitative form, using questionnaires. The results of the research could serve as a source of professional information for general and practical nurses.

Keywords

Intestinal obstruction; general nurse; nurse practitioner; preoperative care; postoperative care; postoperative complications; nursing care

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně.

Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice protektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis studentky

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, paní Mgr. Janě Truplové, za její ochotu, trpělivost, vstřícnost a velmi cenné rady a připomínky, které mi při zpracování bakalářské práce poskytla. Poděkování patří též všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumného šetření, za jejich čas a ochotu.

Obsah

Seznam tabulek.....	4
Seznam použitých zkratk5	5
Úvod6	6
1 Současný stav problematiky7	7
<i>1.1 Anatomie trávicí soustavy.....</i>	<i>7</i>
1.1.1 Dutina ústní.....	7
1.1.2 Hltan.....	7
1.1.3 Jícen.....	7
1.1.4 Žaludek.....	7
1.1.5 Tenké střevo.....	8
1.1.6 Tlusté střevo.....	8
<i>1.2 Fyziologie trávicí soustavy.....</i>	<i>9</i>
1.2.1 Dutina ústní.....	9
1.2.2 Jícen.....	9
1.2.3 Žaludek.....	9
1.2.4 Tenké střevo.....	9
1.2.5 Tlusté střevo.....	10
<i>1.3 Náhlé příhody břišní.....</i>	<i>10</i>
1.3.1 Neúrazové.....	10
1.3.2 Úrazové.....	11
<i>1.4 Ileus.....</i>	<i>11</i>
1.4.1 Mechanický ileus.....	11
1.4.2 Neurogenní ileus.....	12
1.4.3 Cévní ileus.....	12
<i>1.5 Diagnostika.....</i>	<i>13</i>
1.5.1 Anamnéza.....	13
1.5.2 Fyzikální vyšetření.....	13
1.5.3 Laboratorní vyšetření.....	14
1.5.4 Zobrazovací metody.....	14
<i>1.6 Léčba.....</i>	<i>14</i>
1.6.1 Mechanický ileus.....	15

1.6.3 Neurogenní ileus	15
1.6.4 Cévní ileus.....	15
1.7 Předoperační příprava.....	15
1.7.1 Dlouhodobá předoperační příprava	16
1.7.2 Krátkodobá předoperační příprava	16
1.7.3 Bezprostřední předoperační příprava	16
1.7.4 Příprava pacienta k neodkladné operaci	16
1.8 Pooperační ošetrovatelská péče.....	17
1.8.1 Výživa.....	17
1.8.3 Péče o operační ránu	18
1.8.3 Péče o stomie	18
1.8.4 Péče o invazivní vstupy.....	19
1.8.5 Rehabilitace pacienta	20
1.9 Pooperační komplikace	20
1.9.1 Pooperační nemoc.....	20
1.9.2 Komplikace v operační ráně	20
1.9.3 Pooperační komplikace dýchacího ústrojí.....	21
1.9.4 Pooperační komplikace kardiální a tromboembolické	21
1.9.5 Pooperační komplikace GIT	21
1.9.6 Ostatní pooperační komplikace.....	21
1.10 Ošetrovatelské diagnózy	22
1.10.1 Příklady ošetrovatelských diagnóz vyskytujících se při ileu.....	22
2 Výzkumná část	23
2.1 Cíl práce.....	23
2.2 Výzkumné otázky.....	23
2.3 Metodika výzkumu	23
2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	23
2.5 Průběh výzkumu	23
2.6 Výsledky dotazníkového šetření	24
3 Diskuze.....	38
3.1 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1	38
3.2 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2	41
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	43
Závěr.....	44

Seznam použité literatury	45
Přílohy	48

Seznam tabulek

Tabulka 1 Invazivní vstupy	28
Tabulka 2 Nejčastější příznaky komplikací	30
Tabulka 3 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy	35

Seznam použitých zkratk

GIT	gastrointestinální trakt
NPB	náhlé příhody břišní
CRP	c-reaktivní protein
INR	international normalized ratio
RTG	rentgenové záření
UZ	ultrazvuk
CT	výpočetní tomografie
NGS	nasogastrická sonda
PMK	permanentní močový katétr
CŽK	centrální žilní katétr
PŽK	periferní žilní katétr
AK	arteriální katétr
EKG	elektrokardiografie
BDK	bandáže dolních končetin
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
PICC	peripherally inserted central catheter
ARIP	anestezie-resuscitace-intenzivní péče

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí u pacientů se střevní neprůchodností. Toto onemocnění se řadí mezi náhlé příhody břišní, které charakterizuje náhlý začátek, rychlý průběh a často mohou člověka ohrožit na životě i v krátkém čase. Důležitá je včasná diagnostika a léčba. Ve většině případů je však nutný operační zákrok. Pokud diagnostika trvá déle a je pozdě nasazena léčba, může to pacienta ohrožit na kvalitě jeho života či na životě samotném. Pacienti, u kterých je stanovena diagnóza jakékoliv náhlé příhody břišní (dále také „NPB“), bývají převážně hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče, aby byli co nejvíce monitorováni.

Náhlé příhody břišní se dělí na úrazové a neúrazové. V této bakalářské práci se zaměříme pouze na neúrazové NPB, konkrétněji na střevní neprůchodnost neboli ileus. Tento stav má stále vysokou mortalitu i morbiditu, i přes veškeré diagnostické, chirurgické i intenzivní pokroky. Morbidita a mortalita závisí jak na rozsahu elementárních onemocnění, délce trvání neprůchodnosti, věku a dalších onemocněních, tak především na správnosti a rychlosti ošetření. Každého pacienta s tímto problémem by měl vyšetřit chirurg a určit jeho léčbu, další postup, případně kdy má být nemocný operován.

Role všeobecné a praktické sestry v péči o pacienta s ileem je velice klíčová. Pečuje o něj již před stanovením diagnózy, v předoperačním a pooperačním období. Zajišťuje prvotní ošetrovatelskou péči, zavádění invazivních vstupů a plnění různých úkonů dle ordinace lékaře. Velice důležitá je příprava nemocného na operační sál, při které se nesmí nic podcenit ani vynechat. Svou nenahraditelnou roli má praktická i všeobecná sestra v období po operaci, kdy zajišťuje vše pro komfort a zdraví pacienta, ať už je to podávání výživy, převazy operační rány či včasná mobilizace.

Teoretická část bakalářské práce obsahuje v prvním segmentu anatomii a fyziologii trávicí soustavy. Poté stručně rozděluje náhlé příhody břišní dle příčiny jejich vzniku. Dále navazuje na samotný ileus, jeho definici, dělení, projevy, příčiny, diagnostiku a léčbu. V poslední části se zabývá předoperační a pooperační péčí a komplikacemi po břišní operaci.

Při mém výběru tématu bakalářské práce hrálo velkou roli mé pracovní působení na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení. Problematika týkající se střevní neprůchodnosti je velmi častá a nevyzpytatelná. Zároveň mne toto téma velice zajímá. Pacientů s touto problematikou v průběhu času neubývá a diagnostika s léčbou je vždy náročná a stále se vyvíjí. Proto by tomuto tématu měl být věnován dostatek času na zpracování a vyhodnocení výsledků kvantitativního výzkumu.

Hlavním cílem práce je zmapování současné situace ošetrovatelské péče o pacienta se střevní neprůchodností. Vytvořením přehledného postupu by mohlo pomoci sestrám pracujícím na chirurgických odděleních a studentům zdravotnických škol se v této problematice lépe zorientovat.

1 Současný stav problematiky

V této kapitole je popsán současný stav problematiky střevní neprůchodnosti. Pojednává o anatomii a fyziologii gastrointestinálního traktu, o rozdělení NPB, o ileu a jeho rozdělení, příčin vzniku, dále o diagnostice, léčbě, předoperační a pooperační péči. Stručně jsou shrnuty pooperační komplikace.

1.1 Anatomie trávicí soustavy

Cílem této kapitoly je popsat anatomické uložení gastrointestinálního traktu.

1.1.1 Dutina ústní

Počátkem trávicí soustavy člověka je dutina ústní (cavita oris). Skládá se z měkkého a tvrdého patra (palatum molle et durum), dásně (gingiva), patrové mandle (tonsilla palatina), jazyku (lingua), zubů (dentes) a slinných žláz (glandulae oris) (Kachlík, 2020; Křivánková, 2019).

1.1.2 Hltan

Hltan (pharynx) je trubicový svalový orgán, který se nachází mezi ústní a nosní dutinou, přední plochou krční páteře a hrtanem vpředu. Sahá až do výše obratle C6 a kaudálně se pozvolna zužuje. Dělí se na tři části, a to nosní část neboli nosohltan (pars nasalis), do kterého mimo jiné ústí i sluchová Eustachova trubice, dále část ústní (pars oralis), která po stranách obsahuje krční mandle a část hrtanová (pars laryngea), kde se otvírá hrtanový vchod, který uzavírá hrtanová příklopka (epiglottis) shora (Kachlík, 2020).

1.1.3 Jícen

Jícen (oesophagus) je svalová trubice o délce asi 25 centimetrů a spojuje hltan se žaludkem. V místě krku a hrudníku je uložen v zadním mezihrudí těsně před páteří a do dutiny břišní vstupuje přes bránici (Čihák, 2013; Křivánková, 2019).

1.1.4 Žaludek

Žaludek (gaster; ventriculus) navazuje na jícen. Jedná se o vakovitý svalový orgán sloužící jako rezervoár potravy, uložen v horní části dutiny břišní. Tvarem připomíná zahnutý vak. Je obklopen játry, slinivkou břišní, bránicí a příčným tračníkem. Místo, kde dochází k vústění jícnu, se nazývá česlo (cardia). První částí žaludku je dno (fundus gastricus). Jedná se o nejširší úsek, uložen kraniálně, a obsahuje především spolykaný vzduch. Fundus má přední a zadní stěnu, které přecházejí v malé a velké zakřivení (curvatura minor et major), společně vytváří tělo (corpus gastricum) a vrátníkovou část (pars pylorica). Poslední částí žaludku je zúžený vrátník (pylorus) navazující na první část tenkého střeva, dvanáctník (Orel, 2019; Dylevský 2019).

1.1.5 Tenké střevo

Tenké střevo (intestinum tenue) navazuje na žaludek a má tři úseky – dvanáctník (duodenum), lačník (jejunum) a kyčelník (ileum). U živého člověka se uvádí délka tři až pět metrů. Sliznice obsahuje klky neboli střevní výběžky, mnohočetné příčné kruhové řasy a velké množství drobných žláz. Tenké střevo, s výjimkou dvanáctníku pokrývá pobřišnice a je upevněno na šikmém závěsu (mesenterium) (Čihák, 2013; Hudák, 2021).

1.1.5.1 Duodenum

Dvanáctník přímo navazuje na žaludek a je nejkratším úsekem tenkého střeva. Jeho délka dosahuje 20 až 28 cm. Tvarem připomíná podkovu. Nachází se za nástěnným peritoneem. Má stálou polohu, jelikož přirůstá k zadní stěně břišní pomocí adventicie. V horní části (pars superior) začíná rozšířením (bulbus), navazuje na sestupnou část (pars descendens), do které vyústí hlavní žlučový kanál (ductus choledochus) a slinivkový vývod (ductus pancreaticus), dále pokračuje dolní (pars inferior) a vzestupnou částí (pars ascendens), ta obloukovitě přechází do lačníku (flexura duodenojejunalis) (Kachlík, 2020; Mellová a kol., 2018).

1.1.5.2 Jejunum a ileum

Navazují na duodenum a spolu jsou propojeny bez jasné hranice. Kyčelník (ileum) se v dutině břišní nachází spíše vpravo dole, lačník (jejunum) vlevo nahoře. Společně mají mesenterium, které obsahuje nestálé množství tuku, nervy zásobující tenké střevo, krevní a mízní cévy. Lačník má na rozdíl od kyčelníku širší průsvit, lepší cévní zásobení, vyšší slizniční řasy, méně mízní tkáně a tvoří zhruba dvě pětiny délky tenkého střeva. Kyčelník v pravé jámě kyčelní zprudka přechází do tlustého střeva. Výjimečně se může z kyčelníku vytvořit výčlipka, tzv. Meckelův divertikl, nacházející se orálně 10 až 100 cm od přechodu tenkého střeva do tlustého (Kachlík, 2020).

1.1.6 Tlusté střevo

Poslední část trávicí trubice se nazývá tlusté střevo (intestinum crassum). Oproti tenkému střevu má větší průsvit. Pro tlusté střevo jsou na jeho stěnách typické výpuky (haustra) a množství tukových přívěšků (apendix omentalis) zvenčí. S výjimkou zadních ploch sestupného a vzestupného tračníku je vnější povrch střeva kryt pobřišnicí. Tlusté střevo se skládá ze tří částí. První tvoří slepé střevo (caecum), které je nejširší částí a obsahuje červovitý výběžek (apendix vermiformis). Ten má proměnlivou polohu i délku. Dále se zde nachází tračník (colon) rozdělující se na vzestupný (colon ascendens), příčný (colon transversum), sestupný (colon descendens) a nakonec esovitá klička (colon sigmoideum). Tračník vzestupný se nachází po pravé straně dutiny břišní a vychází od slepého střeva kraniálně pod játra. Tračník příčný jde napříč pod játry a žaludkem ke slezině. Tračník sestupný vede po levé straně dutiny břišní od sleziny dolů. Esovitá klička je esovitě zakřivena a navazuje na poslední část tlustého střeva, kterým je konečník (rectum), ten vyústí ven otvorem nazývaným řiť (anus) (Orel, 2019; Dylevský 2019).

1.2 Fyziologie trávicí soustavy

Trávicí soustava (systema digestorium) člověka zajišťuje přijímání potravy, chemické a mechanické zpracování, absorpci živin z přijímané potravy a postupné vylučování nestravitelných nebo nestrávených zbytků potravy (Čihák, 2013).

1.2.1 Dutina ústní

Zde dochází k mechanickému zpracování potravin za pomoci žvýkacích svalů. Dochází tedy ke žvýkání. Pomocí musculus masseter (hlavního žvýkacího svalu) ovládáme dolní čelist (mandibula), která zajišťuje ukusování a žvýkací pohyby. Pomocí žvýkání je potrava mechanicky drcena a smíchává se se slinami (Kittnar, 2020).

1.2.2 Jícen

Pomocí polykacího reflexu, k němuž dochází ještě v dutině ústní na kořenu jazyka, je sousto vtlačováno do hltanu a následně do jícnu. Jeho hlavní funkce je zajistit transport potravy z hltanu do žaludku díky peristaltické vlně, která je iniciována volným polknutím sousta (Hudák a kol., 2017).

1.2.3 Žaludek

V žaludku dochází k uskladňování potravy, která je přijímána z jícnu. Mísí se zde se žaludeční šťávou, jejíž hlavní součásti jsou pepsinogen, mucin a kyselina chlorovodíková. Díky těmto složkám v kombinaci s kontrakcemi svaloviny žaludku (žaludeční peristaltika) dochází k přeměně potravy na tráveninu neboli chymus. Na lačno dosahuje objem žaludku zhruba 50 až 100 mililitrů, při naplnění potravou může dosáhnout objemu až 1,5 litru. Již v žaludku dochází k trávení bílkovin díky pepsinu (Petřek, 2019).

1.2.4 Tenké střevo

Dvanáctník obsahuje početné žlázy ve sliznici (Brunnerovy žlázy), které produkují zásaditý sekret. Zároveň do duodena ústí společný vývod žlučových cest a slinivky břišní na Vaterské papile. K dokončení trávení dochází právě v tenkém střevě, kdy se chymus promíchává s trávicími šťávami, a dochází zde ke vstřebávání produktů trávení do krevního oběhu. Klíčovou roli zaujímá dvanáctník, díky kterému se koordinují všechny aktivity související s resorpcí a trávením. Dochází ke trávení tuků pomocí pankreatické lipázy, což je enzym trávicí tuky. Dále se v tenkém střevě tráví sacharidy, bílkoviny a nukleové kyseliny. Nukleové kyseliny štěpí ve střevě pankreatické nukleázy na nukleotidy. Také se zde vstřebávají tuky, monosacharidy, bílkoviny a především voda. Každý den do střev přichází zhruba dva litry požitá voda a sedm litrů šťáv, které produkuje sliznice a žlázy trávicího systému. Přibližně 98 % tekutin se vstřebává a pouze 200 mililitrů odchází stolicí (Petřek, 2019).

Rozlišujeme pohyby místní a celkové. Pohyby místní mají za úkol promíchání tráveniny s trávicími šťávami. Pohyby celkové neboli peristaltické obsah střeva posunují aborálně čili

směrem dolů od úst. Roztažení stěny střeva a jeho zvýšená náplň spustí kontrakci svaloviny střeva (Kittnar, 2020).

1.2.5 Tlusté střevo

Tlusté střevo plní především skladovací funkci a má schopnost regulovat objem vody. V tlustém střevě je secernován hlavně hlen, který podporuje hladký pohyb tráveniny. Pohyby tlustého střeva jsou charakterizovány posouváním obsahu směrem k rektu. Motilitu mohou stimulovat některé gastrointestinální hormony jako gastrin, sekretin a cholecystokinin (Petřek, 2019).

Za jeden den tlustým střevem projde zhruba 1,5 litru až 2 litry tráveniny. Velká část se vstřebává a ve střevě zůstane asi 150 až 200 mililitrů polotuhé stolice. Sliznice tlustého střeva vstřebává kromě vody i ionty jako sodík a chlor, do střeva vylučuje draslík a hydrogenuhličitan (Petřek, 2019).

V tlustém střevě se vyskytují saprofytické bakterie, které jsou anaerobní a mohou štěpit sacharidy, celulózu a pektin nebo bílkoviny rozkládat hnilobně, tím se podílí na konečné úpravě stolice (Kittnar, 2020).

Konečník neboli rektum je většinu času prázdný. Pokud dojde k jeho naplnění, vyvolá se reflexní děj nazývaný se defekační reflex. Se zvyšujícím se tlakem na stěnu rekta se otevírá vnitřní svěrač ovládaný vegetativním nervstvem, tudíž jej nelze ovládat vůlí. Naopak svěrač zevní je zcela ovládaný naší vůlí a pokud dojde k jeho povolení, je pak umožněno úplné vyprázdnění stolice (Kittnar, 2020).

Stolice je utvořena z nestravitelných zbytků potravy, velkého množství bakterií, vody a odloupaných střevních buněk (Petřek, 2019).

1.3 Náhlé příhody břichní

Náhlé příhody břichní jsou akutním onemocněním břicha charakterizovaným náhlým začátkem z plného zdraví a rychlým průběhem. Vyžadují rychlou diagnostiku a terapii. Žádná, opožděná či nesprávná léčba NPB může člověka poškodit na zdraví či životě (Vodička, 2014).

1.3.1 Neúrazové

Neúrazové NPB mohou být zánětlivé, ileózní či krvácení do gastrointestinálního traktu (dále také „GIT“). Mezi zánětlivé se řadí ohraničený zánět na postižený orgán (např. akutní cholecystitida, akutní apendicitida, akutní pankreatitida). Dále do této skupiny patří zánět s přechodem do okolí (např. abscesy, zánětlivé infiltráty či cirkumskriptní peritonitida) a v neposlední řadě záněty šířící se do okolí (např. difúzní peritonitida) (Vodička, 2014).

Ileózní NPB rozdělujeme na mechanický (strangulační, obstrukční), neurogenní (spastický, paralytický) a cévní ileus, což je akutní ischemie mezenterických cév (Páral, 2020).

Jako třetí část neúrazových NPB se vyčleňuje krvácení z jakékoliv části GIT. Hematemézou a melénou se projevuje krvácení do horní části GIT a enteroragii do dolní části. Nejčastější příčiny krvácení do horního GIT je peptický vřed žaludku a duodena, erozivní gastropatie, Mallory-

Weissův syndrom, jícnové varixy a nádory v oblasti žaludku. Krvácení do dolního GIT způsobují divertikly tlustého střeva, kolitida, krvácení po polypektomii a další (Páral, 2020).

1.3.2 Úrazové

Po násilném tupém poranění břicha může dojít k ruptuře parenchymatózních orgánů a velkých cév dutiny břišní, což může způsobit hemoperitoneum neboli přítomnost volné krve v peritoneální dutině. To ovšem nemusí vzniknout pouze při poranění, ale může nastat i při některých zánětech a nádorech v dutině břišní. Při otevřených poraněních, jakými jsou například rány bodné, střelné a sečné, dojde k perforaci dutých orgánů v peritoneální dutině. V případě, že dojde k oběma formám úrazových NPB najednou, mluvíme o smíšené formě (Slezáková a kolektiv, 2021).

1.4 Ileus

Ileus neboli střevní neprůchodnost se definuje jako zástava pasáže střevního obsahu. Může dojít i k následnému rozvratu vnitřního prostředí. Pokud dojde k zástavě pasáže, hromadí se plyný i tekutý obsah před překážkou, což má za následek vzduchaté břicho či meteorismus. Ileus se může vyskytovat na tenkém i tlustém střevě (Ferko, Šubrt, Dědek 2015).

Dle toho, kde je překážka umístěna, můžeme rozlišit vysoký ileus, při němž je poškozena horní část GIT, dále ileus na tenkém či tlustém střevě. U vysokého ileu jsou nejčastější nádory žaludku, pyloru, dvanáctníku, slinivky břišní či komplikace chronické pankreatitidy nebo vředové choroby. Ileus na tenkém střevě je nejčastější a nejvíce se vyskytují adheze. U tlustého střeva se nejvíce setkáváme s nádory na sestupném tračníku, komplikace divertikulitidy a častý je také volvulus (Libová a kol., 2019).

1.4.1 Mechanický ileus

Mechanický ileus je nejčastěji způsoben mechanickou překážkou jako jsou například srůsty, nádory, invaginace, hustá stolice, cizí tělesa ve střevě, zánět, absces a tak dále (Ferko a kol. 2015; Plevová a kol., 2021; Pokrivčák, 2014).

1.4.1.1 Obstrukční ileus

U obstrukčního ileu dochází k uzavěru střevní kličky, aniž by bylo ohroženo její cévní zásobení. Tento typ mohou způsobovat různé kýly, srůsty po předchozích operacích, karcinomatózy, abscesy, útlaky nádory či samotné nádory, záněty střevní stěny jako je Crohnova nemoc či divertikulitida, vrozené malformace, cizí tělesa, žlučové kameny, díky kterým je způsoben biliární ileus (Ferko, Šubrt, Dědek 2015).

Nemocní se často potýkají s déle trvajícími trávicími problémy a s poruchami střevní pasáže. Bolesti jsou především kolikovitého rázu, které nastávají v intervalech. Dle umístění překážky nastává buďto časně nebo pozdní zvracení. Čím je překážka níž, tím později dochází ke zvracení (Vodička a kol., 2014).

1.4.1.2 Strangulační ileus

Strangulační ileus se vyznačuje uzavřením střevního lumina a útlakem mezenterálních cév, které vyživují střevo, a tím dochází k ohrožení jeho vitality. Strangulaci nejčastěji způsobují adheze vzniklé v důsledku předchozích operací, ale také uskřínuté kýly (například tříselné a femorální kýly). U tohoto typu ileu se také bavíme o invaginaci, kde se vsouvají dvě části střeva do sebe a dochází tím k útlaku cév. U dospělých tento typ není tolik častý jako u dětí, zvláště do jednoho roku věku. Také může vzniknout na střevu volvulus, jenž vzniká rotací střeva kolem jeho osy o 360 stupňů (Vodička a kol., 2014; Zámečník, 2019).

Nemocní trpí náhlými krutými bolestmi a reflexním zvracením. Postupně se rozvíjí šokový stav, při němž je nemocný bledý, opocení, neklidný, tachykardický a hypotenzní (Vodička a kol., 2014).

1.4.2 Neurogenní ileus

Neurogenní ileus vzniká na podkladě poškození nervových zakončení ve střevě, čímž dochází k zastavení střevní pasáže i přes to, že střevo je průchodné (Páral a kol., 2020).

1.4.2.1 Paralytický ileus

Pokud nastane nerovnováha mezi aktivitou sympatiku a parasimpatiku ve smyslu potlačení parasimpatiku, mluvíme o paralytickém ileu. Střevní kličky jsou v tomto případě rozšířené a střevní svalovina je paralyzovaná (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015).

Tento typ střevní neprůchodnosti může vzniknout z ne zcela jasných příčin, ale nejčastěji se vyskytuje pooperačně po výkonech v dutině břišní. Vyskytuje se při peritonitidě, při poranění míchy a páteře, po poranění břicha, při ledvinových či žlučových kolikách a další (Libová a kol., 2019; Zeman a kol., 2014).

Nemocní trpí zácpou, nevolností, zvracením, nadýmáním a bolestí břicha. Při poslechu břicha fonendoskopem je střevní peristaltika neslyšná, nastává takzvané mrtvolné ticho (Vodička a kol., 2014).

1.4.2.2 Spastický ileus

Ileus spastický není tak častý, spíše je vzácný. Setkáváme se s ním při některých neurologických onemocněních či onemocnění endokrinních orgánů, například příštítných tělísek. Klinikou se podobá mechanickému ileu, ale léčba je konzervativní (Vodička a kol., 2014).

Pacienti s tímto onemocněním pociťují výraznou trvalou bolest s občasným vyzařováním do zad. Může zde dojít i ke zvracení, zástavě střevní peristaltiky a schvácenosti (Libová a kol., 2019; Zeman a kol., 2014).

1.4.3 Cévní ileus

Vzniká akutní ischémie střeva způsobená trombem či embolem vzniklým v mezenterických cévách, čímž se snižuje prokrvení střeva a vznikne tak střevní neprůchodnost. Postihuje spíše

starší nemocné s aterosklerózou a s chorobami srdečními (Ferko a kol., 2015; Plevová a kol., 2021).

Projevy cévního ileu začínají zpravidla prudkou bolestí celého břicha a rozvíjí se šokový stav nemocného (Vodička a kol., 2014).

Pokud nedojde k včasné a správné diagnostice, dochází k rychlému šíření nekrózy střeva, která je v rámci léčby neřešitelná. Může končit až smrtí jedince (Páral a kol., 2020).

1.5 Diagnostika

Všechny body diagnostiky si vždy zajišťuje vyšetřující lékař a je důležité, aby byla diagnóza určena rychle a správně. Při nesprávné či příliš pomalu určené diagnóze může ileus člověka ohrozit na životě (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015).

1.5.1 Anamnéza

Při diagnostice jakéhokoli onemocnění začínáme vždy anamnézou pacienta. Při podezření na ileus se zaměřujeme na tři hlavní příznaky, kterými jsou bolest, zvracení a zástava střevní pasáže. U bolesti se zaměřujeme na její intenzitu, délku trvání, lokalizaci a její charakter. Zvracení je zprvu reflexní, poté je způsobeno nahromaděním střevního obsahu před překážkou. Varovný signál je miserere, což je zvracení střevního obsahu. To značí pokročilý ileósní stav. Nesmíme ale zapomínat na nynější onemocnění, anamnézu osobní, ve které nás zajímají předchozí operace a nemoci pacienta, pracovní a sociální, alergická, rodinná a farmakologická anamnéza. Nevynecháváme ani abusus pacienta (Ferko a kol., 2015; Bartůněk a kol., 2016; Nejedlá, 2015).

1.5.2 Fyzikální vyšetření

Dále se zaměřujeme na fyzikální vyšetření, které obsahuje takzvaně 5P. Jedná se o pohled, pohmat, poklep, poslech a per rektum. Při pohledu si všímáme celkového vzhledu pacienta, držení těla, barvy kůže, stavu výživy. Všímáme si také ran a jizev po předchozích operacích, popřípadě kýl v místech častého výskytu. Při pohledu posuzujeme úroveň břicha ve vztahu k hrudníku, a to buď nad niveau, v niveau a pod niveau. Pohmat se provádí prsty jedné či obou rukou střídavě či současně. Při tomto vyšetření by měl pacient zaujímat polohu na zádech s pokrčenými dolními končetinami, čímž se zamezí napnutí břišní stěny a usnadní tak lékaři vyšetření. Pohmatem se dá velice dobře zjistit bolestivé místo, hmatné rezistence a příznaky peritoneálního dráždění. Poklepem zjišťujeme rozdílné sluchové vjemy, odpor břišní stěny, bolestivost a obsah dutiny břišní. Sledujeme zde tři základní zvuky – jasný, temný a bubínkový. Při ileu je přítomný zvuk bubínkový. Za pomoci fonendoskopu se provádí poslech, při němž sledujeme střevní peristaltiku, ale také vyšetřujeme plíce a srdce, kde nás zajímají různé zvukové fenomény či šelesti. Slyšitelné přelévání střevního obsahu je za fyziologických podmínek zhruba patnáctkrát za minutu. Při paralytickém ileu střevní peristaltika chybí a nastává zde mrtvolné ticho. Při obstrukčním ileu přelévání může být bouřlivé se škroukáním. V neposlední řadě se nesmí zanedbávat per rektum čili vyšetření konečníku. Pacient zaujímá polohu vleže na boku s pokrčenými koleny. Lékař nejdříve vyšetří řitní otvor a jeho okolí pohledem. Může se zde vyskytnout zarudnutí, hemeroidy, různé píštěle a útvary. Při vlastním vyšetření konečníku, které

se provádí ukazovákem s použitím lubrikačního gelu, hodnotíme napětí svěračů, stěnu rekta a okolní orgány (prostata, děložní čípek, kostrč). Zvláště při NPB pozorujeme bolestivost takzvaného Douglasova prostoru, v němž může docházet ke hromadění patologického obsahu (například krev, hnis, ascites). V rámci fyzikálního vyšetření se dle ordinace lékaře může natočit pacientovi EKG (Páral a kol., 2020; Slezáková a kol., 2021).

1.5.3 Laboratorní vyšetření

Po fyzikálním vyšetření přichází na řadu laboratorní metody z krve a moči. Nejdůležitější je biochemické vyšetření, krevní obraz, hemokoagulační faktory a moč chemicky a morfologicky. Výsledky těchto odběrů jsou velmi nápomocné ke zhodnocení stavu vnitřního prostředí a pro posouzení stavu výživy pacienta. V biochemickém souboru se soustředíme na odběry jaterní s bilirubinem, amylázu a lipázu k vyloučení onemocnění slinivky břišní, CRP k posouzení zánětlivého procesu v těle, ionty, ledvinový soubor, glukóza a popřípadě nutriční ukazatele jakým je především albumin. V krevním obraze hodnotíme hemoglobin, hematokrit a leukocyty. V hemokoagulaci pro začátek stačí pouze základní INR. V moči posuzujeme hladinu močoviny a kreatininu, které nám ukáží chemické vyšetření, a dále přítomnost krevních elementů, hlenu, bakterií a bílkovin, což ukáží sediment moči (Libová a kol., 2019; Bartůněk a kol., 2016).

1.5.4 Zobrazovací metody

Dalším důležitým prvkem v diagnostice při podezření na ileus jsou zobrazovací metody. První volbou je ve většině případů nativní rentgenový snímek břicha provádějící se ve stoje. Pokud to stav pacienta neumožňuje, je možno udělat snímek vleže. Při popisu snímku je důležité se zaměřit na rozšíření střev a na přítomnost tekutiny a plynů v dutině břišní. Přítomnost hladinek ve střevě na snímku značí střevní neprůchodnost. Při této zobrazovací metodě je možno použít i kontrastní látku (Libová, Balková, Jankechová, 2019).

Ultrazvuk dutiny břišní není pro diagnostiku tolik přínosný. Ukáže nám dilataci střev, otok střevní stěny a volnou tekutinu, ale diagnózu ileu nepotvrdí jistě. Pokud RTG ani UZ neodhalí příčinu obtíží, provede se CT – výpočetní tomografie, při které je ideální podat kontrastní látku perorálně či intravenózně. To nám umožní sledovat průchodnost viscerálních cévních kmenů a dilataci kliček, eventuálně důvod překážky, například tumor (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015; Zeman a kol., 2014).

1.6 Léčba

Léčba střevní neprůchodnosti závisí na jejím typu, věku pacienta a jeho fyzické kondici. Může být buďto operační nebo konzervativní. Některé postupy však mají společné. Většina pacientů je s touto diagnózou hospitalizována na jednotkách intenzivní péče, abychom pacienta mohli neustále monitorovat, lépe sledovat jeho zdravotní stav a fyziologické funkce. U každého typu ileu se zavádí nasogastrická sonda, aby odvedla přebytečný obsah ze žaludku a můžeme poté i zhodnotit, zda jde o obsah žaludeční či střevní. Samozřejmě nesmí chybět žilní vstup zajištěný periferním žilním katétrek či centrálním žilním katétrek, které jsou potřebné k rehydrataci pacienta infuzními roztoky. Většině pacientů se zavádí i permanentní močový katétr k přesnému sledování tekutinové bilance a prevence močové retence (Slezáková a kol., 2021).

1.6.1 Mechanický ileus

Léčba je vždy chirurgická a operační zákrok se volí dle místa překážky (Vodička a kol., 2014).

1.6.1.1 Obstrukční ileus

Dle lokalizace a charakteru překážky lékař volí typ operačního výkonu. Pokud je z nějakých příčin stav inoperabilní, provádí se odlehčující operace, při kterých se konají takzvané spojky neboli anastomózy. Pokud není ani toto řešení možné, přichází na řadu založení stomie před překážkou (Vodička a kol., 2014).

1.6.1.2 Strangulační ileus

Stejně jako obstrukční ileus se i strangulační řeší chirurgicky. Volí se laparoskopický či laparotomický výkon, při kterém se přeruší strangulující pruh, případně se provede resekce střeva již nekrotické části (Slezáková a kol., 2021).

1.6.3 Neurogenní ileus

Neurogenní ileus je většinou následek nějakého jiného problému, tudíž pokud to jde a víme, co jej způsobuje, odstraníme příčinu, jež vyvolala neprůchodnost. Není řešitelný chirurgicky, proto postupujeme konzervativně. K již zmíněným základním úkonům jako je zavedení NGS, PŽK či ČŽK a PMK se k léčbě přidávají prokinetika, což jsou léky podporující střevní činnost, a dostatek infuzních roztoků k zabránění rozvratu vnitřního prostředí. Pokud je třeba, přidají se do infúzí ještě dle ordinace lékaře potřebné minerály, které pacientovi schází. Abychom pomohli pacientovi s odchodem větrů, můžeme aplikovat rektální rourku či klyzma (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015; Vilz, 2017).

1.6.4 Cévní ileus

Léčba je pouze chirurgická. Provádí se laparotomie, a pokud je diagnóza stanovená včas, je možné při zákroku krevní trombus či embolus z postižené cévy odstranit. V případě, že by střevo na určitých místech zůstalo ještě prokrvené, lze udělat resekci nekrotického střeva. Nekróza celého tenkého střeva není slučitelná se životem. Pokud ovšem znekrotizuje střevo tlusté, je možné jej resekovat a pacient má větší šanci na přežití. Nevýhodou však je, že pacient po tomto zákroku trpí syndromem krátkého střeva (Vodička a kol., 2014).

1.7 Předoperační příprava

Zahrnuje péči o pacienta v předoperačním období a ke snížení perioperačních a pooperačních komplikací musí být provedena správně a důsledně. Rozlišujeme předoperační přípravu dlouhodobou, krátkodobou, bezprostřední a urgentní (Ferko, Šubrt, Dědek a kol., 2015).

1.7.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Zahrnuje základní i odborná vyšetření prováděná praktickým lékařem pacienta. Základní interní vyšetření zahrnuje fyzikální vyšetření, měření fyziologických funkcí, screeningové vyšetření moči – chemicky a morfologicky, screeningové vyšetření krve – základní biochemický soubor, krevní obraz, krevní skupina + Rh faktor, APTT a Quick. Dle požadavků předoperačního vyšetření může být pacientovi natočeno EKG a proveden RTG snímek srdce a plic. Tato vyšetření by neměla být starší více než 14 dní před plánovaným výkonem. Doporučuje se vynechat kouření 8 týdnů před plánovaným zákrokem (Slezáková a kol. 2021; Ferko a kol., 2015).

1.7.2 Krátkodobá předoperační příprava

Slezáková (2019) uvádí, že se krátkodobá předoperační příprava odehrává 24 hodin před plánovaným zákrokem a zahrnuje předanestetické vyšetření, při kterém lékař seznámí pacienta s průběhem anestezie a komplikacemi s tím spojenými. Při této edukaci spolu podepíší souhlasy s celkovou a regionální anestezií. Pacient musí být před operací minimálně 6-8 hodin nalačno. U dehydratovaných pacientů se podává dostatek infuzních roztoků k zavodnění organismu. Dle ordinace chirurga a typu operace se nemocnému podává očistné klyisma či vyprazdňovací roztok střeva. Na základě zhodnocení soběstačnosti pacienta ošetřující personál provede či dopomůže nemocnému s hygienou. Při té příležitosti provede dezinfekci pupku a eventuálně oholení operačního pole dle pokynů operátora. Ošetřující personál dohlédne na vyjmutí zubních protéz a sundání veškerých šperků. Nedílnou součástí je psychická příprava pacienta. Jejím cílem je minimalizovat obavy a stres z výkonu. Večer před výkonem praktické a všeobecné sestry podávají premedikaci, kterou naordinoval anesteziolog v rámci předanestetického vyšetření (Páral a kol., 2020).

1.7.3 Bezprostřední předoperační příprava

Probíhá 1 až 2 hodiny před samotným výkonem. Zahrnuje kontrolu dokumentace včetně souhlasů, podání premedikace, která zajistí nemocnému psychický klid, a tak i stálou tělesnou teplotu. Dále se provádí aplikace infuzních přípravků k dodání tekutin před výkonem, prevence tromboembolické nemoci pomocí bandáží dolních končetin a podání preventivní dávky nízkomolekulárního heparinu dle ordinace lékaře. U diabetiků se podává intravenózně glukóza s dávkou inzulínu dle ranní glykémie. Ošetřující personál zodpovídá za to, aby si pacient sundal veškeré šperky, vyndal zubní protézy a plní požadavky operujícího lékaře dle kompetencí, například zavedení nasogastrické sondy, venózního katétru a tak dále. Vyprázdnění střeva pomocí klyisma či vyprazdňovacích roztoků závisí na typu operace a pokynech operátora. Nedošlo-li k přípravě operačního pole v krátkodobé předoperační přípravě, učiní se tak ráno při hygieně (Páral a kol. 2020; Ferko a kol., 2015).

1.7.4 Příprava pacienta k neodkladné operaci

U stavů vyžadujících akutní operaci, mezi které patří náhlé příhody břišní, tedy i ileus, omezujeme předoperační přípravu na výkony nezbytně nutné, které by měly vést ke snížení komplikací při i po výkonu. Tyto výkony se musí provést s co nejmenší časovou prodlevou, aby

mohl pacient co nejdříve na sál. Provádí se urgentní anesteziologické konzilium. Pokud má pacient již třeba z urgentního příjmu EKG, je to výhodou. Anamnéza je v tomto případě odebírána od pacienta či jeho příbuzných, což nemusí být stoprocentní. Hygiena je omezena pouze na větší nečistoty, koupel je kontraindikována, není čas pacienta umýt kompletně celého. Vyjmeme zubní protézy a sundáme šperky. Nesmíme vynechávat přípravu operačního pole, oholení u většího ochlupení či dezinfekce pupku. Krevní odběry provádíme STATIM (vyšetření požadované přednostně), aby byly co nejdříve. Lékař provede základní fyzikální vyšetření. Zavádíme důležité invazivní vstupy, jako je zajištění žilního vstupu, PMK a NGS. Edukujeme pacienta o zákazu perorálního příjmu. V případě, že není lačný 6 až 8 hodin, konzultujeme to s anesteziologem. Oblékneme pacienta do operačního prádla, uděláme bandáže dolních končetin a nasadíme operační čepici. Po celou dobu přípravy se snažíme o psychickou podporu. Neměli bychom však zapomínat na uschování cenných věcí pacienta (Slezáková a kol., 2021).

1.8 Pooperační ošetrovatelská péče

Navazuje bezprostředně na operační zákrok. Pacient zůstává dle jeho zdravotního stavu buďto několik hodin na pooperačním pokoji, na jednotce intenzivní péče, nebo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (Slezáková a kol., 2021).

Jedním z hlavních úkolů všeobecných a praktických sester je sledování fyziologických funkcí a jejich zaznamenávání do dokumentace. Sledujeme stav vědomí, srdeční tep, dech, tělesnou teplotu, saturaci kyslíkem a krevní tlak v pravidelných intervalech. První hodinu po operačním výkonu měříme krevní tlak každých 15 minut, další hodinu každých 30 minut. Veškeré údaje je důležité zapisovat do dokumentace pacienta. Dále se fyziologické funkce měří dle ordinace lékaře. Také pozorujeme vyprazdňování moči. Nemá-li pacient PMK a nevymočí se maximálně do osmi hodin po zákroku, je indikace k zavedení PMK (Páral a kol., 2020).

Poté pozorujeme a hodnotíme stav operační rány, krvácení, bolest, všechny drenáže pacienta, jejich množství a charakter, bilanci tekutin a invazivní vstupy. Z invazivních vstupů kontrolujeme žilní vstupy, zda nevykazují známky zánětu, a jejich funkčnost, PMK a jeho průchodnost a odpady z NGS. Má-li pacient i jiné druhy invazivních vstupů, jako je například epidurální katétr, kontrolujeme je taktéž (Páral a kol. 2020; Vytečková 2015).

Podáváme léky a infuzní přípravky dle ordinace lékaře. Dbáme na včasnou mobilitu, soběstačnost pacienta dle jeho stavu v každodenních aktivitách jako je osobní hygiena, strava a pohyb. Pokud tyto činnosti nezvládne sám, je důležitá pomoc od ošetřujícího personálu. Edukujeme o správném zvedání z lůžka. Sledujeme i psychický stav pacienta (Slezáková a kol., 2019).

1.8.1 Výživa

Po operačních výkonech na střevech je velmi důležitá péče o výživu pacienta. Bezprostředně po zákroku pacient nesmí přijímat nic per os až do odeznění anestezie. Zhruba po 6 hodinách po výkonu se může začít podávat čaj či voda, ale jen po malých doušcích. První pooperační den se doporučuje přetrvát na čajové dietě při menších porcích tekutin. Další pooperační dny záleží na stavu pacienta, na jeho střevní peristaltice a celkové funkčnosti GIT. V případě nutričního rizika se volí výživa parenterální, tudíž mimo trávicí trakt. Tato výživa se podává nitrožilně a měla by

nahradit přibližně 75 % energetického příjmu. Jestliže mají střeva schopnost alespoň nějaké peristaltiky, postupně se přechází na dietu tekutou, dále kašovitou či mixovanou. Ke každé dietě se může přidat sipping – pro získání více kalorií. Množství stravy je závislé na rozsahu funkčnosti GIT a na toleranci pacienta, která je velmi individuální. Další dny jsou závislé na střevní peristaltice. Pokud dojde k její plné obnově, může se přejít na dietu šetřící. V případě, že by byl pacient diabetik, nasazuje se dieta diabetická tekutá, kašovitá, šetřící a tak dále. Plnohodnotná strava se doporučuje až při úplném fungování střevní peristaltiky a toleranci pacienta. Pacientům se stomií se doporučuje jíst menší porce vícekrát denně a dodržovat pitný režim. Strava by měla být bezezbytková a měla by se omezit příliš kořeněná, pálivá a nadýmavá jídla (Zárubová, 2020).

1.8.3 Péče o operační ránu

První převaz se nejčastěji provádí do 48 hodin po operačním zákroku. Jestliže je krytí jakýmkoliv způsobem porušeno, ať už krvácením či jinými faktory, převazujeme ránu okamžitě. Při převazu postupujeme přísně asepticky. Provedeme sejmutí původního krytí, následně dezinfekci a očištění rány od všech nečistot v rámci prevence komplikací. Zhodnotíme operační ránu, její okolí, krytí, projevy komplikací, zarudnutí, zápach, různé exsudáty, krvácení, hematomy a bolestivost. Pokud je rána v pořádku bez jakýchkoliv náznaků komplikací, překryjeme ránu sterilním krytím. V případě, že vznikají nějaké komplikace ve smyslu krvácení, hnisavé sekrece, zarudnutí, dehiscence a tak dále, informujeme lékaře a dále postupujeme dle jeho ordinací. Veškeré hodnocení operační rány zapisujeme do zdravotnické dokumentace, včetně postupu celého převazu – jaký byl použit materiál. Následující dny provádíme převazy jednou denně, pokud není od lékaře určeno jinak, nebo při znečištění krytí okamžitě (Brabcová, 2021).

Nesmíme zapomínat na péči o drenáže, které jsou využívány k odsátí sekretů z břišní dutiny. Co se převazu týče, postupujeme stejně jako u operační rány. U drénů kontrolujeme funkčnost, krytí, fixaci ke kůži, charakter a množství odpadů. Má-li pacient více drénů, kontrolujeme navíc jejich označení. Veškeré informace o drenáži zapisujeme do zdravotnické dokumentace (Vytečková, 2015).

1.8.3 Péče o stomie

V případě, že je při operaci pacientovi vyšita stomie, péče o ni spadá do kompetence praktických a všeobecných sester. Stomie se definuje jako dočasné nebo trvalé vyústění části tenkého nebo tlustého střeva na povrch těla. Pro pacienta je stomie něco nového a možná pro něj děsivého co se ošetřování týče. Proto pro něj musíme být psychickou podporou a vše mu srozumitelně vysvětlovat. Pokud to jeho stav umožní, může si výměnu pomůcek pacient zkusit sám s naší pomocí ideálně před zrcadlem (Kapounová, 2020; Lukáš, Hoch a kol., 2018).

Pomůcky stomické mohou být jednodílné – podložka a sáček jsou spojeny v jedno, nebo dvoudílné – podložka a sáček jsou zvlášť a nacvakávají se na sebe. Výměna stomických pomůcek začíná odstraněním původní stomické pomůcky. Podložka se odstraňuje pomocí odstraňovače náplasti, aby sundání bylo co nejvíce šetrné. Podložky se nesmí z kůže strhávat, mohlo by dojít k erozím kůže. Po sejmutí podložky se kůže v okolí stomie omyje pomocí čistící pěny nebo čistících roztoků určených přímo k hygieně v okolí vývodu. Dále se kůže osuší netkaným

čtvercem či papírovými ubrousky na jedno použití. Poté se na kůži aplikuje ochranný film, ten se nechá několik sekund zaschnout. Vytvoří se celistvý film a zvýší se přilnavost podložky. Není-li okolí rovné a vyskytuje se v okolí stomatu jakákoliv nerovnost, může se použít vyrovnávací pasta nebo těsnící kroužky a manžety. Je-li okolí nachystané, nalepí se podložka, ve které je vytvořen otvor dle velikosti a tvaru vývodu. Nesmí se zapomínat na kontrolu nalepených pomůcek, zda neutěsňují samotnou stomii, nebo jestli není otvor větší, než by měl být. To poté vede k dráždění kůže střevním obsahem. Dále je důležité, aby vše dobře těsnilo a nedocházelo tak k podtékání. Výměna by se měla provádět dle typu podložky, ale většinou se jedná o prodlevu dvou až čtyř dnů. Při jakémkoliv podezření na nefunkčnost pomůcek se výměna provádí okamžitě (Drlíková, Zachová, Karlovská a kol., 2016).

1.8.4 Péče o invazivní vstupy

Permanentní žilní katétr je zaveden periferně a zavádí jej praktická sestra pod dohledem všeobecné sestry či sestra všeobecná. Již při jeho zavádění by měl být pacient informován o začátečních příznacích infekce – bolest, otok, zarudnutí. Tyto tři věci je ale potřeba sledovat i zdravotnickým personálem několikrát denně. Navíc ještě sledujeme průchodnost, délku zavedení a stav krytí. PŽK převazujeme dle potřeby a podle typu krytí. Textilní krytí je potřeba měnit maximálně do 48 hodin, textilní krytí s transparentním okénkem a transparentní semipermeabilní fólií do 72 hodin. Možnými komplikacemi při kanylaci periferního žilního řečiště jsou hematoma, flebitida, chybná intraarteriální punkce a paravenózní podání léků. V rámci rizika vzniku flebitidy se nejčastěji používá hodnotící škála dle Madonna (Vytečková a kol., 2015).

Centrální žilní katétr zavádí lékař. Jedná se o přístup do povodí horní nebo dolní duté žíly. Provádíme pravidelné kontroly a převazy místa vpichu. Převazy provádíme dle druhu krytí a přísně asepticky pro zamezení vzniku infekce. Stejně jako u PŽK hodnotíme místo vpichu, funkčnost, délku zavedení, bolest, otok a stav krytí. Mezi možné komplikace vzniklé již při zavedení patří pneumotorax, alergická reakce na dezinfekční prostředek či lokální anestetikum, zvýšené krvácení, nesprávná poloha katétru, perforace stěny žíly a arytmie. Později se může objevit vzduchová embolie, hematoma, trombóza, tromboembolie a katérová sepse (Plevová, Zoubková a kol., 2021).

Méně častý PICC katétr je centrální žilní katétr zavedený přes periferii a zavádí jej lékař. Může být zaveden až jeden rok. Není přišitý ke kůži, ale je fixován speciálním lepením. Ošetřovatelská péče je stejná jako u ČŽK. Další méně častý katétr je midline. Zavádí se do periferie. Péče o midline je stejná jako o PICC katétr (Dingová, Vrabelová, Lidická, 2018).

Arteriální katétr také není při ileu velmi častý. Sledujeme funkčnost, okolí vpichu, zarudnutí, otok, délku zavedení a celkový vzhled končetiny, na které je zaveden. Při jakékoliv komplikaci informujeme lékaře. Do AK neaplikujeme žádné léky (Vytečková, 2015).

Při zavedené nasogastrické sondě sledujeme množství a charakter obsahu. Kontrolujeme délku zavedení, fixaci náplastí k nosu, potencionální dislokaci a správnost zavedení. Je-li potřebné NGS odstranit a zavést znovu, volíme druhý nosní průchod, než ve kterém byla původně zavedena, abychom předešli tvorbě dekubitů na sliznici. Neměla by být zavedena déle než 8 týdnů (Plevová, Kachlová, 2023).

Péče o permanentní močový katétr zahrnuje důslednou hygienu genitálu. U mužů PMK zavádí lékař, u žen zdravotnický personál, ale zavedení i výměnu vždy indikuje lékař. Musíme kontrolovat délku zavedení, sledovat a zaznamenávat počínající příznaky celkové i lokální infekce a neprodleně je hlásit lékaři. Dále hodnotíme a zaznamenáváme barvu, příměsi zápach a množství moči. Musí být umožněn volný spád moči do sběrného sáčku, aby obsah nestagnoval v močovém měchýři. Je důležité celý systém rozpojovat co nejméně a při případném rozpojení udržovat konce sterilní. Urosepse, neúmyslné vytažení PMK, traumatické poškození močové trubice či močového měchýře tvoří možné komplikace (Dingová, Vrabelová, Lidická, 2018).

Epidurální katétr se v chirurgii zavádí ke zmírnění především pooperačních bolestí. Pozorujeme celkový stav pacienta, hybnost dolních končetin, bolest, místo vpichu a krytí. Výměna krytí je každých 96 hodin. V případě znečištění či porušení krytí se provádí výměna ihned. Komplikací může být toxická hladina anestetik, hypotenze, perforace tvrdé pleny, útlum dýchacího centra v souvislosti s podáním opioidů, retence moči a poškození cév (Veverková, 2019).

1.8.5 Rehabilitace pacienta

V rámci pooperační péče je rehabilitace pacienta důležitá v rámci udržení či navrácení soběstačnosti a slouží jako prevence imobilizačního syndromu. Polohování je důležité především u pacientů, kteří mají omezení či ztrátu hybnosti. Polohováním dochází k odlehčení kůže, to zlepšuje prokrvení a tím dochází k prevenci dekubitů. V případě, že je pacient závislý na pomoci při polohování, je důležité polohu upravovat každé dvě hodiny. K prevenci vzniku otoků a tromboembolické nemoci slouží rehabilitace cévní, při které se cvičí flexe a extenze prstů, kroužení a extenze dolní končetiny v kotníku. Dechová rehabilitace po břišních operacích poslouží jako prevence pneumonie a atelektázy. Správná vertikalizace z lůžka je velmi důležitá. Provádí se přes bok do sedu, aby nedošlo k nadměrnému zvýšení nitrobřišního tlaku a tlaku na operační ránu (Stranníková, 2018).

1.9 Pooperační komplikace

„Pooperační komplikací rozumíme jakoukoli odchylku od normálního či očekávaného průběhu hojení a rekonvalescence pacienta po operaci. Každá operace s sebou nese rizika pooperačních komplikací, která vyplývají z podání anestezie, z povahy samotného operačního výkonu a z reakce organismu na operační trauma.“ (Páral a kol. 2020, str. 268)

1.9.1 Pooperační nemoc

Jedná se o poruchy vzniklé následkem operačního výkonu. Mezi její lokální symptomy se řadí edém v oblasti operační rány, překrvení a transsudace lymfy v oblasti rány. Celkové symptomy jsou bolesti, tachypnoe a tachykardie, nauzea, polydipsie, nespavost, hypotenze, vomitus, oligurie až anurie, zástava střevní peristaltiky a retence moči (Slezáková a kol., 2019).

1.9.2 Komplikace v operační ráně

V operační ráně může dojít hned k několika komplikacím. Častá je infekce v ráně, která se však projeví pět až sedm dní po operaci, a to zvýšenou tělesnou teplotou, zarudnutím v ráně či

hnisanou sekrecí. Na to může navazovat rozestup rány neboli dehiscence. Postiženy mohou být pouze některé vrstvy rány nebo kompletně všechny vrstvy spojené s výhřezem orgánů. Varovným příznakem je pro dehiscenci protékání serózní tekutiny mezi stehy. Mezi komplikace neodmyslitelně patří krvácení z rány. Mezi stehy protéká čerstvá krev nebo se hromadí pod kůží, čímž poté vzniká podkožní hematoma. Pokud se v podkoží rány nahromadí větší množství serózní tekutiny, jedná se o serom. V neposledním případě může dojít k nekróze operační rány, která se projevuje fialovým až černým zbarvením kožních okrajů (Shinohara, 2020).

1.9.3 Pooperační komplikace dýchacího ústrojí

Pokud dojde k obstrukci bronchu, nastane nevzdušnost plic neboli atelektáza. Během úvodu do anestezie, nebo při probouzení pacienta může dojít ke vdechnutí například žaludečního obsahu při zvracení, tento stav nazýváme aspirace. Jestliže je přítomna tekutina v plicních alveolách, mluvíme o plicním edému, který je přítomný například při levostranném srdečním selhání. Nejčastější pooperační komplikací dýchacího ústrojí je zánět plic, konkrétněji bronchopneumonie, projevující se například tachykardií, dušností, cyanózou, subfebriliemi, vykašláváním většího množství sputa, dechovou tísní, tachyponí a tak dále (Slezáková a kol., 2019; Ferko a kol., 2015).

1.9.4 Pooperační komplikace kardiální a tromboembolické

Komplikací kardiální je srdeční selhání levostranné při infarktu myokardu, fibrilaci síní či komorové tachykardii, a pravostranné při plicní embolii či při přetížení tekutinami. Projevy kardiálních komplikací jsou například dušnost, tachykardie, hypotenze, poruchy srdečního rytmu a bolesti na hrudníku. Tromboflebitida je zánět povrchových žil projevující se začervenaním a otokem v průběhu žíly. Vzniká nejčastěji u periferního žilního katétru, když je podávána infuze paravenózně. Flebotrombóza je zánět postihující hluboké žíly především dolních končetin, projevující se otokem celé dolní končetiny, bolestí, lesklou kůží, subfebrilií a další. Tento stav často vede k plicní embolii, což je nejzávažnější kardiální komplikací, vyjma srdeční zástavy. Z tohoto důvodu by měl být pacient řádně monitorován (Páral a kol., 2020; Slezáková a kol., 2019).

1.9.5 Pooperační komplikace GIT

Nejčastější komplikací je paralytický ileus, méně častý mechanický ileus. Následkem operace může nastat atonie žaludeční svaloviny. Tím dojde ke stagnaci žaludečního obsahu a tedy k roztažení žaludku samotného (Páral a kol., 2020; Slezáková a kol., 2019).

1.9.6 Ostatní pooperační komplikace

Pooperačních komplikací je celá škála, ale mezi ty důležité jistě patří ještě poruchy hemostázy, retence moči, renální insuficience, psychické poruchy, dekubity, zvýšená teplota a alergické reakce (Páral a kol., 2020).

1.10 Ošetrovatelské diagnózy

Popisují aktuální či potenciální zdravotní problémy pacienta, stanovují cíle, intervence a následné zhodnocení určitého problému pacienta. Za použití klinického úsudku pomáhají formulace ošetrovatelských diagnóz při plnění ošetrovatelského procesu. Stanovuje je praktická či všeobecná sestra a jsou velice individuální dle pacientových potřeb. Ošetrovatelské diagnózy mohou být aktuální, ty poukazují na aktuální problém pacienta, anebo potenciální, které udávají riziko, jímž může být pacient ohrožen. Dále se dělí na dvojsložkové – týkají se možného problému, tvoří je riziko a rizikový faktor, a na trojsložkové – týkají se aktuálního problému, obsahují problém, související faktor a určující znaky (Tóthová, 2014; Toney-Butler, Thayer, 2023).

1.10.1 Příklady ošetrovatelských diagnóz vyskytujících se při ileu

Mezi jednu z nejčastějších diagnóz patří akutní bolest v závislosti na operačním výkonu či diagnóze ileu. Naším cílem je snížit intenzitu bolesti či ji úplně odstranit, aby pacienta neomezovala ve vykonávání běžných činností. Zjišťujeme lokalizaci, intenzitu, délku trvání, charakter a intenzitu bolesti. To se nazývá intervence. Poté dle ordinace lékaře podáváme analgetika, pomáháme pacientovi zaujmout úlevovou polohu, sledujeme účinnost podaných analgetik a vše zaznamenáváme do dokumentace. Při nedosažení cíle celý proces opakujeme (Tóthová, 2014).

Další velmi častá ošetrovatelská diagnóza představuje riziko infekce spojené s různými invazivními vstupy a operačním zákrokem. Cílem je zamezit vzniku infekce, popřípadě ji včas objevit. Musíme tedy dbát na přísně aseptický postup při ošetrování invazivních vstupů a operační rány. Na žilních vstupech kontrolujeme minimálně jednou denně krytí, funkčnost a délku zavedení (Tóthová, 2014).

Riziko pádu neodmyslitelně patří mezi časté ošetrovatelské diagnózy, proto jej vyhodnocujeme při příjmu pacienta na oddělení, změně zdravotního stavu, překladi na jiné oddělení nebo jednou týdně dle zvyklostí oddělení. Zjišťujeme tak dle screeningového vyšetření, při kterém hodnotíme pomocí bodů věk, pád v anamnéze, pohyb, vyprazdňování, medikaci, smyslové poruchy a mentální status. V případě, že nám vyjde riziko pádu, edukujeme o tom pacienta, zajistíme mu kompenzační pomůcky či doprovod při chůzi a přizpůsobíme lůžko tak, aby měl všechny důležité věci na dosah ruky (Horová, Brabcová, Bejvančická, 2020).

Dalšími ošetrovatelskými diagnózami jsou například riziko porušení kožní integrity, deficit sebepéče, zmatenost, riziko nedostatečné výživy, riziko imobilizačního syndromu, narušený spánek a další (Herdman, Kamitsuru, Lopes, 2021).

2 Výzkumná část

Výzkumná část mé bakalářské práce obsahuje cíle, výzkumné otázky, metodiku výzkumu, popis míst, kde výzkum probíhal a použité metody k vyhodnocení získaných dat. Data byla získána prostřednictvím dotazníkového šetření, jehož výsledky jsou zpracovány formou grafů a tabulek. V této práci jsou analyzovány informace o respondentech, jako je jejich věk, vzdělání, pohlaví a délka praxe na chirurgickém oddělení.

2.1 Cíl práce

Zmapování současné situace ošetrovatelské péče o pacienta se střevní neprůchodností a také zjistit informovanost praktických a všeobecných sester o prvních příznacích komplikací po operaci ileu.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak probíhá ošetrovatelská péče u pacienta se střevní neprůchodností?
2. Jaká je informovanost praktických a všeobecných sester o prvních příznacích komplikací po operaci?

2.3 Metodika výzkumu

V práci je zvolena kvantitativní výzkumná metoda formou dotazníkového šetření. Výhodou této metody je poměrně rychlý sběr dat. Nevýhodou však je neúplná návratnost dotazníků. Celkem bylo rozdáno 135 dotazníků, z nichž mi bylo vráceno 100 (74 %) plně vyplněných dotazníků. Dotazník (viz Příloha 1) byl naprosto anonymní. Samotný dotazník se skládá z 19 otázek, z toho je 11 otázek uzavřených, jedna polouzavřená, 3 jsou typu multiple-choice a ve 4 otázkách byla použita Likertova škála. První 4 otázky směřují na informace o respondentech – jakého jsou pohlaví, jejich věk, jejich nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe na chirurgickém oddělení. Zbýlá část je zaměřena na informovanost všeobecných a praktických sester o ošetrovatelské péči pacienta s ileem a o prvních příznacích komplikací po operaci.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

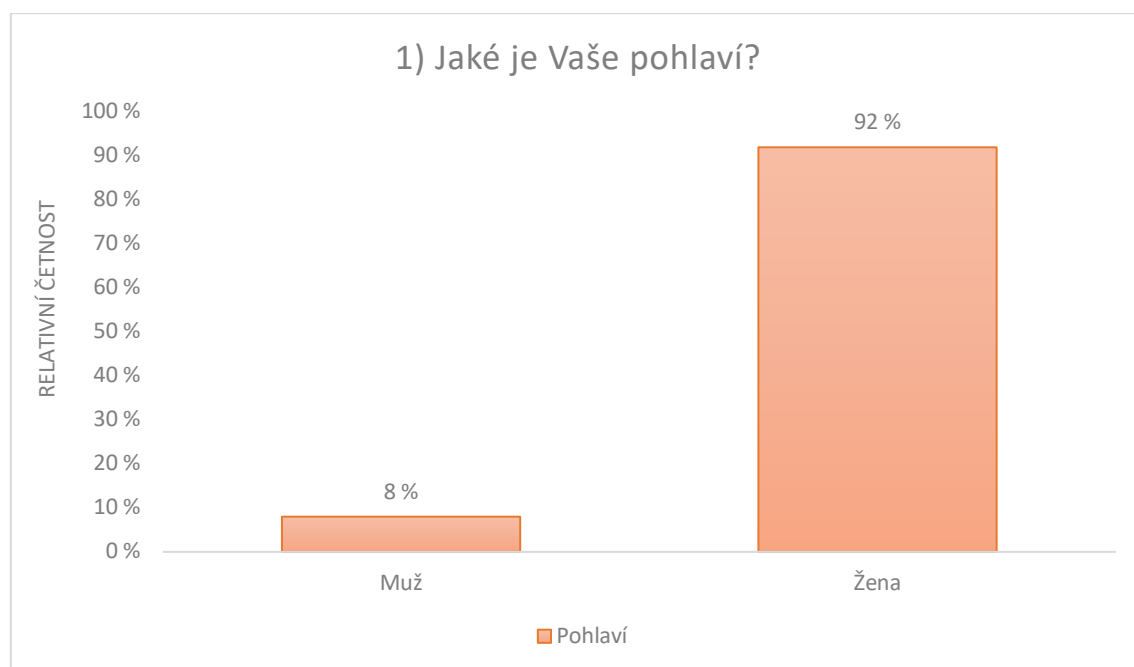
Dotazník byl určen praktickým a všeobecným sestrám pracujícím v Nemocnici Jindřichův Hradec a v Nemocnici Pelhřimov na chirurgických odděleních jak standardních, tak na jednotkách intenzivní péče.

2.5 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo od 5.5.2023 do 31.7.2023 v Nemocnici Jindřichův Hradec i v Nemocnici Pelhřimov. V Nemocnici Jindřichův Hradec výzkumné šetření schválila hlavní sestra Mgr. Dana Velimská, MBA (viz Příloha 2) a v Nemocnici Pelhřimov náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Vladimíra Macháčková (viz Příloha 3). Po schválení výzkumu v Nemocnici Jindřichův Hradec byly dotazníky rozdány staničním sestrám na chirurgická

oddělení. Ty je poté rozdaly mezi všeobecné a praktické sestry. V Nemocnici Pelhřimov byly dotazníky ponechány u náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, která je následně roznesla po chirurgických odděleních.

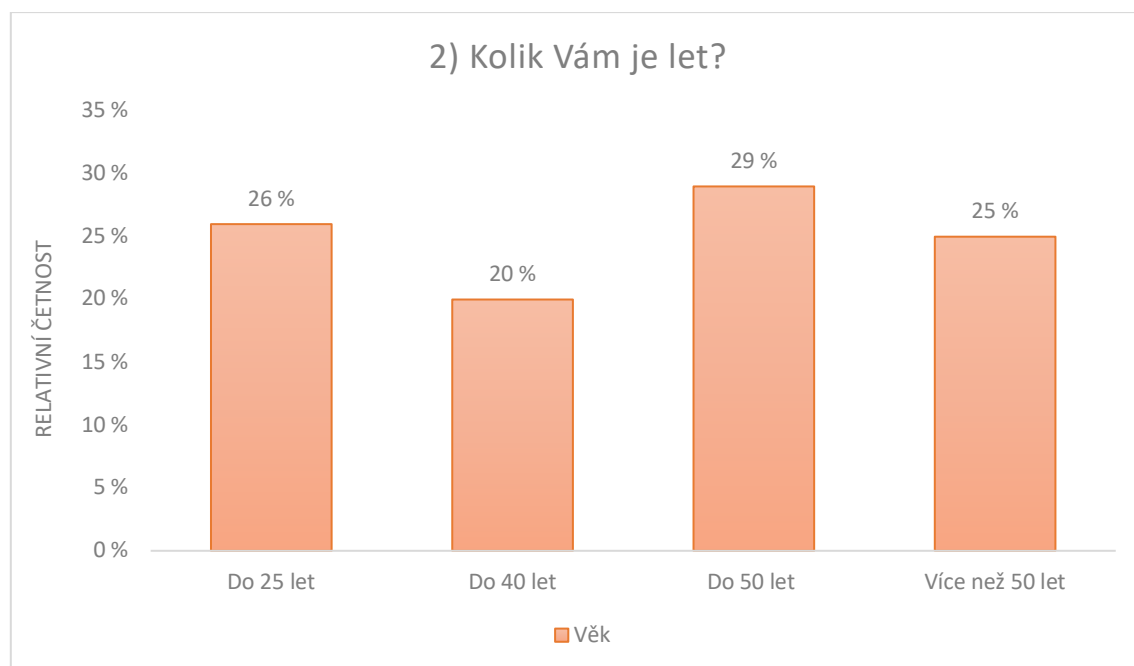
2.6 Výsledky dotazníkového šetření



Graf 1 Pohlaví

Zdroj: vlastní zpracování

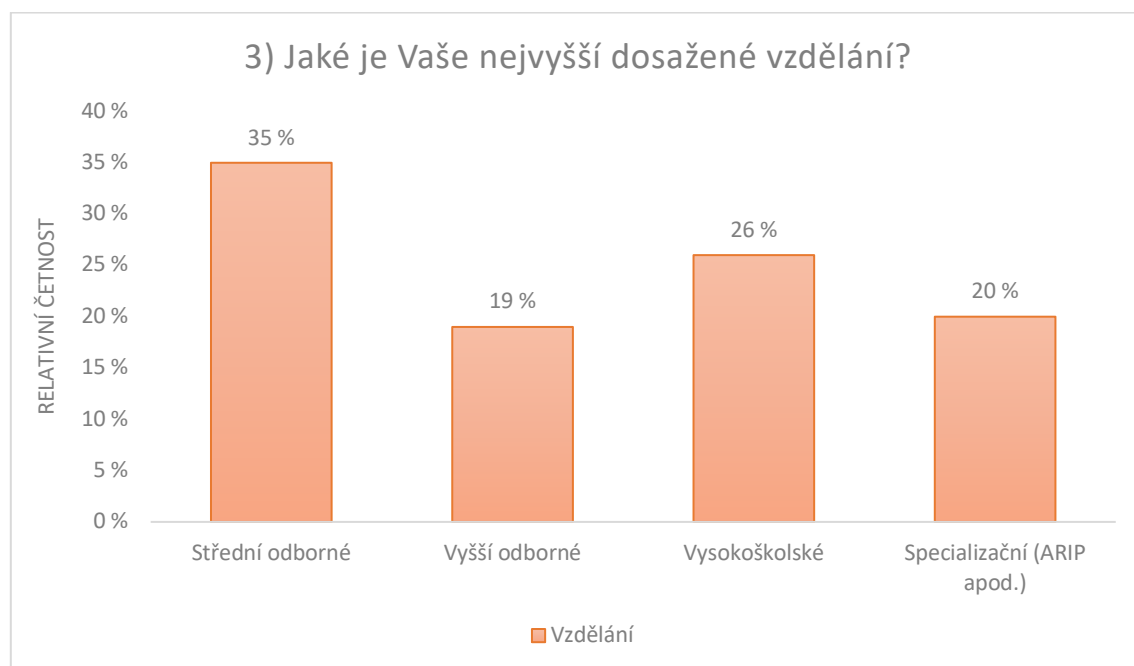
Z grafu 1 je patrné, že z uvedeného počtu respondentů bylo 8 (8 %) mužů a 92 (92 %) žen.



Graf 2 Věk

Zdroj: vlastní zpracování

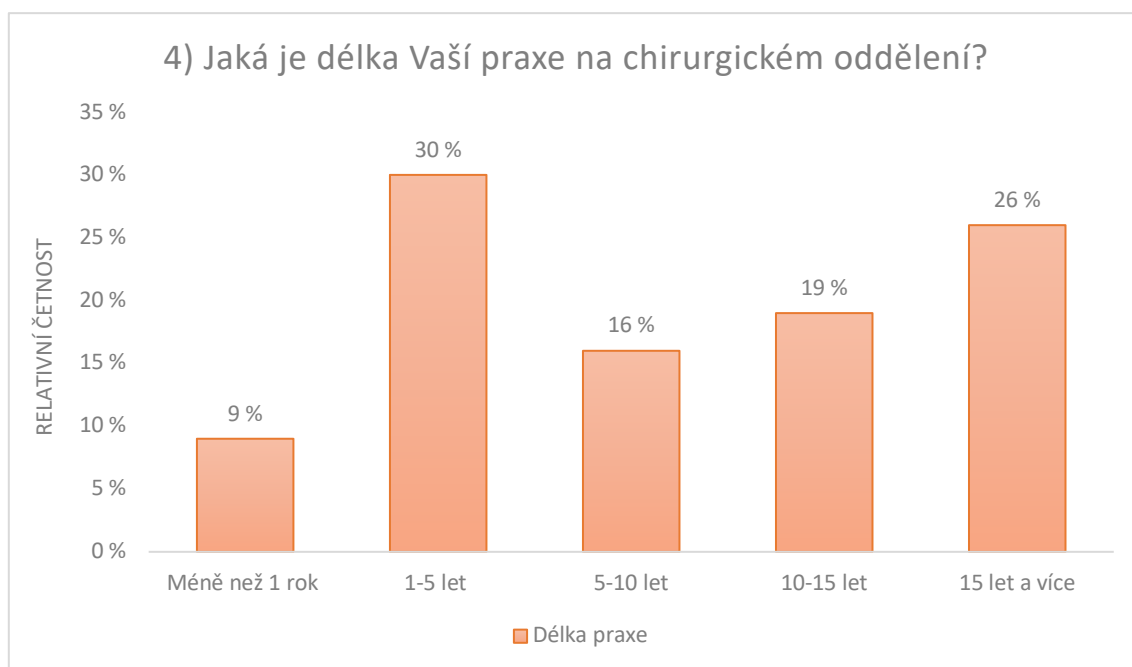
Podle věku byli respondenti rozděleni do 4 kategorií. Graf 2 ukazuje, že nejvíce byla zastoupena kategorie do 50 let, do níž spadá 29 (29 %) respondentů. Další byla kategorie do 25 let, jež uvedlo 26 (26 %) respondentů. V kategorii více než 50 let bylo 25 (25 %) respondentů a ve věku do 40 let bylo respondentů 20 (20 %).



Graf 3 Vzdělání

Zdroj: vlastní zpracování

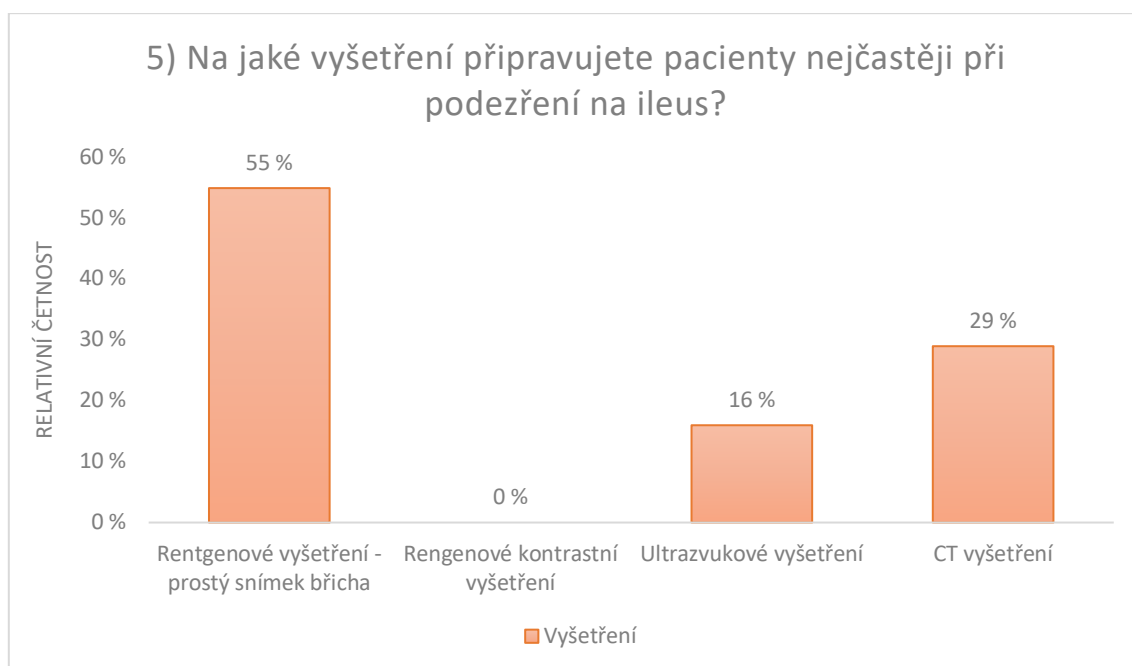
Graf 3 vypovídá o tom, že 35 (35 %) respondentů má střední odborné vzdělání. 26 (26 %) respondentů dokončilo vysokoškolské vzdělání. Předposlední skupinou je 20 (20 %) respondentů, kteří mají specializační vzdělání, kterým je například ARIP. U těchto respondentů bohužel nevíme, zda mají vysokoškolské či středoškolské vzdělání. Uvedena byla pouze specializace. Posledních 19 (19 %) respondentů má vyšší odborné vzdělání.



Graf 4 Délka praxe

Zdroj: vlastní zpracování

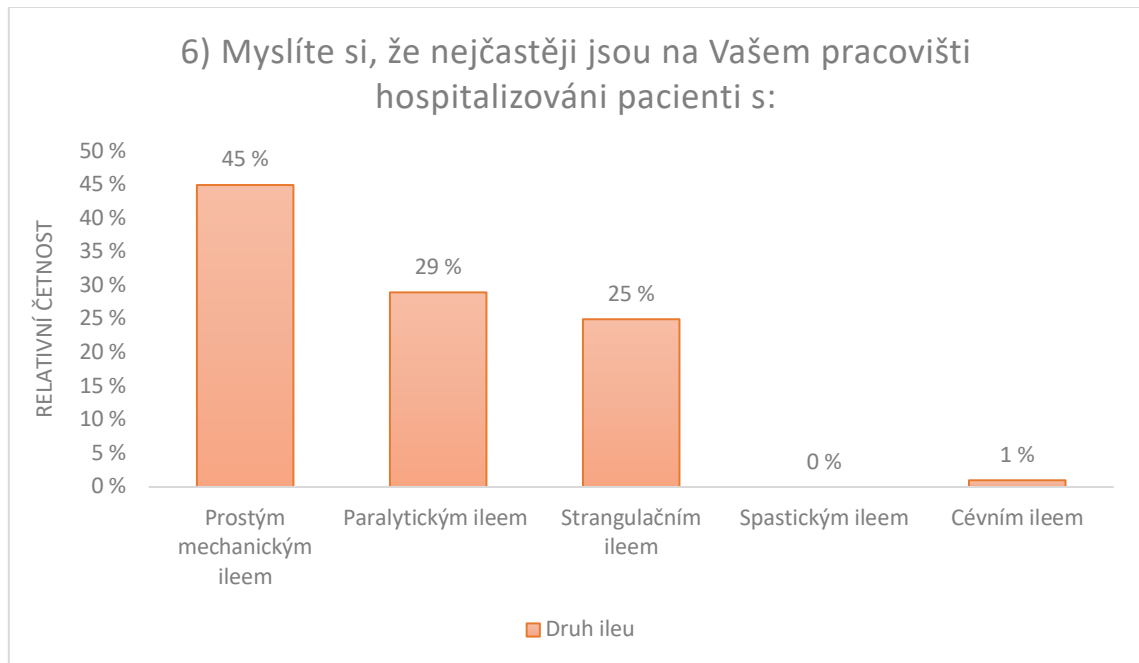
Z grafu 4 vyplývá, že nejpočetnější skupinou je délka praxe na chirurgickém oddělení 1–5 let, což zvolilo 30 (30 %). 26 (26 %) respondentů pracuje na chirurgickém oddělení 15 let a více. 16 (16 %) respondentů má praxi 5–10 let. Nejméně respondentů odpovědělo, že je jejich praxe na chirurgickém oddělení nižší než 1 rok. Tuto část tvoří 9 (9 %) respondentů.



Graf 5 Vyšetření

Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu 5 je patrné, že 55 (55 %) respondentů uvedlo, že je prostý RTG snímek nejčastějším vyšetřením při podezření na ileus. 29 (29 %) respondentů zvolilo vyšetření CT. UZ břicha zvolilo 16 (16 %) respondentů a RTG kontrastní vyšetření nezvolil ani jeden respondent.



Graf 6 Druhy ileu

Zdroj: vlastní zpracování

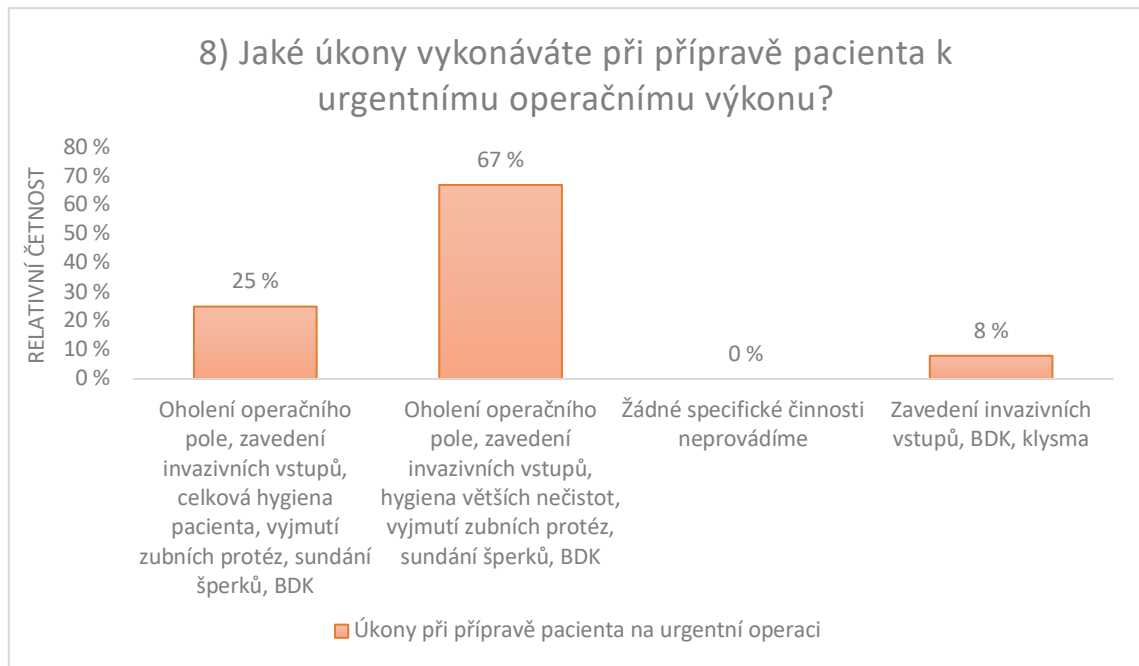
Z grafu 6 je patrné, že nejčastěji jsou dle 45 (45 %) respondentů hospitalizováni pacienti s prostým mechanickým ileem. 29 (29 %) respondentů uvedlo, že jsou na jejich pracovišti nejčastěji hospitalizováni pacienti s paralytickým ileem. 25 (25 %) respondentů uvedlo strangulační ileus. Cévní ileus uvedl pouze 1 (1 %) respondent a spastický ileus neuvedl ani jeden respondent.

Tabulka 1 Invazivní vstupy

7) O jaké invazivní vstupy se u pacientů s ileem nejčastěji staráte?	Absolutní četnost odpovědí	Relativní četnost odpovědí (%)
Periferní žilní katétr	98	26 %
Nasogastrická sonda	92	24 %
Permanentní močový katétr	91	24 %
Centrální žilní katétr	55	14 %
Midline katétr	30	8 %
Epidurální katétr	10	3 %
Arteriální katétr	4	1 %
Celkem	380	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

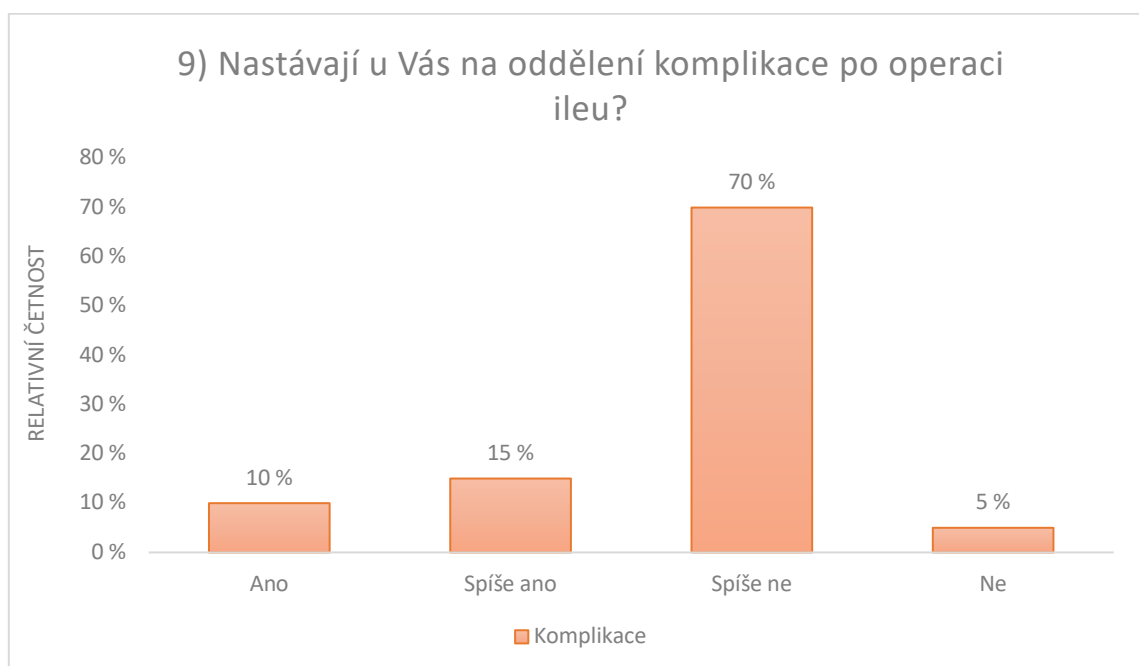
U otázky číslo 7 mohli respondenti vybrat více odpovědí, proto je absolutní četnost vyšší než počet respondentů. Pro snazší přehlednost jsou odpovědi seřazeny sestupně od nejpočetnějších. Z tabulky 1 je zřejmé, že respondenti nejčastěji pečují o periferní žilní katétr. To uvedlo 98 (26 %) respondentů. Dále 92 (24 %) respondentů udalo, že se také velmi často starají o nasogastrickou sondu. Jako další je péče o PMK, což odpovědělo 91 (24 %) respondentů. Péči o ČŽK udalo 55 (14 %) respondentů. Méně častá je péče o midline katétr, který zřejmě u pacientů s ileem není tolik častý. To udalo 30 (8 %) respondentů. Péče o epidurální katétr je nejméně častá, jak udalo 10 (3 %) respondentů. Péči o arteriální katétr uvedli 4 (1 %) respondenti a PICC katétr neudal ani jeden respondent.



Graf 7 Úkony při přípravě pacienta na urgentní operaci

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 7 znázorňuje odpovědi na otázku 8, kde nejvíce respondentů – 67 (67 %) uvedlo, že vykonávají před urgentním operačním výkonem oholení operačního pole, zavedení invazivních vstupů, hygienu větších nečistot, vyjmutí zubních protéz, sundání šperků a BDK. 25 (25 %) respondentů uvedlo, že místo hygieny větších nečistot provádí celkovou hygienu pacienta. Pouhých 8 (8 %) respondentů vybralo zavedení invazivních vstupů, BDK a klyσμα. Ani jeden respondent nevybral poslední možnost, tedy že neprovádí žádné specifické činnosti.



Graf 8 Komplikace po operaci ileu

Zdroj: vlastní zpracování

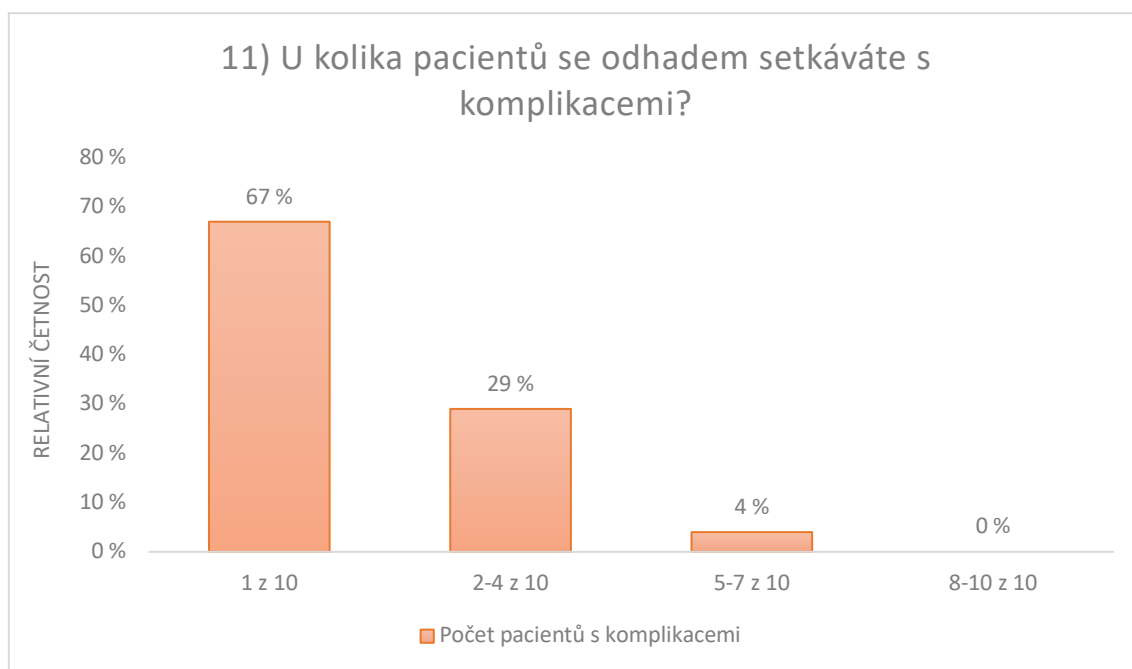
Z grafu 8 vyplývá, že 70 (70 %) respondentů se spíše nesetkává s komplikacemi po operaci ileu. 15 (15 %) respondentů se s nimi spíše setkává. S jistotou se setkala s komplikacemi 10 (10 %) respondentů a 5 (5 %) respondentů se s nimi nesetkalo.

Tabulka 2 Nejčastější příznaky komplikací

10) Pokud ano, jaké jsou podle Vás nejčastější příznaky komplikací?	Absolutní četnost odpovědí	Relativní četnost odpovědí (%)
Tachykardie	66	16 %
Nauzea a vomitus	66	16 %
Zvýšené CRP	64	16 %
Hypertenze	58	14 %
Zvýšená tělesná teplota	54	13 %
Hypotenze	32	8 %
Hnisavý sekret z operační rány	21	5 %
Dehiscence rány	19	4 %
Zhoršené dýchání	15	4 %
Bradykardie	5	1 %
Celkem	420	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

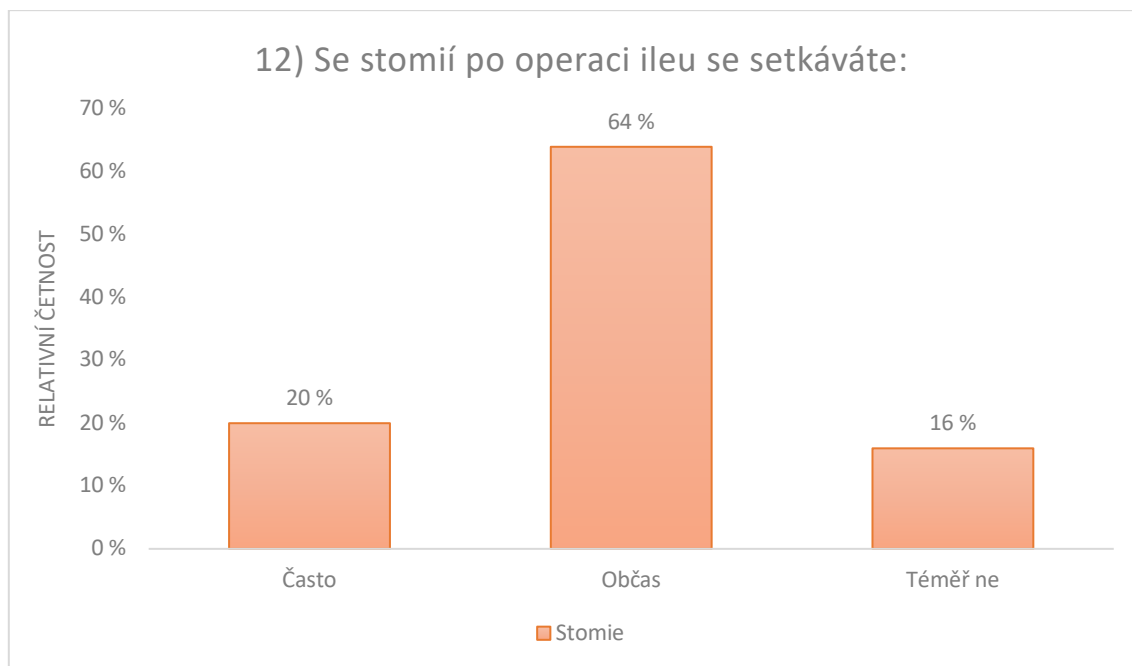
V tabulce 2 jsou zaznamenány odpovědi na otázku 10, u které měli možnost respondenti vybrat více odpovědí. Proto je absolutní četnost vyšší než celkový počet respondentů. Pro snazší přehlednost jsou odpovědi opět seřazeny sestupně od nejpočetnějších. Nejčastěji respondenti vybrali možnost tachykardie spolu s nauzeou a vomitem. Toto vybralo 66 (16 %) respondentů. Dále pak zvýšené CRP vybralo 64 (16 %) respondentů, hypertenzi uvedlo 58 (14 %) respondentů. Méně časté byly hypotenze, což zvolilo 32 (8 %) respondentů, hnisavý sekret z operační rány 21 (5 %) respondentů, dále 19 (4 %) respondentů uvedlo dehiscenci rány, zhoršené dýchání 15 (4 %) respondentů a nakonec 5 (1 %) respondentů vybralo bradykardii.



Graf 9 Počet pacientů s komplikacemi

Zdroj: vlastní zpracování

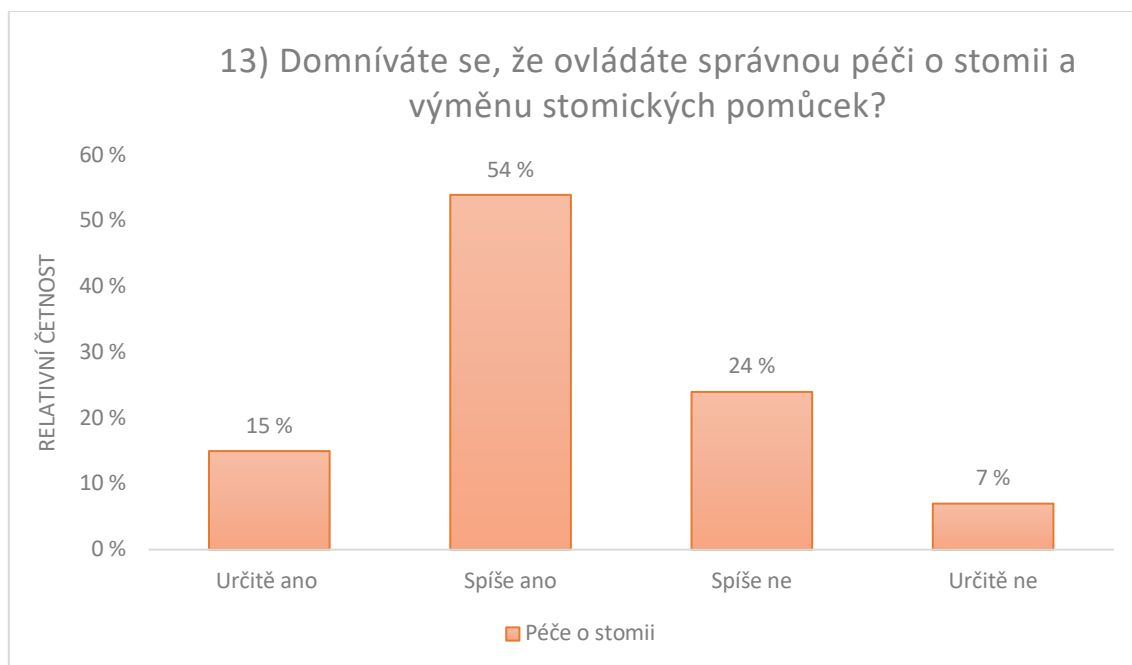
U otázky 11 respondenti odhadem určovali, kolik pacientů je postiženo komplikacemi po operaci. Z grafu 9 lze vyčíst, že 67 (67 %) respondentů uvedlo, že komplikace má 1 pacient z 10. 29 (29 %) respondentů uvedlo, že 2–4 pacienti z 10 mají komplikace po operaci. 5–7 pacientů z 10 uvedli 4 (4 %) respondenti a 8–10 pacientů z 10 neuvedl ani jeden respondent.



Graf 10 Stomie

Zdroj: vlastní zpracování

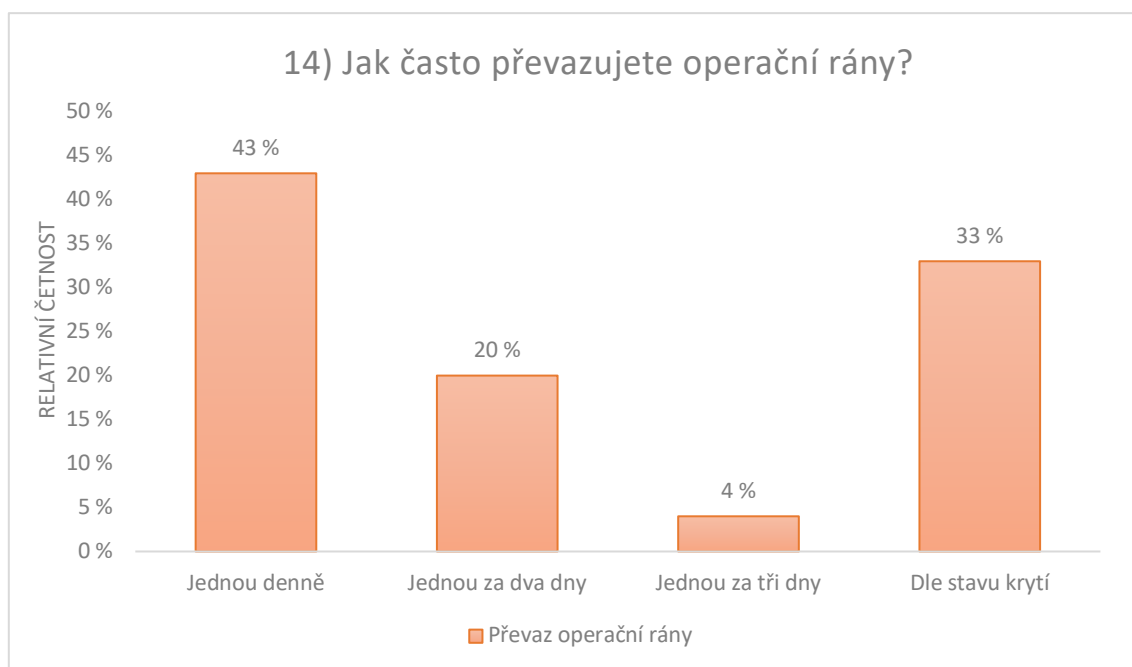
Z grafu 10 vyplývá, že 64 (64 %) respondentů se setkává se stomií u pacientů po operaci ileu pouze občas. 20 (20 %) respondentů se se stomií setkává často a 16 (16 %) se se stomií téměř nesetkává.



Graf 11 Péče o stomie

Zdroj: vlastní zpracování

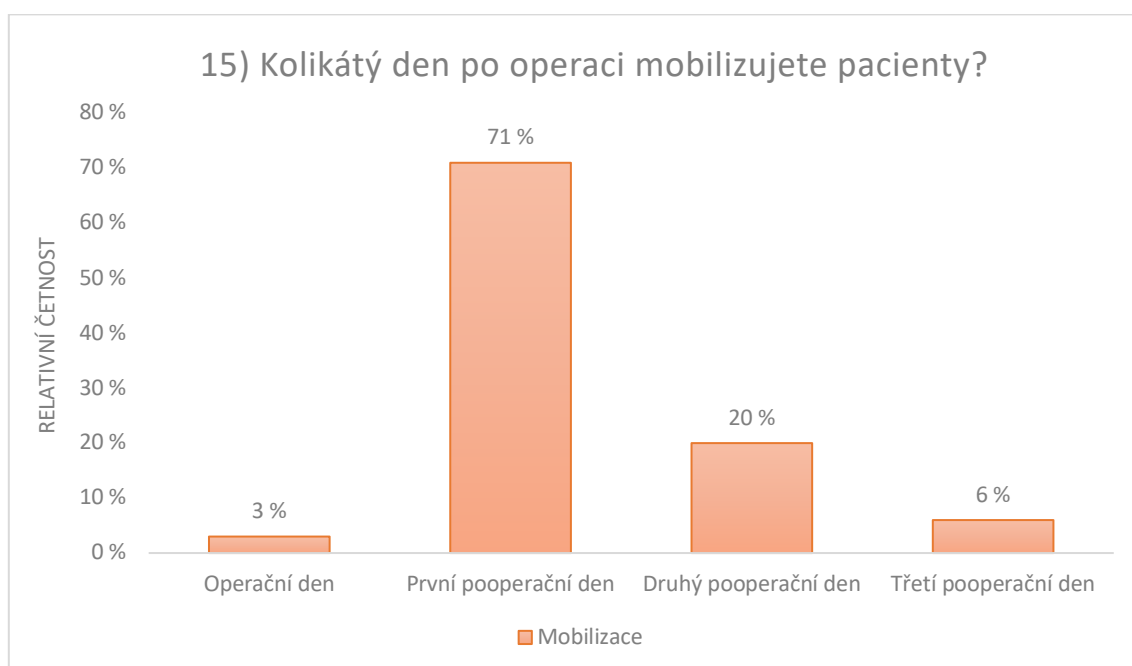
Z grafu 11 je patrné, že většina respondentů, což je 54 (54 %), na otázku, zda se domnívají, že ovládají správnou péči o stomii a výměnu stomických pomůcek, vybralo odpověď spíše ano. 24 (24 %) udalo, že spíše ne. Určitě ano vybralo 15 (15 %) respondentů a nejmenší počet byl u odpovědi určitě ne. Tu vybralo 7 (7 %) respondentů.



Graf 12 Převaz operační rány

Zdroj: vlastní zpracování

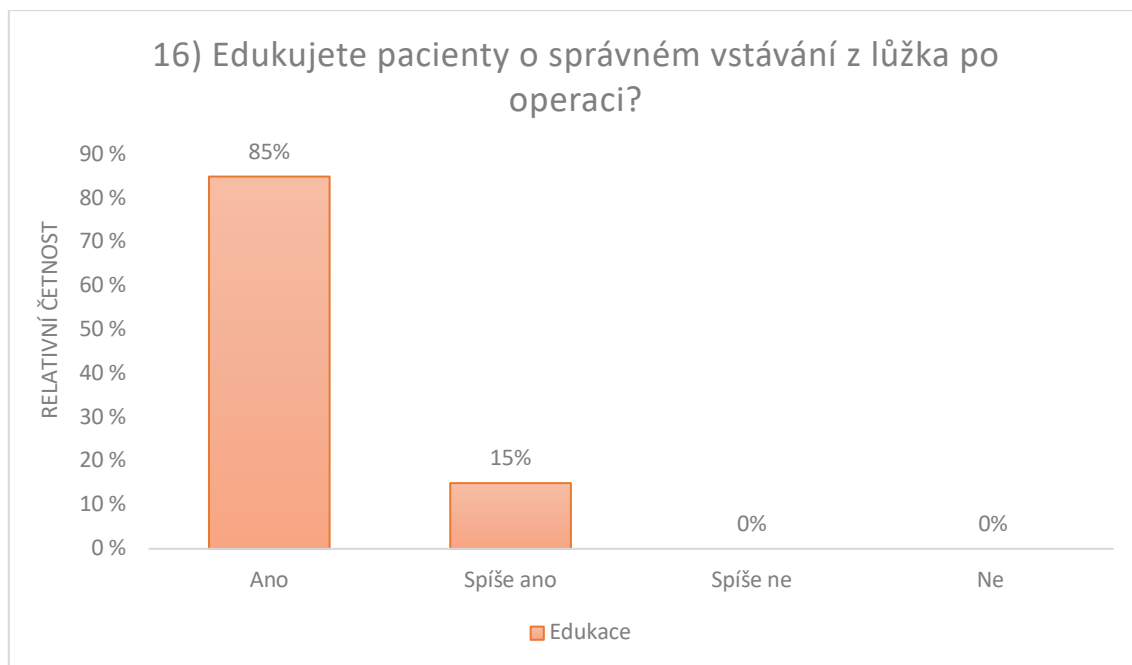
Graf 12 znázorňuje otázku 14. Lze z něj vyčíst, že 43 (43 %) respondentů převazuje operační ránu jednou denně. Jednou za dva dny převazuje ránu 20 (20 %) respondentů. Nejméně převazují respondenti operační ránu jednou za tři dny, což uvedli 4 (4 %) respondenti. Dle stavu krytí převazuje operační ránu 33 (33 %) respondentů.



Graf 13 Mobilizace pacienta

Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu 13 vyplynulo, že 71 (71 %) respondentů mobilizuje pacienty první pooperační den. Druhý pooperační den mobilizuje pacienty 20 (20 %) respondentů. 6 (6 %) respondentů uvedlo třetí pooperační den a pouze 3 (3 %) respondenti uvedli, že pacienta mobilizují již v operační den.



Graf 14 Edukace pacienta

Zdroj: vlastní zpracování

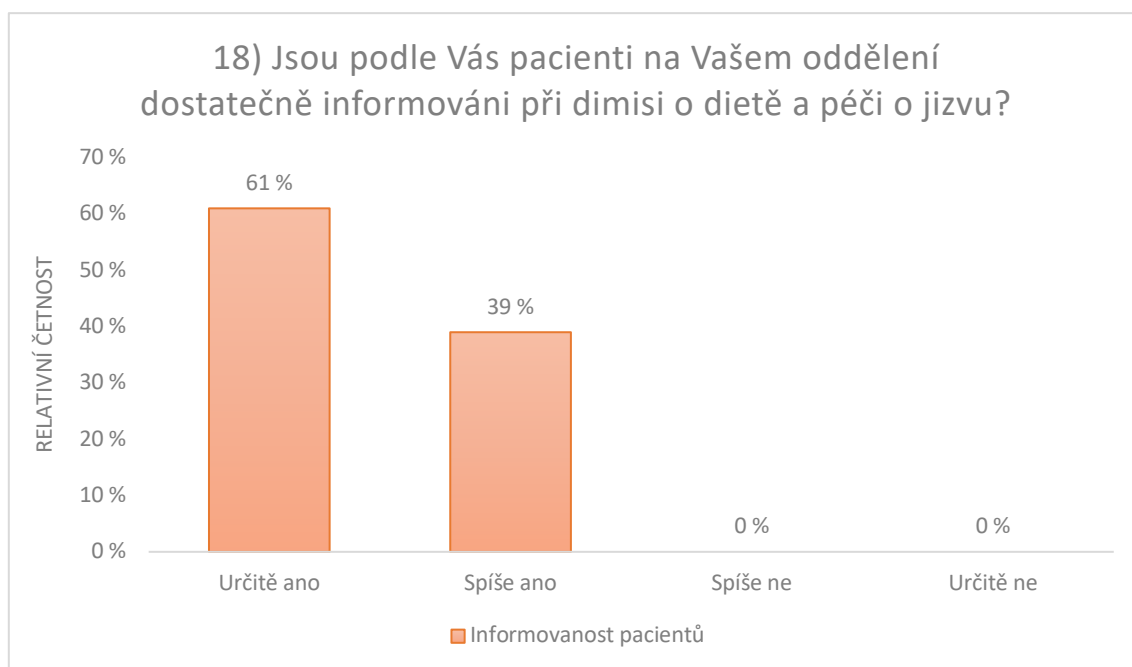
Z grafu 14 je patrné, že 85 (85 %) respondentů pacienty edukuje o správném vstávání z lůžka po operaci. 15 (15 %) respondentů vybralo odpověď spíše ano. Spíše ne a ne nevybral žádný respondent.

Tabulka 3 Nejčastější ošetřovatelské diagnózy

17) S jakými ošetřovatelskými diagnózami se během Vaší práce setkáváte nejčastěji?	Absolutní četnost odpovědí	Relativní četnost odpovědí (%)
Riziko infekce	68	23 %
Bolest	61	20 %
Riziko pádu	58	19 %
Riziko porušení kožní integrity	43	14 %
Deficit sebepéče	24	8 %
Zmatenost	15	5 %
Riziko nedostatečné výživy	12	4 %
Riziko imobilizačního syndromu	12	4 %
Narušený spánek	10	3 %
Celkem	303	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

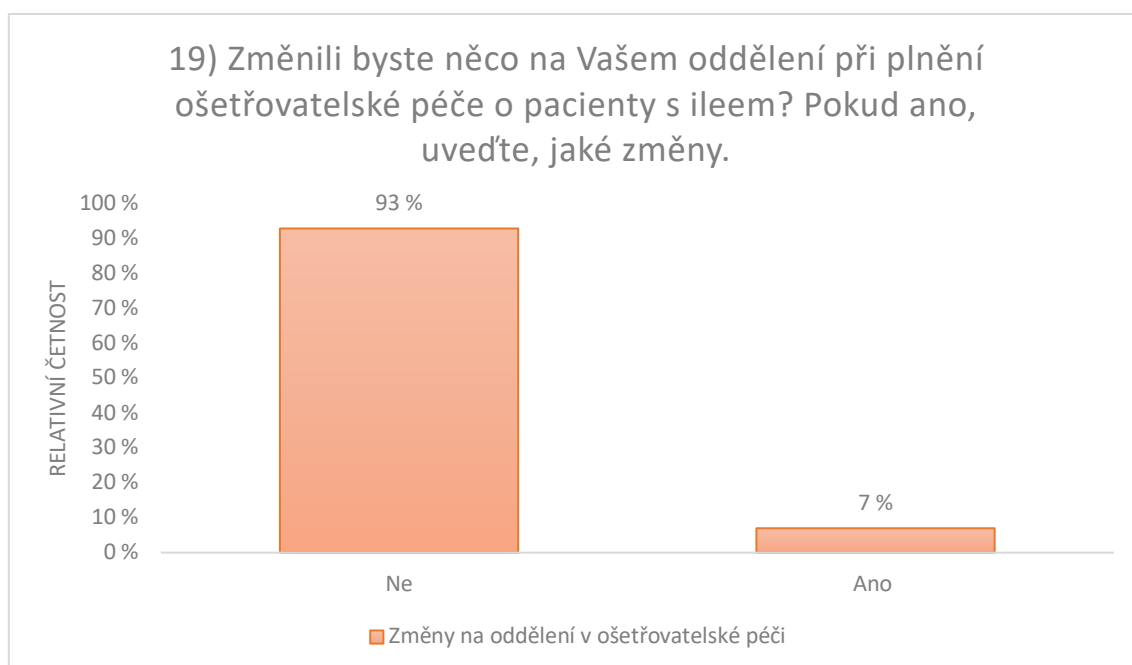
Tabulka 3 nám sděluje, s jakými ošetřovatelskými diagnózami se respondenti během své práce setkávají. U této otázky mohli respondenti vybrat více odpovědí, proto je absolutní četnost vyšší než počet respondentů. Nejvíce se respondenti setkávají s ošetřovatelskou diagnózou riziko infekce. To uvedlo 68 (23 %) respondentů. Další nejpočetnější odpověď byla bolest, uvedlo ji 61 (20 %) respondentů. 58 (19 %) respondentů uvedlo riziko pádu. Riziko porušení kožní integrity uvedlo 43 (14 %) respondentů, deficit sebepéče 24 (8 %) respondentů, zmatenost 15 (5 %). 12 (4 %) respondentů uvedlo riziko nedostatečné výživy a riziko imobilizačního syndromu. Nejméně byla vybrána ošetřovatelská diagnóza narušený spánek, kterou zvolilo 10 (3 %) respondentů.



Graf 15 Informovanost pacienta

Zdroj: vlastní zpracování

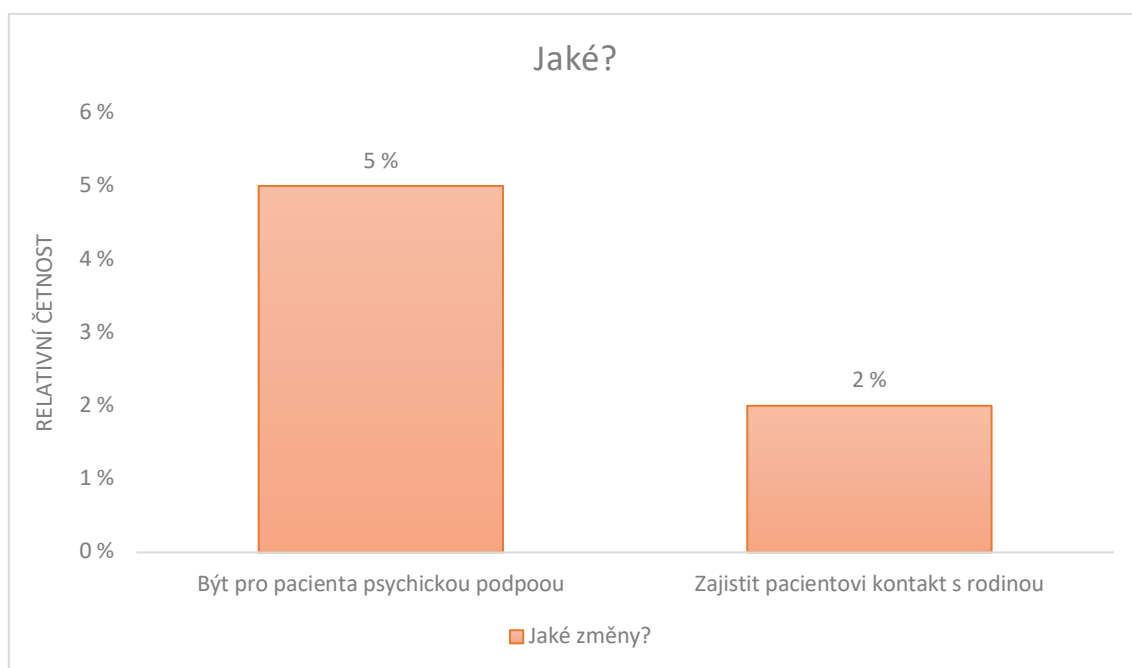
Z grafu 15 lze vyčíst, že 61 (61 %) respondentů uvedlo, že jsou pacienti určitě dostatečně informováni při dimisi o dietě a o péči o jizvu. 39 (39 %) respondentů zvolilo odpověď spíše ano. Ani jeden respondent neuvedl odpověď spíše ne nebo určitě ne.



Graf 17 Změny na oddělení v ošetrovatelské péči

Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu 17 se dozvídáme, že 93 (93 %) respondentů by na svém oddělení neměnilo nic v provádění ošetrovatelské péče u pacientů s ileem. 7 (7 %) respondentů by změny provedlo.



Graf 18 Jaké změny?

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 18 navazuje na graf 17 a je součástí otázky 19. 5 (5 %) respondentů se domnívá, že by měli být pacientovi větší psychickou oporou než doposud. 2 (2 %) respondenti uvádí, že by zajistili pacientovi kontakt s rodinou.

3 Diskuze

Cílem práce je zmapování současné situace ošetrovatelské péče o pacienta se střevní neprůchodností. Dále v práci zjišťujeme první příznaky komplikací, které praktické a všeobecné sestry zaznamenaly po operaci ileu. Informace byly zjišťovány dotazníkovým šetřením, kterým měl za cíl odpovědět na stanovené výzkumné otázky. Výzkumného šetření se zúčastnilo 100 respondentů, kteří se setkali s touto problematikou. Výzkum probíhal se všeobecnými i praktickými sestrami na chirurgických odděleních v Nemocnici Jindřichův Hradec a v Nemocnici Pelhřimov. Dotazník obsahoval 19 otázek. První čtyři otázky se zaměřují na informace o respondentech (pohlaví, věk, vzdělání a délka praxe). Zbýlé otázky se zaměřují na informovanost o dané problematice.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že největší počet respondentů tvoří ženy, a to 92 % a zbylých 8 % tvoří muži. Dále bylo zjištěno, že věk respondentů se nejčastěji pohyboval od 40 do 50 let a to z 29 %. Dalších 26 % tvořil věk do 25 let, 25 % více než 50 let a 20 % od 25–40 let. Nejčastěji odpovídali na dotazník respondenti se středním odborným vzděláním (35 %). Početnou skupinu tvoří také vysokoškolsky vzdělané sestry (26 %). Poté tvoří výzkumný vzorek sestry s vyšším odborným vzděláním (19 %) a sestry se specializací (20 %). Dále jsme zjistili, že délka praxe respondentů se pohybovala nejčastěji v rozmezí 1 až 5 let a to ze 30 %. Většina dotazovaných pracovala na chirurgickém oddělení více než 15 let (26 %). Nejméně dotazovaných pracovalo na oddělení mezi 5–10 lety (přesně 16 %).

3.1 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1

K výzkumné otázce č. 1 „Jak probíhá ošetrovatelská péče o pacienta se střevní neprůchodností?“ se vztahují otázky č. 5 až 8 a č. 12 až 19.

Otázka č. 5 zjišťovala, na jaké vyšetření respondenti připravují pacienta s podezřením na ileus nejčastěji. Většina respondentů 55 (55 %) uvedla, že nejčastěji připravují pacienta na RTG nativní vyšetření. 29 (29 %) respondentů uvedlo CT vyšetření. K UZ vyšetření připravuje pacienta pouze 16 (16 %) respondentů. Autorky Libová, Balková a Jankechová (2019) ve své knize uvádějí, že první volbou speciálního vyšetření u pacientů s podezřením na ileus je RTG nativní snímek břicha. Dále uvádí, že na RTG nativním snímku jsou při ileu viditelné hladinky. Počet a jejich lokalizace jsou závislé na délce střeva nad překážkou. Aktivní peristaltikou se lokalizace i tvar hladinek při opakovaných vyšetřeních mění. Ultrazvuk a CT břicha nejsou tolik časté, ale také se tato vyšetření mohou provést. Tudíž se odpovědi 55 (55 %) respondentů shodují s informacemi uvedenými Libovou, Balkovou a Jankechovou (2019).

V otázce č. 6 jsme se ptali na to, jaké jsou nejčastější druhy ileu na jejich pracovišti. Nejvíce respondentů – 45 (45 %) uvedlo, že nejčastěji jsou pacienti hospitalizováni s prostým mechanickým ileem. 29 (29 %) dotazovaných uvedlo paralytický ileus, strangulační ileus uvedlo 25 (25 %) a pouze 1 (1 %) dotazovaný uvedl cévní ileus. Při svém působení na chirurgické jednotce intenzivní péče se nejčastěji setkávám s paralytickým ileem stejně jako 29 (29 %) respondentů. Na našem oddělení chirurgické jednotce intenzivní péče jsou hospitalizováni pacienti po různých operačních výkonech a může se u nich projevit paralytický ileus jako sekundární onemocnění. Za méně časté považuji prostý mechanický ileus, v čemž se částečně shodují se 45 (45 %) respondenty, kteří tento ileus považují za nejčastější. Ještě méně častý ileus

je za mě strangulační, což uvedl i menší počet respondentů a nejméně se setkávám s ileem cévním, což uvedl pouze jeden respondent. Se spastickým ileem jsem se ještě nesetkala, obdobně jako respondenti.

Otázka č. 7 zkoumala o jaké invazivní vstupy u pacientů s ileem pečují respondenti nejčastěji. Celkem 98 (26 %) respondentů uvedlo péči o periferní žilní katétr, 92 (24 %) nasogastrickou sondu, 91 (24 %) permanentní močový katétr. Dále 55 (14 %) respondentů uvedlo péči o centrální žilní katétr, 30 (8 %) midline katétr, 10 (3 %) epidurální katétr a 4 (1 %) respondenti uvedli péči o arteriální katétr. Tyto výsledky se shodují s informacemi uvedenými autorkami Sedlářovou, Zvoničkovou a Svobodovou (2017), dle kterých je nejčastěji zaváděným invazivním vstupem u pacientů s ileem periferní žilní katétr, který je indikován ke krátkodobému použití intravenózních přípravků a léků. Setká se s ním prakticky každý hospitalizovaný pacient. Je třeba posoudit stav žil pacienta a nejlépe volit rovné, hmatné a dobře vyplněné žíly, jak uvedla Guanche-Sicilia a kol. (2021) ve svém článku. Co se komplikací týče je ze všech cévních vstupů nejméně rizikový. Soukupová (2021) ve své bakalářské práci uvádí, že se NGS využívá převážně k jednorázové či dlouhodobé kompresi žaludku za účelem odsátí žaludečního obsahu, a to hlavně u náhlých příhod břišních. Centrální žilní katétr se zavádí v případech, že je potřebná úplná parenterální výživa, měření centrálního tlaku, nebo pokud má pacient zkolabované žíly a není možné zavést PŽK, jak uvádí Nejdlová (2021) ve své bakalářské práci. Voříšková (2019) ve své bakalářské práci uvádí, že se permanentní močové katetry zavádí vesměs u všech pacientů s ileem za účelem přesného sledování a měření diurézy a jako řešení močové retence v pooperační době. Tyto výsledky pro mě nebyly překvapením, protože vzhledem ke své praxi na chirurgickém oddělení bych odpovídala víceméně stejně.

V otázce č. 8 jsme zjišťovali, jaké úkony respondenti vykonávají při přípravě pacienta k urgentnímu operačnímu výkonu. Nejčastější odpovědí bylo oholení operačního pole, zavedení invazivních vstupů, hygiena větších nečistot, vyjmutí zubních protéz, sundání šperků a bandáž dolních končetin. Toto uvedlo 67 (67 %) respondentů. 25 (25 %) respondentů uvedlo oholení operačního pole, zavedení invazivních vstupů, celkovou hygienu, vyjmutí zubních protéz, sundání šperků a bandáž dolních končetin. Nejmenší množství respondentů – 8 (8 %) vybralo zavedení invazivních vstupů, bandáž dolních končetin a klysmu. Plevová a kol. (2019) ve své knize uvádí, že se předoperační příprava k urgentní operaci omezuje pouze na výkony nezbytně nutné, jakými jsou odběry biologického materiálu, hygiena zaměřená jen na odstranění hrubých nečistot, vyjmutí zubních protéz, příprava operačního pole, zajištění invazivních vstupů a bandáž dolních končetin. Koupel a očistné klysmu je kontraindikováno. Z výzkumu tedy vychází, že 67 (67 %) respondentů se shoduje s informacemi uvedenými autorkou Plevovou a kol. v tom, že se před urgentní operací neprovádí celkovou koupel ani očistné klysmu, jak někteří respondenti uvedli ve svých odpovědích.

V otázce č. 12 jsme se dotazovali, jak často se respondenti setkávají se stomií po operaci ileu. Naprostá většina – 64 (64 %) respondentů, odpověděla, že se se stomií setkávají občas. 20 (20 %) respondentů se se stomií po operaci setkává často, 16 (16 %) se s ní téměř nesetká. Ačkoli založení stomie není náročný operační výkon, pro pacienta je to značná zátěž, a to především psychická, ale i fyzická, sociální i ekonomická. Adamová a kol. (2015) se domnívají, že je v České republice okolo 10 000 stomiků.

Otázka č. 13 zjišťovala, zda se respondenti domnívají, že ovládají správnou péči o stomii a výměnu stomických pomůcek. Spíše ano uvedlo 54 (54 %) respondentů, spíše ne 24 (24 %), určitě ano 25 (15 %) a nejméně respondentů uvedlo určitě ne – 7 (7 %). Každého pacienta se stomií by měla edukovat stomická sestra, která má k tomu vzdělání a kompetence. Pokud se již před operací počítá s tím, že pacient bude mít stomii, je vhodné, aby mu již před samotným zákrokem vysvětlila jasně a zřetelně co stomie je a jak se o ni pečuje. V pooperačním období pacienta učí správnému použití stomických pomůcek.

Otázka č. 14 zjišťovala, jak často respondenti převazují operační ránu. Nejvíce respondentů, 43 (43 %) uvedlo, že operační ránu převazují jednou denně. 33 (33 %) uvedlo, že ránu převazují dle stavu jejího krytí. Jednou za dva dny uvedlo 20 (20 %) respondentů a pouze 4 (4 %) uvedli, že provádí převaz jednou za tři dny. Autorka Břeňová (2021) ve své bakalářské práci uvádí, že se operační rána převazuje nejdříve 24 hodin, avšak nejdéle 48 hodin po operačním zákroku. Další dny se převazy vykonávají standardně jednou denně. Pokud však dojde k potřísnění či poškození krytí, provede se převaz okamžitě. Je možné operační ránu převazovat dle zvyklostí oddělení a charakteru rány, ale nejčastěji se provádí každý den, pokud ovšem lékař neuvede jinak, jak poznamenává Břeňová (2021). Většina odpovědí respondentů se tedy shoduje s informacemi uvedenými Břeňovou (2021) v tom, že se převazy provádějí jednou denně. Další odpovědi ovšem nejsou nesprávné, záleží na zvyklostech oddělení a charakteru rány.

V otázce č. 15 jsme se dotazovali na to, kolikátý den po operaci respondenti mobilizují pacienty. Naprostá většina 71 (71 %) respondentů uvedla, že pacienty mobilizují první pooperační den čili jeden den po operaci. Druhý pooperační den uvedlo 20 (20 %) respondentů. 6 (6 %) respondentů odpovědělo, že pacienta mobilizují až třetí operační den a 3 (3 %) respondenti odpověděli ještě ten daný operační den. Včasné vstávání z lůžka je velice důležité v prevenci imobilizace pacienta. Čím dříve je možné pacienta začít mobilizovat, tím lépe. Samozřejmě záleží na jeho zdravotním stavu, jak uvedla Kramářová (2021) ve své bakalářské práci. S tímto tvrzením se shoduje naprostá většina respondentů, kteří mobilizují pacienta již v operační den, či první pooperační den.

Otázka č. 16 zjišťovala, zda respondenti edukují o správném vstávání z lůžka po operaci. Odpověď „ano“ uvedlo 85 (85 %) respondentů. „Spíše ano“ uvedlo 15 (15 %) respondentů a odpověď „spíše ne“ a „ne“ neuvedl ani jeden z respondentů. Kramářová (2021) se své bakalářské práci uvádí, že se pacient nejprve přetočí na bok co nejvíce k okraji lůžka. Dolní končetiny pokrčí a přisune špičky nohou k okraji lůžka. Horními končetinami se opře o postranice lůžka či o lůžko samotné, vzepře se a současně s tím spustí dolní končetiny z lůžka a posadí se na lůžku. Pokud sám pacient tuto činnost nezvládne, je potřeba mu s tímto dopomoci. Z tohoto vyplývá, že 100 (100 %) respondentů pacienty edukuje o správném vstávání z lůžka a to tak, jak uvádí Kramářová (2021).

V otázce č. 17 jsme zjišťovali, s jakými ošetrovatelskými diagnózami se respondenti během jejich práce setkávají nejčastěji. S ošetrovatelskou diagnózou rizika infekce se setkává 68 (23 %) respondentů, s bolestí 61 (20 %) respondentů, riziko pádu uvedlo 58 (19 %) respondentů, riziko porušení kožní integrity 43 (14 %), deficit sebepečce 24 (8 %) respondentů, zmatenost uvedlo 15 (5 %) dotazovaných, riziko nedostatečné výživy 12 (4 %) respondentů, riziko imobilizačního syndromu 12 (4 %) a narušený spánek uvedlo 10 (3 %) dotazovaných. Potřeby můžeme podle A. Maslowa a jeho pyramidy rozdělit na potřeby biologické (základní), potřebu jistoty a bezpečí,

potřebu lásky a sounáležitostí, uznání a sebeúcty a potřebu seberealizace. Podle vyhodnocení otázky č. 17 můžeme vidět, že se praktické a všeobecné sestry nejvíce setkávají s ošetrovatelskými diagnózami, které jsou především zaměřeny na potřeby biologické. Je to tak hlavně tím, že se v nemocničním systému používají předdefinované ošetrovatelské diagnózy.

Otázka č. 18 zjišťovala, zda jsou podle respondentů pacienti dostatečně informováni o péči o jizvu a o dietě při dimisi. Většina respondentů – 61 (61 %), uvedla, že určitě ano. Zbýlých 39 (39 %) uvedlo, že spíše ano. Spíše ne a určitě ne neuvedl nikdo z nich. Kolektiv fyzioterapeutů Kliniky rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol (2020) doporučuje udržovat jizvu v čistotě a suchu, vyvarovat se nošení těsného oblečení, které by mohlo jizvu dráždit. Dále doporučuje jizvu promazávat, aby se zabránilo přesychání kůže. Po dobu zhruba jednoho roku doporučuje vyvarovat se přímému slunečnímu záření na jizvu a pečovat o ni. Také uvádějí hlazení v okolí jizvy a uvolňování měkkých tkání v okolí. Dle výsledků očekávám, že respondenti edukují pacienti při dimisi v podobném stylu. V rámci diety po operacích střev se dle Hlaváčkové (2020) doporučuje bezesbytková dieta 6-8 týdnů po operaci. To znamená omezit potraviny, které obsahují nerozpustnou vlákninu, například slupky z ovoce a zeleniny, tučné maso, uzeniny, celozrnné pečivo, všechny druhy luštěnin, nadýmavá zelenina a nezralé ovoce. Výživa by měla být pravidelná a pestrá, nejlépe konzumovat jídla po menších porcích několikrát denně, omezit příjem potravy ve večerních hodinách, jídlo pořádně rozkousat, popřípadě nastroumat, dodržovat pitný režim – alespoň dva litry denně, ale nedoporučují se sycené nápoje, omezit příjem tuků, cukrů a vyvarovat se ostrým a kořeněným jídlům. Takto tedy dle mého názoru na základě výsledků výzkumu pacienty edukuje 61 (61 %) respondentů.

V otázce č. 19 jsme se dotazovali, zda by respondenti něco změnili na svém oddělení při plnění ošetrovatelské péče u pacienta s ileem. Největší počet respondentů – 93 (93 %) by neměnilo při poskytování péče nic. Zbýlých 7 (7 %) by určité změny provedli. Ze 7 (7 %) respondentů by 5 (5 %) respondentů bylo větší psychickou oporou pro pacienta než doposud. A 2 (2 %) respondenti by pacientovi ještě před operací zajistili kontakt s rodinou. Kontakt s rodinou je velice ošemetné téma, protože ne vždy je na toto čas. Je tedy na personálu se například pacienta dotázat, zda jeho rodina ví o jeho hospitalizaci a eventuálně požádat ošetřujícího lékaře, zda by mohl rodinu kontaktovat. Pokud pacienta neomezuje jeho zdravotní stav v komunikaci a je na to dostatek času, může zavolat své rodině sám a informovat ji.

3.2 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2

K výzkumné otázce č. 2 „Jaká je informovanost praktických a všeobecných sester o prvních příznacích komplikace po operaci?“ se vážou dotazníkové otázky č. 9, 10 a 11.

V otázce č. 9 jsme se ptali, zda se na oddělení, na kterém respondenti pracují, vyskytují komplikace po operaci ileu. Nejvíce respondentů uvedlo, že spíše ne, a to 70 (70 %). Méně častá byla odpověď spíše ano, což uvedlo 15 (15 %) respondentů. 10 (10 %) dotazovaných uvedlo ano a ne uvedlo 5 (5 %). Autor Šedý (2016) uvádí, že chirurgické zákroky jsou často provázeny výskytem komplikací. Z tohoto vyplývá, že se 25 (25 %) respondentů se Šedým shoduje v tom, že komplikace po operaci ileu mohou nastat. Nejlepším řešením je se komplikacím vyhnout díky prevenci jejich vzniku, která začíná již v předoperačním období. Na prevenci komplikací se musí dbát již při anestezii, vlastním operačním zákroku a v pooperačním období. Velmi důležitá je znalost příznaků komplikací, aby byly včas rozpoznány a včas se nasadila léčba. Komplikace

pooperační se projevují buďto postižením tkání, určitého systémového ústrojí či reakcí celého organismu. Pokud nastanou u pacienta komplikace, prodlužuje se tím jeho hospitalizace a může dojít až k úmrtí.

Na otázku č. 9 navazuje otázka č. 10, ve které jsme zjišťovali, jaké jsou podle respondentů, kteří odpověděli v předchozí otázce „ano“ nebo „spíše ano“, nejčastější příznaky komplikací po operaci ileu. Nejčastějšími odpověďmi byly tachykardie a nauzea a vomitus. Obě tyto odpovědi volilo 66 (16 %) respondentů. Další velmi častou odpovědí bylo zvýšené CRP – 64 (16 %) dotazovaných. Hypertenzi uvedlo 58 (14 %) respondentů. Dále respondenti uváděli zvýšenou tělesnou teplotu – 54 (13 %), hypotenzi – 32 (8 %), hnisavý sekret z operační rány – 21 (5 %), dehiscenci rány – 19 (4 %) a zhoršené dýchání – 15 (4 %). Pouze 5 (1 %) dotazovaných uvedlo tachykardii. Významnou celkovou reakcí organismu na operační trauma je operační šok, projevující se hypotenzí, hypoxií a tachykardií, což uvádí autor Šedý (2016). Dále se jako následek premedikace, anestezie a podávání silnější analgetik v prvním operačním dni může objevit u pacientů nauzea a zvracení. V rámci komplikací v ráně se může vyskytnout dehiscence neboli rozpad rány, ke kterému dochází v důsledku poruchy hojení, a infekce v ráně, protože většina ran vzniklých chirurgickým výkonem je do určité míry kontaminována. Téměř všichni respondenti se se svými odpověďmi shodují s autorem Šedým. Takovýchto komplikací je nespočet, ale je velice důležité znát jejich počínající příznaky.

Pomocí otázky č. 11 jsme zjišťovali, u kolika pacientů se odhadem respondenti setkávají s komplikacemi po operaci ileu. 1–10 pacientů uvedlo 67 (67 %) respondentů. 29 (29 %) dotazovaných uvedlo 2–4 pacienty. 5–7 pacientů uvedli 4 (4 %) respondenti. V mé praxi se s komplikacemi u pacientů setkávám zřídka. Mým odhadem jsou u jednoho pacienta z deseti, v čemž se shodují s 67 (67 %) respondenty.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Má bakalářská práce se věnovala péči o pacienty se střevní neprůchodností. V této kapitole jsou uvedeny návrhy, které by mohly ještě více zlepšit ošetrovatelskou péči o tyto pacienty.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že několik respondentů vykonává při přípravě pacienta na urgentní operaci výkony, jež jsou zbytečné a ztrácí se jimi čas. Někteří uvedli celkovou hygienu pacienta, na kterou není při urgentní přípravě prostor. Dále někteří uvedli klyisma, které operatér vyžaduje pouze ve výjimečných případech, a stejně jako u celkové hygieny na klyisma při urgentní přípravě není prostor. V tomto případě lze nabídnout jako řešení proškolení personálu o urgentní předoperační přípravě v rámci semináře, aby nedocházelo ke zpoždění výkonu kvůli časově náročným úkonům ošetřujícího personálu.

V rámci ošetrovatelské péče o stomii a výměny stomických pomůcek si poměrně velká část respondentů nebyla jistá, zda by tuto péči zvládla. I přes to, že má většina nemocnic stomickou sestru, která tam však není 24 hodin 7 dní v týdnu, by měly praktické i všeobecné sestry znát správnou péči a postup výměny pomůcek. Navrhovala bych proto proškolení personálu formou školení či workshopu, poskytnutí materiálu k samostudiu či vytvořit ošetrovatelskou mapu. Věřím, že by o to měl personál zájem v rámci seberozvoje a zdokonalování se.

Při rozpoznání příznaků komplikací si respondenti vedli velmi dobře. Avšak věřím, že na informovanost počátečních příznaků komplikací by mohl být kladen větší důraz. Ne vždy vznik komplikací ovlivní praktické či všeobecné sestry, ale znát příznaky je základem k odhalení komplikací co nejdříve, a na základě toho lze navrhnout a poskytnout správnou léčbu. K zamezení vzniku komplikací můžeme přispět správnou péčí o operační ránu a psychický stav pacienta. Školení či seminář na toto téma k rozpoznání příznaků komplikací po operaci by byl jistě přínosem.

U převazů operační rány by mohl být kladen větší důraz na správné používání materiálu k hojení ran. Ačkoli respondenti odpovídali různorodě, nelze určit, která odpověď byla správná a která špatná. Převazy se dělají dle zvyklostí oddělení, dle stavu krytí, i dle ordinace lékaře. Pokud se však použije přípravek určený k hojení ran, měl by být personál v této problematice proškolen. Proto lze navrhnout školení či seminář o hojení ran s ukázkami materiálů a přípravků, které by se mohly použít. Zároveň by mohlo být v tomto proškolení obsaženo to, jaký přípravek na jaký typ rány lze použít, jak se o něho starat a za jakou dobu provádět převazy. I tímto způsobem by se dalo předejít vzniku komplikací v oblasti operační rány.

Závěr

Tato bakalářská práce se věnovala problematice ošetrovatelské péče u pacienta se střevní neprůchodností, která je poskytována především praktickými a všeobecnými sestrami.

V první části je stručně popsán současný stav problematiky střevní neprůchodnosti, anatomie a fyziologie gastrointestinálního traktu, přehledné rozdělení náhlých příhod břišních, rozdělení střevní neprůchodnosti (ileu), diagnostika, léčba, předoperační příprava, pooperační ošetrovatelská péče, pooperační komplikace a v závěru je uvedeno několik ošetrovatelských diagnóz, které jsou v této oblasti nejčastější.

Druhá část je výzkumná, ve které je popsán výzkum, jeho průběh, výsledky a jejich zpracování. Cílem tohoto výzkumu bylo zmapování současné situace ošetrovatelské péče o pacienta se střevní neprůchodností a zjistit informovanost praktických i všeobecných sester o prvních příznacích komplikací po operaci. Pro výzkum byly zvoleny dvě výzkumné otázky zaměřující se na průběh ošetrovatelské péče u pacienta se střevní neprůchodností a na informovanost praktických a všeobecných sester o prvních příznacích komplikací po operaci. Pro toto výzkumné šetření byl použit dotazník tvořený 19 otázkami a výsledky byly vyhodnoceny pomocí sloupcových grafů a tabulek.

Díky tomuto výzkumu jsem zjistila, že informovanost praktických i všeobecných sester o této problematice lze považovat za dostatečnou, avšak ne dokonalou. Cíl výzkumného šetření byl tedy splněn. Za důležité považuji, aby byly praktické i všeobecné sestry více informované o příznacích komplikací a o péči o stomie.

Otázkou však zůstává, jak na ošetrovatelskou péči u pacienta se střevní neprůchodností pohlíží sami pacienti. Toto by dle mého názoru mohl být námět na další výzkum v této problematice.

Věřím, že má bakalářská práce může být podkladem ke zvýšení informovanosti praktických i všeobecných sester v této problematice a ke studiu na středních, vysokých i vyšších odborných školách.

Seznam použité literatury

- ADAMOVÁ, Zuzana, Radim SLOVÁČEK, Tomáš BÁR, Jiřina JURIČOVÁ a Petr VLČEK, 2015. Stomie – jejich komplikace [online]. [2015-02-27]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2015/01/11.pdf>
- BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.
- BRABCOVÁ, Soňa, 2021. *Péče o rány: pro sestry a ostatní nelékařské profese*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-3133-4.
- BŘEŇOVÁ, Tereza, 2021. *Převaz chirurgické rány – metodický materiál pro výuku ošetrovatelské péče ve Fakultní nemocnici Bulovka*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. 3. lékařská fakulta.
- ČIHÁK, Radomír, 2013. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.
- ČOUPKOVÁ, Hana, Pavel MARCIÁN; Vladislava MARCIÁNOVÁ, Lucie PŘIKRYLOVÁ, Ludmila RÁŽKOVÁ, et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 1., přepracované a doplněné vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2900-8.
- ČOUPKOVÁ, Hana, Pavel MARCIÁN, Vladislava MARCIÁNOVÁ, Lucie PŘIKRYLOVÁ, Ludmila RÁŽKOVÁ a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2021. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-1718-5.
- DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ, 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0717-9.
- DRLÍKOVÁ, Kateřina, Veronika ZACHOVÁ a Milada KARLOVSKÁ, 2016. *Praktický průvodce stomikou*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5712-4.
- DYLEVSKÝ, Ivan, 2019. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2111-3.
- FERKO, Alexander; ŠUBRT, Zdeněk a DĚDEK, Tomáš (ed.), 2015. *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1005-1.
- GUANCHE-SICILIA, Antiana a kol., 2021. *Prevention and Treatment of Phlebitis Secondary to the Insertion of a Peripheral Venous Catheter: A Scoping Review from a Nursing Perspective* [online]. [2021-03-03]. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/5/611>
- HERDMAN, T. Heather., Shigemi KAMITSURU a Camila LOPES, 2021. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*. Thieme Medical Publishers Inc. ISBN 9781684204540.
- HLAVÁČKOVÁ, Iva, 2020. *Vliv cílené nutriční intervence na pooperační výsledky u pacientů po střevních resekcích*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta.

- HOROVÁ, Jana., Iva BRABCOVÁ a Petra BEJVANČICKÁ, 2020. *Hodnocení rizika pádů* [online]. [2020-06-18]. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-202003-0012_hodnoceni_rizika_padu.php
- HUDÁK, Radovan a KACHLÍK, David, 2021. *Memorix anatomie*. 5. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-873-4.
- KACHLÍK, David, 2018. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4058-7.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0130-6.
- KITTNAR, Otomar, 2020. *Lékařská fyziologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1963-4.
- KOLEKTIV FYZIOTERAPEUTŮ KLINIKY REHABILITACE A TĚLOVÝCHOVNÉHO LÉKAŘSTVÍ 2.LF UK A FN MOTOL, 2020. *Doporučení pro pacienty po operaci v oblasti břicha* [online]. [2020-05]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/wp-content/uploads/bricho-doporuceni-pro-pacienty-po-operaci-v-oblasti-bricha.pdf>
- KRAMÁŘOVÁ, Iva, 2021. *Úlohy sestry v mobilizaci pacienta po operaci kýly*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
- KŘIVÁNKOVÁ, Markéta, 2019. *Somatologie: pro střední zdravotnické školy*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0695-0.
- LIBOVÁ, Ľubica, Hilda BALKOVÁ a Monika JANKECHOVÁ, 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2466-4.
- LUKÁŠ, Karel a Jiří HOCH, ed., 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0353-9.
- MELLOVÁ, Yvetta, Gabriela HEŠKOVÁ, Desanka VÝBOHOVÁ, Milan MELLO, Lenka KUNERTOVÁ a Magdaléna MARČEKOVÁ, 2010. *Anatómia človeka pre nelekárske študijné programy*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-335-6.
- NEJDLOVÁ, Magdalena, 2022. *Ošetrování centrálního žilního katetru*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.
- NEJEDLÁ, Marie, 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4402-5.
- OREL, Miroslav, 2019. *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0531-1.
- PÁRAL, Jiří, 2020. *Chirurgická propedeutika: základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1235-7.
- PETŘEK, Josef, 2019. *Základy fyziologie člověka pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2208-0.
- PLEVOVÁ, Ilona a Miroslava KACHLOVÁ, 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 9788027130337.

- PLEVOVÁ, Ilona a Renáta ZOUBKOVÁ, 2021. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0890-9.
- PLEVOVÁ, Ilona, 2019. *Ošetřovatelství II. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0889-3.
- POKRIVČÁK, Tomáš, 2014. *Chirurgie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-702-6.
- SEDLÁŘOVÁ, Petra, Marie ZVONÍČKOVÁ a Hana SVOBODOVÁ, 2017. *Aktuální doporučení v péči o periferní žilní katétry* [online]. [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2017/02/10.pdf>
- SHINOHARA, Hisashi, 2020. *Illustrated Abdominal Surgery: Based on Embryology and Anatomy of the Digestive System*. Nishinomiya: Springer Singapore. ISBN 978-981-15-1795-2.
- STRANNIKOVA, Alina, 2018. *Léčebně-rehabilitační plán a postup po břišních operacích*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.
- STRNADOVÁ, Alice, Lenka HLADÍKOVÁ, Michaela HOFŠTETROVÁ KNOTKOVÁ, Dita SVOBODOVÁ, Hana SVOBODOVÁ, Veronika NENÍČKOVÁ, Renata TYDLÁČKOVÁ a Ivana KŘÍŽOVÁ, 2021. *Koncepce ošetřovatelství* [online]. [2021-05-25]. Dostupné z: <https://mozaika-ur.cz/cz/metodiky/koncepce-osestrovatelstvi-2021>
- ŠEDÝ, Jiří, 2016. *Komplikace chirurgických operací* [online]. [2016-05-01]. Dostupné z: https://www.mediprofi.cz/33/komplikace-chirurgickych-operaci-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EIMAVc_29gcm80Go3HSj2zQrO3VA8YZLZA/
- TONEY-BUTLER, Tammy J a Jennifer M. Thayer, 2023. *Nursing process* [online]. [2023-04-10]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>
- TÓTHOVÁ, Valérie, 2014. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace. 2.*, aktualizované vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
- VEVERKOVÁ, Eva, Eva KOZÁKOVÁ a Lucie DOLEJŠÍ, 2019. *Ošetřovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2747-9.
- VILZ, Tim O., Burkhard STOFFELS, Christian STRASSBURG, Hans H. SCHILD a Jörg C. KALFF, 2017. *Ileus in Adults. Deutsches Ärzteblatt international* [online]. [2024-04-04]. Dostupné z: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/192560>
- VODIČKA, Josef, 2014. *Speciální chirurgie. 2.*, dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2512-6.
- VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ, 2015. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3421-7.
- ZÁMEČNÍK, Josef, ed., 2019. *Patologie*. Praha: LD Prager Publishing. ISBN 978-80-270-6457-1.
- ZÁRUBOVÁ, Nikol, 2020. *Stav výživy před a po výkonu v břišní chirurgii*. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.
- ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2014. *Speciální chirurgie. 3.*, dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-128-5.

Přílohy

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Žádost o umožnění výzkumného šetření 1

Příloha 3 Žádost o umožnění výzkumného šetření 2