



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Kristýna Bartoňová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S BŘIŠNÍ KÝLOU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2019

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 24. 7. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Bartoňová Kristýna

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s břišní kýlou

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran – číslované: 74

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 17

Počet titulů použité literatury: 31

Klíčová slova: Břišní kýla – chirurgie – kýly – ošetrovatelská péče

### **Souhrn:**

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s břišní kýlou. Teoretická část práce se zabývá anatomii stěny břišní, trávicí trubice a povrchových krajin břicha a přibližuje onemocnění a veškeré aspekty týkajících předoperační a pooperační ošetrovatelské péče o pacienta, u něhož se zvolila chirurgická léčba.

V praktické části jsou zpracovány kazuistiky dvou pacientů, kteří podstoupili plastiku pupeční kýly.

## **Abstract**

Surname and name: Bartoňová Kristýna

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Nursing care for a patient with abdominal hernia

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages – numbered: 74

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 17

Number of literature items used: 31

Keywords: Abdominal hernia – surgery – hernias – nursing care

### Summary:

The topic of the bachelor thesis is nursing care of patient with abdominal hernia. The theoretical part is concerned with anatomy of the abdominal wall, digestive tube and abdominal superficialis areas and any aspect concerning preoperative care of the patients subject to surgical treatment.

In the practical part there are case reports of two patients who have undergone plastic surgery on abdominal hernia.

## **Předmluva**

Kýly patří mezi nejčastější chirurgická onemocnění. Postihují především muže, výskyt v populaci je zhruba kolem 5 %. Délka pooperační hospitalizace činí v průměru 2-3 dny, nicméně pracovní a fyzická neschopnost až 6 týdnů. To má vliv jak na psychický stav, tak na socio-ekonomickou situaci nemocného a jeho rodiny. Proto je z pohledu ošetrovatelské péče nutné věnovat velkou pozornost edukaci právě v oblasti pohybové aktivity a prevence recidivy.

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedení práce, poskytování rad a podporu. Dále děkuji pracovníkům oddělení CHIRO C a CHIRO JIP FN Bory za podporu při výzkumu a samotným nemocným za poskytnutí užitečných informací a spolupráci.

# OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ .....	11
SEZNAM TABULEK.....	12
SEZNAM ZKRATEK.....	13
ÚVOD .....	15
TEORETICKÁ ČÁST.....	16
1 ANATOMIE.....	17
1.1 Stěna břišní.....	17
1.2 Krajiny přední stěny břišní.....	18
1.3 Stavba trávicí trubice.....	19
2 KÝLY – HERNIE .....	21
2.1 Kýla obecně.....	21
2.2 Etiologie .....	22
2.3 Rozdělení.....	23
2.3.1 Pupeční kýla (hernia umbilicalis).....	23
2.3.2 Spiegelova kýla (hernia Spigeli) .....	24
2.3.3 Tříselná kýla (hernia inguinalis) .....	24
2.4 Klinické projevy.....	24
2.4.1 Subjektivní příznaky .....	25
2.4.2 Objektivní příznaky.....	25
2.5 Terapie kýl.....	26
2.6 Komplikace .....	29
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S BŘIŠNÍ KÝLOU.....	31
3.1 Diagnostika.....	31
3.2 Předoperační péče o pacienta .....	32
3.3 Pooperační péče o pacienta .....	33
3.4 Pooperační komplikace .....	35
3.5 Rekonvalescence .....	35
PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
4 FORMULACE PROBLÉMU.....	37
5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE.....	38
6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	39
7 METODIKA PRÁCE.....	40
7.1 Organizace výzkumu.....	40
8 KAZUISTIKA Č. 1 .....	41
8.1 Anamnéza pacienta .....	41



8.1	Fyzikální vyšetření .....	42
8.2	Hodnotící škály .....	44
8.3	Průběh hospitalizace.....	44
9	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES .....	49
9.1	Aplikace modelu Marjory Gordon .....	49
9.2	Aktuální ošetřovatelské diagnózy .....	51
9.3	Rizikové ošetřovatelské diagnózy.....	55
9.4	Edukační plán.....	58
10	KAZUISTIKA Č. 2 .....	60
10.1	Anamnéza pacienta .....	60
10.2	Fyzikální vyšetření .....	61
10.3	Hodnotící škály .....	63
10.4	Průběh hospitalizace.....	63
10.5	Aplikace modelu Marjory Gordon .....	66
10.6	Aktuální ošetřovatelské diagnózy .....	68
10.7	Rizikové ošetřovatelské diagnózy.....	70
10.8	Edukační plán.....	72
	DISKUZE A HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ.....	73
	ZÁVĚR.....	76
	SEZNAM LITERATURY .....	77
	SEZNAM PŘÍLOH .....	80
	PŘÍLOHY .....	81
	Příloha A – 1. pooperační den (muž) .....	81
	Příloha B – 2. pooperační den (muž) .....	82
	Příloha C – 3. pooperační den (muž) .....	82
	Příloha D – 4. pooperační den (muž) .....	83
	Příloha E – 8. pooperační den (muž).....	83
	Příloha F – 10. pooperační den (muž).....	84
	Příloha G – 12. pooperační den (muž) .....	85
	Příloha H – 1. pooperační den (žena).....	86
	Příloha CH – 2. pooperační den (žena).....	86
	Příloha I – 3. pooperační den (žena) .....	87
	Příloha J – 4. pooperační den (žena).....	87
	Příloha K – 6. pooperační den (žena).....	88
	Příloha L – 7. pooperační den (žena) .....	88
	Příloha M – Vypracovaná rešerše ze Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje.....	89
	Příloha N – Povolení sběru informací ve FN Plzeň .....	92

Příloha O – Informovaný souhlas pro pacienta.....	93
Příloha P – Edukační leták .....	94

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Povrchové krajiny břicha.....	19
Obrázek 2 1. pooperační den (muž).....	81
Obrázek 3 2. pooperační den (muž).....	82
Obrázek 4 3. pooperační den (muž).....	82
Obrázek 5 4. pooperační den (muž).....	83
Obrázek 6 8. pooperační den (muž).....	83
Obrázek 7 10. pooperační den (muž).....	84
Obrázek 8 12. pooperační den (muž).....	85
Obrázek 9 1. pooperační den (žena).....	86
Obrázek 10 2. pooperační den (žena).....	86
Obrázek 11 3. pooperační den (žena).....	87
Obrázek 12 4. pooperační den (žena).....	87
Obrázek 13 6. pooperační den (žena).....	88
Obrázek 14 7. pooperační den (žena).....	88

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1- Edukační plán 1 .....	58
Tabulka 2 - Edukační plán 2 .....	59
Tabulka 3 - Edukační plán 3 .....	72

## SEZNAM ZKRATEK

AIM .....	Akutní infarkt myokardu
Amp. ....	Ampule
ATB .....	Antibiotika
BMI .....	Body mass index
CT.....	Computer tomography (počítačová tomografie)
CRP .....	C-reaktivní protein
DK .....	Dolní končetiny
DM .....	Diabetes mellitus
EKG .....	Elektrokardiografie
H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> .....	Peroxid vodíku
CHCE .....	Cholecystoektomie
ICHS .....	Ischemická choroba srdeční
INR .....	International normalized ratio (Mezinárodní normalizovaný poměr)
i.m. ....	Intramuskulárně
i.v. ....	Intravenózně
NGS .....	Nasogastrická sonda
P .....	Puls
PMK .....	Permanentní močový katetr
p.o. ....	Per os
PŽK .....	Periferní žilní katetr
RHB .....	Rehabilitace

RTG ..... Rentgen

s.c. .... Subkutánně

SPNO..... Spontánní pneumotorax

Sp O<sub>2</sub> ..... Saturace krve kyslíkem

STATIM .....Akutně prováděná vyšetření

Tbl. .... Tableta

TEN ..... Tromboembolická nemoc

TEP..... Totální endoprotéza

TK ..... Tlak krve

TT ..... Tělesná teplota

## ÚVOD

Mezi nejčastější operace, se kterými se lékaři na chirurgických pracovištích setkávají jsou břišní a tříselné kýly. Tyto druhy kýl se vyskytují u každého dvacátého člověka, převážně u mužského pohlaví. Zásadním rizikovým faktorem bývá obezita, která je označována za civilizační chorobu.

Pacient bývá po nekomplikovaném chirurgickém řešení kýly hospitalizován pouze krátkodobě, rekonvalescence naopak může trvat až několik týdnů. Tyto faktory se neodráží pouze na psychické stránce nemocného, ale také na socio – ekonomické situaci pacienta či jeho rodiny. Dlouhodobá pracovní neschopnost a nutnost omezení fyzické aktivity může způsobit finanční problémy a tím i snížení životní úrovně. Pro urychlení rekonvalescence je důležité dodržovat specifický pooperační režim po určitou dobu, což nemocného nutí ke změně dosavadního způsobu života.

Teoretická část bakalářské práce nejprve stručně popisuje anatomii břišní stěny a trávicí trubice, dále charakterizuje kýlu jako takovou, její rozdělení, etiologii, typy břišních kýl, jejich objektivní a subjektivní příznaky. Zabývá se komplikacemi, které kýly způsobují možnostmi řešení tohoto onemocnění. Podstatná část práce je věnována specifickým ošetrovatelské péče o pacienta s břišní kýlou.

V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány kazuistiky pacientů po operaci pupeční kýly. Jako hlavní nástroje kvalitativního výzkumu jsou použity rozhovory, pozorování a analýza dokumentace. Klíčové je využití ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové. Pro nalezení relevantních zdrojů informací byla Studijní a vědeckou knihovnou Plzeňského kraje vypracována literární rešerše.

# TEORETICKÁ ČÁST



# 1 ANATOMIE

## 1.1 Stěna břišní

Stěna břišní je jedinou stěnou na povrchu břicha a tvoří ji kůže, podkoží, břišní fascie, svalová vrstva, transversální fascie a nástěnná pobřišnice.

Kůže je měkká anatomická vrstva a proti spodině posunlivá. V epigastriu jsou štěpné čáry příčné, zatímco v mesogastriu a hypogastriu vedou ke sponě stydké.

Druhou vrstvou je podkožní vazivo, jež se skládá z různého množství tuku. Zvláště dolní úsek břicha je bohatý na lalůčkovitou tukovou vrstvu. Vazivo, uložené přímo v podkožním tuku, tvoří fasciální list – tzv. Camperova vrstva. Pod Camperovou vazivovou vrstvou se nacházejí podkožní žíly. Probíhají zde kraniálně vv. thoracoepigastricae vedoucí krev do v. axillaris, v. epigastrica superficialis a v. circumflexa ilium superficialis vlévající se do v. saphena magna v tříselné oblasti. Podkožní vazivo zásobují i tepny, konkrétně se jedná především o a. epigastrica superficialis, a. epigastrica superior a a. circumflexa ilium superficialis, která odvádí krev z a. femoralis. Pod povrchovými žilami podkožního tuku v kaudální polovině břicha se nachází Scarpeova fascie (Kos et al., 2014, s. 67).

Na povrchu břicha je několik fascií – fascia abdominis superficialis a fascia abdominis subcutanea (fascia Scarpa). Povrchová břišní fascie (fascia abdominis superficialis) se vyskytuje na svalové vrstvě kraniálně od pupku. Laterálně se spojuje s lig. Inguinalis a přirůstá na hřeben kosti kyčelní zevně. Těsně pod pupkem je další podkožní fascie (fascia abdominis subcutanea Scarpa) uložená mezi vrstvou tukového podkožního vaziva, které rozděluje na silnější povrchovou a tenčí hlubokou vrstvu. Tato fascie přebíhá u mužů na scrotum, u žen na velké stydké pysky a pokračuje na hráz (Čihák, 2013, s. 395).

Svalová vrstva je tvořena vazivem linea alba, která se nachází ve střední čáře. V místě nad pupkem je široká, tenká a může obsahovat štěrby. Laterálněji od linea alba vede párový m. rectus abdominis, jenž se uzavírá v pochvě – vagina musculi recti abdominis. Pochvy přímých břišních svalů se zřetelně liší svým uložením pod pupkem a nad ním. Aponeurózy tří laterálních břišních svalů se nacházejí kraniálně od pupku a jsou uloženy jak před m. rectus abdominis, tak za ním. I pod pupkem vedou tři aponeurózy, ale zevně od svalu, což znamená, že zadní plocha m. rectus abdominis je kryta pouze fascia transversalis a nástěnnou pobřišnicí. Přejít těchto dvou částí se nazývá linea arcuata.

Fascia transversalis je popisována jako tenký obal srůstající s linea alba ve střední čáře. Pod ní se nachází nepatrná tuková vazivová vrstva preperitonea a nástěnná pobřišnice.

Některá místa břišní stěny mohou být zeslabená. Následkem jsou pak kýly, které vznikají zvýšeným nitrobřišním tlakem nebo poraněním v těchto oblastech. Mezi nejčastější zeslabená místa patří krajina pupeční a tříselná spolu s tříselným kanálem.

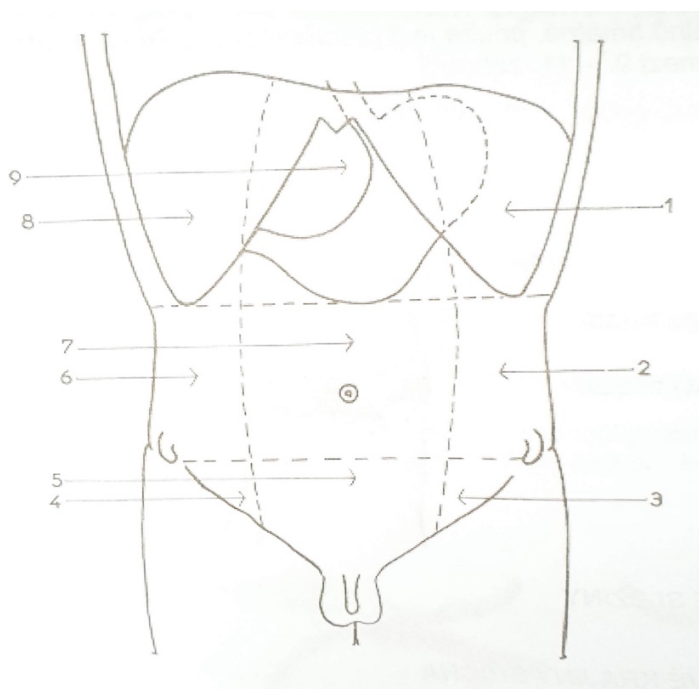
**Pupeční krajina** (regio umbilicalis) se mění podle vývoje. Břišní stěna se v této oblasti spojuje s pupečником, jeho zevní vrstva přechází v kůži a obsah pupečníku, kterým jsou pupeční cévy, procházejí abdominální stěnou dovnitř. Z tohoto důvodu vzniká v linea alba otvor zvaný anulus umbilicalis. V pupeční oblasti je fascia transversalis změněna na fascia umbilicalis. V horní části se tato fascie v malé míře vytrácí. Dolní úsek může od linea alba odstávat a dochází ke vzniku výchlípku mezi dvěma vrstvami v pobřišnicové dutině. V oblasti pupku naopak těsně přiléhá k linea alba, a pokud se mezi linea alba a umbilikální fascií nasťádá tuk, může se v dospělosti objevit vrozená kýla (Kos et al., 2014, s. 67-70).

**Tříselná krajina** (regio inguinalis) je oblast, kde sestupují varlata do šourku během fetálního období. Těsně před jejich sestupem vzniká v abdominální stěně tříselný kanál, kterým varlata po odštěpení z několika vrstev břišní stěny prostoupí. Obsahem tříselného kanálu (canalis inguinalis) u mužů je chámovod, u žen zde probíhá oblý děložní vaz. Tříselný kanál je dlouhý 4-5 cm a obklopují ho čtyři stěny. Horní stěna se skládá ze svalových snopců m. obliquus abdominis internus a m. transversus abdominis, přední stěna je tvořena aponeurózou m. obliquus externus abdominis a zadní stěnu tvoří fascie transverzální (Čihák, 2013, s. 396; Kopecký et al., 2010, s. 90–91).

## 1.2 Krajiny přední stěny břišní

Pro lepší orientaci v oblasti břišní stěny rozlišujeme takzvané základní orientační čáry, jež napomáhají přesně stanovit jednotlivé krajiny břišní. Tyto krajiny jsou popisovány mezi třemi horizontálními a mezi dvěma medioklavikulárními čarami. Epigastrium (1) se nachází mezi čarou xifisterální a subkostální, v oblouku obou žeber uprostřed je uložen nadbříšek – regio epigastrica (9) a po straně regio hypochondrica (8). Mezi subkostální a bispinální čarou je popisováno mesogastrium (2). Tyto čáry ohraničují krajinu pupku – regio umbilicalis (7) a laterálně regio lateralis (6). Hypogastrium (3) se nachází mezi horizontální bispinální čarou a tříselnou krajinou. Uprostřed hypogastria je podbříšek – regio pubica (5) a zevně regio inguinalis (4) (Kott, 2009, s. 49).

Obrázek 1 Povrchové krajiny břicha



Zdroj: Kott, 2009, s. 50

### 1.3 Stavba trávicí trubice

Ke správné funkci trávicí trubice významně přispívá její stěna, která je téměř celá tvořena čtyřmi vrstvami. Ty jsou popisovány z vnitřku navenek a patří mezi ně:

- Sliznice (tunica mucosa) je měkká vrstva, vystýlá vnitřní povrch trávicí trubice a pokrývá ji hlen. Může vytvářet řasy, papily a v tenkém střevě klky. Na samém povrchu tunica mucosa se nachází vrstevnatý dlaždicový epitel a epitel jednovrstevný cylindrický. Pod epitelem je slizniční řídké vazivo (lamina propria mucosae) obsahující lymfatickou tkáň s krevními a mízními cévami. Celá tato část do své funkce zahrnuje sekreci či resorpci látek nebo mechanickou odolnost.
- Podslizniční vazivo (tela submucosa) je charakteristické pro své velké množství krevních a mízních cév, které prostupují do jemnějších segmentů slizničního vaziva. V této části se může objevit i lymfatická tkáň (Čihák, 2013, s. 14).
- Svalovina (tunica muscularis) představuje jak příčně pruhovanou svalovinu, která tvoří dutinu ústní, hltan, část jícnu a zevní svěrač řitního otvoru, tak hladkou svalovinu. Hladká svalovina vystýlá ostatní úseky trávicí trubice a má dvě části –

stratum cirkulare, vnitřní obtáčeující vrstva, a stratum longitudinale, zevní vrstva podélná. Svalovina obstarává peristaltiku trávicí trubice (Hudák et al., 2017, s. 171).

- Povrchová vnější vrstva pokrývá trávicí trubici zevně a skládá se ze dvou částí: Tunica serosa je popisována jako lesklá a hladká blána, která se nachází pouze v dutině břišní u některých částí trávicího traktu. Na povrchu se vyskytuje jednovrstevný dlaždicový epitel zajišťující pohyb trávicí trubice. Tunica adventitia není v dutině břišní, ale objevuje se u částí trávicího traktu (jícen, hltan). Tato vrstva je bohatá na vazivo, které se stará o přímé spojení s okolními orgány (Kott, 2009, s. 8).

## 2 KÝLY – HERNIE

### 2.1 Kýla obecně

Hernia (kýla) je popisována jako abnormální vyklenutí nebo vysunutí obsahu dutiny břišní. Vzniká v místech fyziologického oslabení břišní stěny anebo přímo uvnitř dutiny po traumatickém poranění některých svalů. Nejčastěji je vyhrěznutý orgán pokryt nástěnnou pobřišnicí (peritoneum) (Hoch, Leffler at al., 2014, s. 84).

Kýly jsou velmi častým chirurgickým onemocněním a v české populaci se objevují ve 4-5 %. Nejvíce se u nemocných vyskytují kýly tříselné (75 %), mající velké zastoupení u mužů, a pupeční (10 %), které jsou diagnostikovány převážně u žen. Odlišují se příznaky, rozsahem a místem vzniku. Každá hernie je něčím zvláštní, nedá se tedy určit jediný postup a doporučení v diagnostice nebo léčbě. Společným ukazatelem mohou být pooperační komplikace při hojení (Hoch, 2016, s. 73; Zeman, Krška et al., 2014, s. 157).

Kýlní vak obsahuje nejčastěji tenké střevo, přesněji jeho kličky a omentum, popřípadě části útrobních pobřišnicových závěsů. Tenké střevo je nejdelší část trávicí trubice o délce 3-5 metrů a skládá se z 3 částí. První částí je dvanáctník (duodenum), který začíná za pylorem a končí duodenojejunálním ohybem. Duodenum obkružuje hlavu pankreatu a na stěně sestupné části mezi kruhovitými slizničními řasami je uložena vyvýšenina nazvaná papilla Vateri. Zde ústí žlučovod a vývod pankreatu. Druhou částí je 2 metry dlouhý lačník (jejunum). Lačník je vystlán sliznicí bohatou na Kerckringovy řasy a klky, které zajišťují největší resorpci natrávené potravy. Kličky jejunum se nachází v levé horní části stěny břišní. Kyčelník (ileum), dlouhý 3 metry, má méně slizničních řas, ale větší četnost lymfatických tkání vytvářejících Peyerovy plaky. V místě, kde ileum přechází v ceakum, je chlopeň, zabráňující zpětnému návratu obsahu tenkého střeva (Čihák, 2013, s. 396; Fiala et al., 2015, s. 61-62).

Každá kýla se skládá z kýlní branky, kýlního vaku, kýlního obsahu a zevních přídatných obalů.

Kýlní branka je označována jako otvor v břišní stěně, z níž vybíhají útroby peritoneální dutiny. Obvykle se vytvoří v místě přirozeného oslabení břišní stěny, vzniklého ať už dlouhodobou zvýšenou fyzickou námahou nebo genetickými predispozicemi. Kýlní branka se objevuje i u poranění svalstva spolu s fasciemi (Vodička et al., 2014, s. 125).

Kýlním vakem je myšlena výchlipka nástěnné pobřišnice. Ta vzniká tlakem břišních útrobní vytačujících ji přes abdominální stěnu. Vak hernie se liší svou tloušťkou. U děletrvajících kýl se objevuje vazivově hypertrofická stěna a častým problémem je přímý srůst kýlního vaku s jeho obsahem. Výjimkou není ani zdvojený vak, vak s mnoho ložisky uvnitř nebo divertikl, kde může dojít k uskřínutí (Zeman, Krška et al., 2014, s. 158).

Obsahem kýly může být jakýkoli orgán dutiny břišní. Zpravidla se jedná o tenké střevo (enterokýla) a omentum (epiplokéla). Tenké kličky se také mohou objevit v kýlním obsahu jen částečně a poté hovoříme o Richterově Kýle. U kojenců se omentum v kýle vyskytuje jen vzácně, jelikož je svou délkou krátké. U dospělého jedince se s tímto obsahem setkáváme častěji. Občas je v kýle obsažena část slinivky břišní, močový měchýř, děloha, varle a tlusté střevo spolu s apendixem (Zeman, Krška et al., 2014, s. 158; Vodička et al., 2014, s. 125).

## 2.2 Etiologie

Dle příčiny vzniku rozeznáváme kýly vrozené a získané. **Vrozená hernia**, *hernia congenita*, vznikající při nedokonalém vývinu vrstev břišní stěny nebo při neúplném uzavření kýlní branky, je vývojovou poruchou. **Získaná kýla**, *hernia acquisita*, vzniká v otvoru stěny břišní, otvírající se až po narození. Následkem toho se často vytvoří kýlní vak. Příčinou je vliv zvýšeného intraabdominálního tlaku, oslabené břišní stěny nebo kombinace obou. Vzestup nitrobřišního tlaku může nastat při graviditě, obezitě, při retenci moči, ale také při činnostech, kde je nadměrně používán břišní lis (kašel, zvracení, zácpa) nebo během fyzicky náročného zaměstnání. Oslabená břišní stěna je často spojena s ascitem i s maligním nádorovým onemocněním, při němž dochází ke ztrátě potřebných živin a tuků. Stěnu břišní nám ale oslabují i laparotomické operační výkony.

Kýly se mohou vytvořit i následkem úrazu. Takzvaná traumatická hernia vzniká za přímého poškození abdominálního svalstva nebo v místě jizvy po jiných břišních operacích (Vodička et al., 2014, s. 126).

Šedý (2007, s. 18) tvrdí, že příčin pro vznik jakékoliv kýly může být mnoho, ale nesmíme zapomenout na molekulu, která je nepostradatelnou součástí pevného vaziva, tedy kolagen. Díky studiím probíhajících v předchozích letech se zjistilo, že hlavním podnětem pro vznik hernie je vrozená nebo získaná porucha kolagenu.

## 2.3 Rozdělení

**Zevní kýla** vystupuje svým kýlním obsahem stěnou břišní ven, tzn. že při zvýšeném nitrobřišním tlaku je viditelná na povrchu těla. Tato hernie se vyskytuje nejčastěji a patří sem kýly tříselné, pupeční, stehenní, kýly epigastrické či kýly v jizvě. Pouze v ojedinělých případech se neřeší operačním zákrokem.

**Vnitřní kýla** vzniká zasunutím střeva do výchlípek pobřišnice nebo do přirozených záhybů. Může se vytvořit po větších operacích s následným vytvořením srůstů, ale také jako komplikace po zánětech. Nepatří mezi kýly pravé, protože nemá kýlní vak. Tyto kýly jsou známé svou vzácností a náročnou diagnostikou. U tohoto typu je většinou pacient indikován k akutní operaci z důvodu uskřínutí tenkého střeva a většinou až na operačním sále lékař stanoví správnou diagnózu. Také rekonvalescence po zákroku může být obtížná a zdlouhavá (Pokrivčák et al., 2014, s. 143).

Dále se kýly rozlišují i dle stupně zasunutí kýlního obsahu do dutiny břišní. O kýle reponibilní neboli volné, mluvíme pouze v situaci, kdy je repozice obsahu spontánní. Pokud není navrácení možné, popisuje se jako kýla ireponibilní. Ireponibilita nastává srůstem kýlního vaku s jeho obsahem, při inkarceraci nebo v případě příliš velkého kýlního vaku u déletrvající hernie (Hoch, 2016, s. 69; Vodička et al, 2014, s. 126).

Kýly se dělí i podle lokalizace. Nejčastěji se objevují na přední stěně břišní – spadají sem pupeční kýly, tříselné a ventrální kýly, které jsou velice vzácné, a nejznámější z nich bývá Spiegelova kýla. Kýly se vykytují i v bederní a brániční oblasti a v oblasti pánve (Kala, Procházka et al., 2010, s. 39).

### 2.3.1 Pupeční kýla (*hernia umbilicalis*)

Pupeční kýla se nejvíce objevuje u žen a u cirhotiků s ascitem. Vyskytuje se v pupku nebo v paraumbilikální oblasti. Projevuje se krátkodobým či trvalým vyklenutím břišní stěny. U dospělých má tato kýla sklon k uskřínutí, proto je doporučen včasný chirurgický zákrok. Operace zahrnuje vypreparování kýlního vaku, uzávěr kýlní branky přímým stehem linea alba, popřípadě vytvoření stříškovité plastiky podle Maya. U novorozenců se pupeční kýla vyskytuje mnohem častěji než u dospělé populace. Je to dáno podvazem pupeční šňůry. Při porodu se totiž neuzavře umbilikální otvor. Několik týdnů po narození se menší branka stáhne a je možné doporučit bandážování náplast'ovou kožní fixací, ale u většiny dětí se defekt hernie uzavře do dvou let (Zeman, Krška et al., 2014, s. 163; Hoch, Leffler et al., 2011, s. 87; Pafko et al., 2008, s. 136).

### 2.3.2 Spiegelova kýla (hernia Spigeli)

Hernia Spiegeli je poměrně vzácná a tvoří 1,5 % břišních kýl. Ve většině případů se objevuje jako kýla získaná. Vzniká podsunutím výchlipky peritonea, která se dostane mezi přímý břišní sval v podbříšku a mezi linea semilunaris pochvy přímého svalu. Nejobvyklejší místo průniku kýlního vaku je na spojnici linea semilunaris a linea semicircularis, jež se nachází na bočním okraji musculus rectus abdominis, asi 5 cm pod pupkem. Obsahem kýly je nejčastěji preperitoneální tuk, rovněž velké omentum, tlusté střevo nebo tenké kličky. Projevuje se elastickým či měkkým vyklenutím při vnějším okraji přímého svalu v podbříšku (Šedý, 2007, s. 76-77; Zeman, Krška et al., 2014, s. 164).

### 2.3.3 Tříselná kýla (hernia inguinalis)

Tříselná kýla je nejznámější a nejběžnější kýla vůbec. Z anatomického hlediska se objevuje více u mužů (2 – 3 %) než u žen (0,2 – 0,5 %) a častěji na pravé straně. U nedonošených dětí se kýla vyskytuje až v 9 – 11 % případů, u donošených se incidence pohybuje od 3,5 % do 5 %. Rozeznáváme dva hlavní typy – nepřímou tříselnou kýlu a přímou tříselnou kýlu (Šedý, 2007, s. 54; Pafko et al., 2008, s. 134).

Nepřímá tříselná kýla (hernia inguinalis indirecta), respektive její kýlní vak, vystupuje z břicha vnitřním tříselným kruhem s provazcem semenným, mediálně směřuje tříselným kanálem a vyústí u vnějším tříselným kruhem. U mužů někdy sestupuje kýlní vak s provazcem semenným až do šourku a pak se jedná o kýlu skrotální. Stejná kýla u ženy, která vstoupí až do velkého stydkého pysku, se označuje jako kýla labiální. Tento typ tříselné kýly se objevuje v získané i vrozené formě a bývá v 10 – 20 % oboustranný.

Přímá tříselná kýla (hernia inguinalis directa, interna) vzniká na podkladě kýlního vaku, jenž vystupuje ze zadní stěny tříselného kanálu. Způsobuje vytlačení transverzální fascie před sebe nebo její rozštěpení, poté se tříselný kanál vyklenuje přímo do anulus inguinalis externus. Často je způsobená nadměrnou fyzickou zátěží, vyskytuje se zejména u starších mužů a řadí se mezi kýly získané. Oproti nepřímé tříselné kýle je tato kýla velmi často oboustranná. Kýlním obsahem se běžně stává močový měchýř nebo tlusté střevo, protože je vak hernie mediálně od semenného provazce (Pafko et al., 2008, s. 134).

## 2.4 Klinické projevy

Kýla může být bez příznaků a nemusí způsobovat svému nositeli žádné obtíže. V opačném případě symptomatická kýla činí nejrůznější problémy, jako jsou například bolesti a poruchy střevní pasáže (Hoch, 2016, s. 69).



#### 2.4.1 Subjektivní příznaky

- Bolest je jedním z prvních upozornění na kýlu. Nejčastěji se projevuje nepříjemným tahavým nebo pálivým pocitem v místě vyklenutí, který ustupuje vleže a v klidu. Příčinou je závěs střeva nebo tah za nástěnným peritoneem. Dojde-li v místě kýly k uskřinutí, může postupně vznikat strangulační ileus projevující se náhlou až kolikovitou bolestí. Standardně tato bolest ustává s vymizením peristaltiky (Vodička et al., 2014, s. 126; Zeman, Spilka et al., 2013, s. 113).
- Také vyklenutí v některé části břicha, které se předtím neobjevovalo, přivádí nemocného k lékaři. Zpravidla se vyskytuje při zvýšeném nitrobřišním tlaku (kašel). Pokud se jedná o kýlu volnou, lze ji reponovat zpět.
- Méně často bývají přítomny poruchy střevní pasáže. Může se jednat o nadýmání, zácpu a zvracení provázené nauzeou a říháním. U mužů se objevují i potíže s močením (Vodička et al., 2014, s. 126).

#### 2.4.2 Objektivní příznaky

- Vyklenutí je viditelné, a to především v místě třísel (tříselná kýla) a v oblasti pupku (pupeční kýla). Může vzniknout nejen v operační jizvě, ale i v místech, která jsou postižena chorobnými procesy.
- Při hluboké palpacii se také zjišťuje přítomnost kýly, případně její bolestivost. U kýly je důležité odhalit, zda je možné ji reponovat zpět do břišní stěny až zmizí, pak lze kýlu nazývat jako volnou. U kýl přirostlých vyklenutí zůstává stále na jednom místě.
- Charakteristický zvuk při poklepu nad kýlním vakem je bubínkový (typický pro tenké kličky obsažené v kýle) (Nejedlá et al., 2015, s. 93-95).
- Leukocytóza (zvýšené množství bílých krvinek) a zvýšené CRP v rámci laboratorního vyšetření krve, může vypovídat o zánětlivé příčině nebo vznikajících komplikacích při uskřinuté či perforované kýle (Tham, Collins, Soetikno, 2017, s. 289).

## 2.5 Terapie kýl

### Konzervativní léčba

K neoperačnímu léčení se přistupuje pouze v případě, že nemocnému nezpůsobuje kýla žádné problémy, nebolí ho, neuskřínuje a nijak ho neobtěžuje. Dalšími důvody ke konzervativnímu postupu mohou být následující příčiny: vysoký věk, zhoršený celkový stav pacienta nebo jeho nesouhlas s chirurgickým zákrokem. Samozřejmě nesmíme opomenout i kýly, jež nelze operovat z důvodu jejich velikosti. Konzervativní terapií se tedy snažíme o zpevnění břišní stěny nemocného pomocí břišních pásů či speciálně upravených korzetů na míru (Hoch, 2016, s. 71).

Břišní pásy se nejvíce využívají u kýl reponibilních (pupeční a tříselné kýly). Většinou mají pacienti svůj pás připravený také před operací, aby jej mohli použít co nejdříve. Zabrání tak několika nežádoucím komplikacím. Kontraindikacemi u zavedení tohoto způsobu léčby jsou kýly přirostlé (ireponibilní). Příliš utažený pás nebo korzet vyvolává tlak, kterým se zvětšuje kýlní branka, tím celá kýla a dochází k recidivě (Slezáková et al., 2010, s. 224; Vodička et al., 2014, s. 128).

Dalším z konzervativních postupů je repozice (taxe) neboli vpravení obsahu kýly zpět do břicha. Taxi nelze provádět násilným způsobem, protože by mohlo dojít k perforaci střeva. K ulehčení repozice může napomáhat uvolnění břišní stěny, podání analgetik nebo tepelný komfort. Repozici provádí lékař, pokud si je jistý, že se jedná o kýlu volnou. Správná repozice oddaluje potíže na delší dobu, snižuje riziko uskřínutí tenké kličky a následně rozvoj nekrózy. I přesto je u takových pacientů operace nevyhnutelná. Špatně provedená repozice vede k akutnímu stavu a nemocný by měl být co nejdříve operován (Hoch, 2016, s. 71; Zeman, Krška et al., 2014, s. 159).

Jediným dlouhodobě účinným řešením kýly je operace, jež by měla proběhnout v co nejkratší době od prvních příznaků (Michalský, 2011, s. 8).

### Operační léčba

Chirurgická léčba je jedinou cestou k odstranění kýl. Operace se provádí elektivně, pouze uskřínutá kýla potřebuje akutní chirurgické řešení. Výkon zahrnuje několik fází – nejprve uvolnění kýlního vaku, poté repozici kýlního vaku do dutiny břišní a následně uzávěr branky hernie. Nelze-li obsah kýly reponovat zpět, především při inkarceraci, musí se branka rozšířit incizí, tzn., je nutné provést herniotomii. Pokud je kýla uskřínutá, je důležité

zhodnotit vitalitu útroby (nejčastěji střeva). V případě nevratného poškození je třeba část střeva resekovat.

Kýlní branku lze uzavřít několika způsoby. Uzávěr může být proveden přímou suturou, ale více se přistupuje k některé z plastik, kdy se přes sebe překládá několik jednotlivých vrstev tkáně a sutura je pevnější. Mezi další způsoby plastiky patří používání sítěk. V dnešní době se od plastik bez aplikace implantátu zcela odstoupilo. Výjimkou jsou branky o velikosti maximálně dvou centimetrů. Sítíčkou se překryje branka hernie a fixuje se při okrajích klipy, stehy nebo vruty. Nově se začala síťka fixovat i tkáňovým a syntetickým lepidlem (Hoch, 2016, s. 71-72; Hoch, Leffler et al., 2011, s. 84-85).

Nejvíce se k plastikám kýl využívají silikonové sítky. Jsou syntetické, nevstřebatelné a pevné. Výhodou tohoto materiálu je dobrá manipulace a minimální přilnavost útroby k síťce. K dispozici je mnoho typů sítěk, například organické, biologické, permanentní, částečně vstřebatelné, jednovrstevné či potažené funkční anti-adhezni bariérou. Hlavním požadavkem k šití plastik je uzávěr branky bez napětí, tzn. tension free. Díky této metodě se eliminují pooperační komplikace a přímé příčiny recidiv (Czudek et al., 2009, s. 77-78; Hoch, 2016, s. 73; Hoch, Leffer et al., 2011, s. 85; Pafko et al., 2008, s. 135).

Operační výkon se provádí nejen klasickým otevřeným způsobem, ale převážně laparoskopickým přístupem, jehož uplatnění je častější. Klasická operační léčba je provedena technikou zahrnující naříznutí kůže a podkoží, zástavu krvácení, otevření v místě hernie, preparaci kýlního vaku, ošetření kýlní branky a sešití rozříznutých tkání. Tato metoda se provádí pod určitým napětím, tzv. tension on. Při laparoskopické operaci se obvykle začíná pomocí speciální bezpečnostní (Veressovy) jehly, která se zavede přes malý kožní řez v oblasti pupku s následnou insuflací CO<sub>2</sub> do dutiny břišní pod určitým tlakem. Tím dojde ke vzniku kapnoperitonea (naplnění peritoneální dutiny oxidem uhličitým). Dále je přes tentýž řez do dutiny břišní vpraven port pro laparoskop s úhlovou optikou a pod zrakovým vedením ještě dva porty pro zavedení endoskopických operačních nástrojů. Po celkové revizi je vždy provedena hernioplastika metodou tension free, jak už je zmíněno výše. Laparoskopická operační metoda využívá několik miniinvazivních přístupů, patří sem: TAPP (transabdominální preperitoneální přístup), TEP (totálně extraperitoneální přístup) a IPOM (intraperitoneální onlay mesh) (Czudek et al., 2009, s. 34, 76; Novotný, 2010, s. 19; Pokrivčák et al., 2014, s. 146; Šváb, 2007, s. 173).

**Laparoskopická léčba tříselných kýl** se v břišní chirurgii výrazně rozvíjí. Výhodou jsou hlavně menší pooperační bolesti, krátce trvající pracovní neschopnost a lepší pooperační stav pacienta. Nevýhodou stále bývá vysoká ekonomická náročnost těchto laparoskopických metod (Czudek et al., 2009, s. 76).

TAPP (transabdominální preperitoneální přístup) začíná řezem u pupku, přes který se zavede speciální bezpečnostní jehla, díky níž se dutina břišní naplní CO<sub>2</sub> a vzniká již zmíněné kapnoperitoneum. Tímto způsobem se zvětší prostor v abdominální dutině a oddálí se břišní stěny od náležitých orgánů. Poté se do dutiny břišní drobnými incizemi vpraví speciální porty, přes které se zavede laparoskop a operační nástroje. Laparoskop umožňuje přenos obrazu z abdominální dutiny přímo na TV obrazovku pomocí kamery s optickým vybavením. Operační výkon zahrnuje uvolnění útroh, následnou repozici a vyjmutí kýlního vaku z třísla do břišní dutiny. Nevstřebatelná síťka zpevňující defekt v tříslu se vkládá mezi zadní stěnu tříselného kanálu a pobřišnici. Síťka se upevní za sponu stydkou speciálními stehy či vruty a je sešita otevřená pobřišnice. Zákrok ukončuje chirurg vypuštěním CO<sub>2</sub> z břišní dutiny, vytažením nástrojů a následným zašitím ran.

TEP (totálně extraperitoneální přístup) je zahájen totožným způsobem jako TAPP. Prostor nad pobřišnicí se naplní CO<sub>2</sub> pomocí speciální jehly a tím se zvětší. Poté se třemi malými řezy vpraví speciální tubusy (porty), přes které operatér zavede operační nástroje a laparoskop do prostoru nad pobřišnicí. Dalším krokem se vypreparuje vak hernie, který se odstraní z tříselného kanálu. Následně se aplikuje nevstřebatelná síťka mezi pobřišnici a tříselný kanál. Síťka slouží ke zpevnění třísla a je ukotvena stejně jako u TAPP metody. V závěru zákroku se vypustí CO<sub>2</sub> z abdominální dutiny, odstraní se nástroje a v poslední řadě se zašijí rány (Klaudiánova nemocnice, ©2017).

IPOM (intraperitoneální onlay mesh) je laparoskopická metoda, využívaná pouze k řešení tříselných kýl. Operační přístup se velice podobá technice TAPP. To ale neplatí u sítěk, protože se nevkładají do preperitoneálního prostoru, ale aplikují se rovnou na peritoneum. Kýlní branka je překryta sítkou, která se pečlivě připevní. Tato metoda se provádí minimálně, jelikož s sebou přináší několik komplikací. Jednou z nich bývá síťka nedostatečně fixovaná k pevným strukturám třísla, jež způsobuje dislokaci s následnou recidivou kýly. To má za následek bezprostřední styk se střevem a vznik adhezí (vazivové spojení mezi dvěma orgány) tenkých kliček či tlustého střeva k síťce. Mohou se objevit i poruchy zažívacího traktu (Novotný, 2010, s. 27; Czudek et al., 2009, s. 74).

**Při laparoskopickém operačním zákroku břišních kýl** chirurg odstraní kýlní vak a břišní stěnu zpevní plastikou. Tím zabrání opakovanému vyhřeznutí s následným znovuvytvořením (recidivě) kýly. Laparoskopicky se řeší pouze kýly s brankou do průměru 5 cm. Způsob provedení je stejný jako u laparoskopické operace tříselné kýly, a to metodami TAPP a TEP (Czudek et al., 2009, s. 34).

## 2.6 Komplikace

Jednou z nejčastějších a také nejnebezpečnějších komplikací, jež kýly provází, je již zmiňované uskřinutí (inkarcerace), které se často označuje jako příčina vzniku strangulačního ilea. Tento ileus se projevuje křečovitými bolestmi břicha, zástavou plynů a stolice a zvracením. Podstatou inkarcerace je okamžité zaškrcení útrov kýlního vaku. K takovému stavu dochází při přeplnění kýlního vaku obsahem, jenž zabrání jeho repozici. Způsobuje nedostatečnou cirkulaci krve v cévách zásobující orgán (tenké střevo). Stlačením mezenterálních žil a tepen dojde k hemoragické infarzaci (masivní nahromadění krve) střešní stěny a následně během 5–6 hodin i k ischemické nekróze. Mohou se objevit i příznaky šoku při uskřinutí nervů v postiženém místě. Současně se v kýlním vaku objevuje hemoragická serózní tekutina, která se může infikovat a dostat se do poškozené stěny střev (Vodička et al., 2014, s. 127; Zeman, Krška et al., 2014, s. 159).

Uskřinutí vzniká dvojím způsobem:

Příčinou pružného (elastického) uskřinutí bývá okamžitý vzestup abdominálního tlaku (jednorázová nadměrná fyzická námaha, kašel), který způsobí náhlé vtlačení útrov do kýlního vaku. Následným tlakem se elastická kýlní branka zvětší. Střešní kličky se vsunou do branky, ta se okamžitě stáhne a tím přeruší zachovanou cévní cirkulaci. Tento stav se rozvíjí rychle a vyžaduje akutní řešení.

Základem vzniku sterkorální inkarcerace je zástava střešního obsahu v části ilea, jež se nachází ve vaku hernie. Úsek vsunutý do vaku se stále zvětšuje, protože se střevo pomalu přeplňuje. Do vaku útrov se dostává i okružní střevo, dochází tak k dalšímu nárůstu tlaku v kýle, kterým dojde k uzavření a neprůchodnosti ramének vsunuté kličky. Následkem jsou poruchy žilní a později i tepenné cirkulace. Oproti elastickému uskřinutí se sterkorální inkarcerace vyvíjí poměrně pomaleji.

S uskřinutím je úzce spjata i infekce. Infekce v místě kýly může vznikat nejen za přítomnosti zánětlivého orgánu umístěného přímo ve vaku hernie (apendicitis herniaria), ale

především při perforaci uskřínutého střeva vlivem nekrózy, kdy se vytvoří zánět pobřišnice kýlního vaku. Jedná se pak o sterkorální flegmónu kýly.

I srůsty mohou vyvolat několik potíží. Jsou příčinou nejen tahavých a kolikovitých bolestí, ale způsobují také ireponibilitu kýlního vaku do dutiny břišní.

Další komplikací, jež se u kýl vyskytuje, je stagnace střevního obsahu ve střevě, jež je součástí kýlního vaku. V důsledku nahromadění obsahu vzniká napětí kýlního vaku a střeva, kýla bývá palpačně bolestivá a citlivá a může se objevit i pocit nevolnosti a zvracení. Střevní kličky se postupně roztahují a v té nejvíce rozšířené vzniká vřed, který se vyskytuje v místech poškozené střevní stěny. Pak mluvíme o takzvaném distenčním vředu. Tento vřed může perforovat do kýlního vaku, a tím rozvinout ohraničený zánět pobřišnice (peritonitis herniaria) až flegmónu celé kýly. Perforuje-li vřed do volné dutiny břišní, vzniká difuzní sterkorální peritonitida (Vodička et al., 2014, s. 126-127).

## **3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S BŘIŠNÍ KÝLOU**

### **3.1 Diagnostika**

Základem každé diagnostiky je vždy klinické vyšetření. Díky tomu jsou lékaři schopni sledovat velikost vyklenutí, obsah v kýlním vaku a přímý popis defektu v abdominální stěně. Vyšetření lze provádět převážně u zevních kýl, vnitřní kýly se projevují především poruchou střevní pasáže (Kala, Procházka et al., 2010, s. 32).

#### **Fyzikální vyšetření**

Při vyšetřování pohledem je nemocný vysvělečený a důkladně prohlédnutý lékařem. Pokud lékař nachází nesouměrnost břicha nebo vyklenutí na abdominální stěně, jedná se nejčastěji o kýlu. Tříselná kýla se obvykle vyklenuje v tříselné oblasti, pupeční kýla v místě pupku nebo v jeho okolí. U nejasného nálezu či pochybnosti, jedná-li se o kýlu, je nemocný vyzván, aby zakašlal. Tím dojde ke stažení břišních svalů a hernie se zviditelní svým vyklenutím (Dušková et al., 2009, s. 39; Nejedlá, 2015, s. 93).

Palpací se zjišťují různé deformity, jejich tvar a velikost, rezistence ve stěně či dutině břišní, bolestivost a napětí břišního svalstva. Lékař provádí povrchovou i hlubokou palpaci. Pomocí povrchové palpce může lékař zjistit svalové stažení či velkou ohraničenou bolest, jenž je typická pro ohraničenou peritonitidu při komplikaci kýl. Díky hluboké palpaci lékař nachází kýly, které nebyly při pohledu viditelné. Lze tak zjistit jejich velikost, bolestivost, reponibilitu či uskřinutí (Kala, Penka et al., 2010, s. 15; Nejedlá, 2015, s. 93-94).

Při poklepovém vyšetření musí lékař rozlišit charakter zvuku. Vysoký bubínkový poklep charakterizuje roztažené tenké střevo nebo kýlu obsahující střevní kličky (Kala, Penka et al., 2010, s. 14-15).

Poslech je vyšetřovací metoda, při níž lékař využívá fonendoskop při podezření na poruchy střevní pasáže. Jednou z poruch může být strangulační ileus u uskřinuté kýly (Nejedlá, 2015, s. 95).

#### **Zobrazovací vyšetřovací metody**

Břišní ultrasonografie je hlavní zobrazovací metodou v diferenciální diagnostice kýly. Využívá schopnosti ultrazvuku zrcadlit se od jednotlivých struktur a tím pak vzniká jejich samostatný obraz. Lékaři toto vyšetření indikují nejčastěji, především pro snadnou zhodnotitelnost nálezu, dostupnost a jednoduchost (Dietrich et al., 2007, s. 141).

Rentgenové vyšetření může také pomoci při diagnostice některých kýl. RTG záření svým elektromagnetickým vlněním s krátkou vlnovou délkou prostupuje tělesnými orgány. Během toho se polovina paprsků vstřebává v tkáni, část rozplyne a zbytek paprsků se dostane z těla ven. Patří k neodmyslitelnému vyšetření, protože je laciné, bezpečné a všeobecně dostupné. Diagnózu lze upřesnit jak prostým nativním snímkem břicha, tak RTG vyšetřením s použitím kontrastní látky. Jedná-li se o komplikaci, např. střevní obstrukci či perforační peritonitidu spojenou s kýlou, je ordinován nativní snímek břicha ve stoje (Kala, Penka et al., 2010, s. 16; Nejedlá, 2015, s. 135).

### **3.2 Předoperační péče o pacienta**

Tento typ péče znamená prvotní péči v období operačního procesu. Předoperační péče má určitá specifika, která zahrnují intervence zdravotnických pracovníků vycházejících ze standardů daných zdravotnických pracovišť společně s individuálním pohledem na pacienta.

#### **Dlouhodobá předoperační péče**

Úkolem lékaře je důkladná edukace o celém procesu léčby, do kterého je zapojen i samotný pacient. Spadá sem i psychická příprava pacienta, kde je důležitý kvalitní vztah a komunikace mezi ním a lékařem. Dalším krokem lékaře je zhodnotit dostupnou zdravotnickou dokumentaci, získat anamnézu a provést fyzikální vyšetření. U pacienta také musí proběhnout interní vyšetření, které souvisí s plánovaným operačním výkonem. Základem interního vyšetření je screeningové vyšetření krve a moči, rentgen srdce a plic a EKG. Dalším velmi důležitým přístupem předoperační přípravy je sledování hodnot INR a následná úprava antikoagulační léčby, pokud ji pacient užívá. Zvyklostí je vysazení Warfarinu cca 4-7 dní před plánovanou operací, opět však záleží na aktuálním stavu pacienta a druhu operačního zákroku. Závěrem této fáze péče je podepsání informovaného souhlasu pacienta se zvoleným operačním zákrokem.

#### **Krátkodobá předoperační péče**

Trvání krátkodobé předoperační přípravy je 24 hodin před výkonem. Povinností všeobecné sestry a lékaře je potřeba zkontrolovat všechnu dostupnou dokumentaci a výsledky vyšetření. Na základě vyhodnocení předoperačních vyšetření anesteziologem probíhá anesteziologické vyšetření, jehož výsledkem je stanovení druhu anestezie, určení premedikace a edukace pacienta s následným podepsáním informovaného souhlasu o podání anestezie. Tělesná příprava zahrnuje péči o operační pole a gastrointestinální trakt. Dále aplikaci léků dle lékaře a hygienickou péči. Zavedení permanentního žilního a močového



katetru a nazogastrické sondy se odvíjí od aktuálního stavu pacienta. U operačních výkonů v dutině břišní se doporučuje provést vyprázdnění střeva, které může být provedeno aplikací klyzmatu nebo perorálním příjmem vyprazdňovacích roztoků. Dalším omezením je zástava příjmu stravy a tekutin od půlnoci před operací z důvodu rizika aspirace a regurgitace žaludečního obsahu během anestezie. Nutno je také sledovat stav hydratace.

### **Bezprostřední předoperační péče**

Tato příprava probíhá v den operace přibližně 2 hodiny před výkonem. Vše je zaměřeno na kontrolu dokumentace, informovaných souhlasů a celkového stavu pacienta. Sestra dbá na odložení šperků a vyjmutí zubní náhrady. Dalšími ošetřovatelskými intervencemi jsou správně provedené bandáže či nasazení elastických punčoch na dolní končetiny, oholení operačního pole a jeho okolí, zajištění invazivních vstupů a aplikace medikace dle ordinace lékaře. U pacientů s diabetes mellitus je podstatné vynechat perorální antidiabetika a dlouhodobý inzulin. Pro kompenzaci nemocného a jako prevence komplikací obvykle lékař ordinuje infuzní roztok s 5 % glukózy a inzulinem. Typ a doba podání premedikace závisí především na druhu operace a slouží ke zmírnění úzkosti, také ke snížení sekrece slin a žaludečních šťáv. Důležitou úlohou sestry je po každém podání premedikace dbát na možný vznik alergické reakce a kontraindikace jednotlivých léků. Po aplikaci premedikace musí pacient dodržovat klidový režim a úkolem sestry je jeho kontrola.

### **Urgentní předoperační péče**

Z důvodu časové tísně při neodkladných a urgentních operacích jsou prováděné intervence omezeny. Anamnéza je často odebírána od příbuzných, hygienická péče spočívá v eliminaci zásadních nečistot a vyjmutí umělého chrupu. Odběr krve je prováděn STATIM, rychle probíhá také základní fyzikální vyšetření. Kontraindikací je příprava gastrointestinálního traktu v podobě prázdnění. Prováděny jsou také intervence k prevenci aspirace. Všechny léky jsou aplikovány intravenózně (premedikace, léky k prevenci tromboembolické nemoci). Zdravotník nesmí zapomínat na úschovu cenností a dbát na základy správné komunikace (Janíková a Zeleníková. 2013, s. 26-37)

## **3.3 Pooperační péče o pacienta**

Pooperační péče se stanovuje především celkovým stavem pacienta, typem a délkou operačního výkonu, komplikacemi po výkonu a přidruženými nemocemi.

Po ukončení operace je nemocný extubován, probuzen z celkové anestezie a předán k bezprostřední péči na pooperační (dospávací) pokoj. Zde mají sestry za úkol sledovat a

kontrolovat vitální funkce (TK, P, stav vědomí) a SPO<sub>2</sub> za pomoci pulsního oxymetru. Frekvenci a četnost měření určuje anesteziolog – v prvních hodinách po 15–30–60 minutách. Sestra také kontroluje odpady z drénu, obvazy na operační ráně, sleduje bolest či jiné komplikace. Po celkové stabilizaci je pacient včetně kompletní dokumentace přeložen na standardní lůžkové oddělení.

Na standardním oddělení je pacient uložen na lůžko, které by mělo být dobře přístupné ze tří stran. Je poučen sestrou o signalizačním zařízení pro přivolání ošetřujícího personálu v případě potřeby. Dále sestra pravidelně měří TK a P dle ordinace lékaře a kontroluje operační ránu, funkčnost drénu i odvedené množství biologického odpadu. Lékař také určuje čas, kdy sestra může zahájit podávání tekutin per os, do té doby provádí péči o dutinu ústní a hydrataci sliznic. Hlavní význam v rámci pooperační péče má pooperační tišení bolesti. Sestra podává analgetika dle ordinace anesteziologa bolusově, v infuzním přípravku nebo přes epidurální katetr, pokud je zaveden. Jestliže pacient pocítuje nevolnost či zvrací, sestra dbá na to, aby nedošlo k aspiraci a podává léky k potlačení těchto jevů. Účinek celkové anestezie při výkonech v dutině břišní způsobuje neschopnost spontánně se vymočit. Dalším důležitým úkolem sestry tedy je dohlédnout na pacienta, aby se samovolně vymočil do 6-8 hodin po operaci. Nedojde-li k vyprázdnění moči, je v kompetenci sestry na základě indikace lékaře jednorázově vycévkovat nebo zavést permanentní močový katetr u žen a dívek starších 3 let. U mužů zavádějí permanentní močový katetr pouze sestry, které absolvovaly specializační vzdělání formou vzdělávacího programu v oboru intenzivní péče a tím nabyly k tomuto výkonu kompetenci (Vyhláška č. 391/2017 Sb.). Celková anestezie působí také na trávicí trakt. Dochází k atonii žaludku, přechodnému vymizení peristaltiky střev až k zástavě odchodu stolice a plynů. Po obnově peristaltiky bývá pacient postupně zatěžován stravou. Ze začátku tekutou stravou, jestliže ji snáší dobře, následuje dieta kašovitá, dieta šetřící, až pacient přejde k běžné stravě (Schneiderová, 2014, s. 72-73).

Součástí pooperační péče je i včasná vertikalizace, jež je předpokladem k prevenci tromboembolické nemoci. První vstávání z lůžka by měl pacient provádět za asistence sestry kvůli pravděpodobnosti vzniku ortostatické hypotenze. Sestra dohlíží a pomáhá pacientovi při provádění osobní hygieny a doprovodu na toaletu a tím ho motivuje k včasnému vstávání z lůžka.

Kromě včasné vertikalizace je účinnou prevencí vzniku nitrožilních trombů také adekvátní hydratace, cvičení dolními končetinami, přikládání bandáží či kompresních

punčoch a případně antikoagulační léčba, nejčastěji v podobě injekčně podávaného nízkomolekulárního heparinu (Janíková, Zelníková, 2013, s. 28-29).

### **3.4 Pooperační komplikace**

Krvácení v místě operační rány může nastat bezprostředně po operaci. Projevuje se zvyšujícím se množstvím odvedené krve v drénu nebo prosakující se krví mezi stehy. Pokud se jedná o krvácení z podkoží, rána je ošetřena kompresí. Krev, která se hromadí v podkoží, může způsobit tlakovou bolest a otok. V takovém případě se musí stehy rozpustit, aby se předešlo vzniku infekce. Při dlouhotrvajícím krvácení je nutné operační ránu zrevidovat a zdroj krvácení ošetřit.

Infekce v oblasti operační rány bývá další obvyklou pooperační komplikací. Většinou se prokáže několik dní až týden po výkonu. Za příčinu se považuje bakteriální kontaminace rány během výkonu nebo po operaci při převazu.

Mezi výjimečnou komplikací s nutností dalšího operačního zákroku patří vznik píštěle (komunikace mezi střevem a jiným orgánem). Objevuje se nejčastěji u kýl, vyžadujících použití zpevňujících sítěk. Tělo a imunitní systém považuje tento materiál za cizorodý a dochází tak k jejímu odmítnutí a následně k odstranění (Schneiderová, 2014, s. 74-75).

### **3.5 Rekonvalescence**

Pracovní neschopnost pacienta začíná od výkonu a trvá 4 – 6 týdnů. Návrat k plné fyzické aktivitě a pracovní činnosti se předpokládá do 10 – 12 týdnů (Vodička et al., 2014, s. 129).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## **4 FORMULACE PROBLÉMU**

Kýly můžeme zařadit mezi nejčastější chirurgická onemocnění. Postihují především muže, výskyt v populaci je zhruba kolem 5 %. Je třeba na jejich problematiku pohlížet i z hlediska sociálně – ekonomického. Délka pooperační hospitalizace činí v průměru 2-3 dny, nicméně pracovní neschopnost trvá až 6 týdnů. Návrat k plné pracovní i případné sportovní aktivitě je možný zhruba za 4 měsíce. Z pohledu ošetrovatelské péče je nutné věnovat velkou pozornost edukaci právě v oblasti pohybové aktivity a prevence recidivy.

## **5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE**

Hlavním cílem výzkumu je zmapovat ošetrovatelskou péči u dvou pacientů po operaci pupeční kýly.

### **Dílčí cíle:**

1. Zpracovat dvě kazuistiky u nemocných po operaci pupeční kýly.
2. Vytvořit ošetrovatelský a edukační plán.
3. Porovnat edukační plány u nemocných.
4. Identifikovat shodné ošetrovatelské diagnózy.
5. Vytvořit návrh vhodných doporučení pro pacienty jako prevenci k předcházení vzniku kýl či jejich recidivě.

### **Výzkumné problémy:**

1. Jaké jsou nejčastější ošetrovatelské problémy u nemocných po operaci pupeční kýly?
2. Jaká jsou hlavní edukační doporučení pro pacienty po operaci pupeční kýly?

## **6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

Výběr respondentů byl záměrný. Oba sledovaní absolvovali operaci pupeční kýly, přičemž první respondent podstoupil chirurgické řešení v podobě silikonové sítěky z umělého materiálu, zatímco druhé respondentce byla provedena hernioplastika, při níž byla použita vlastní tkáň pacientky. Cílovou skupinu tedy tvoří dva respondenti – muž a žena, ve věku 40-50 let, bez významných přidružených onemocnění, s podobnou tělesnou konstitucí. U respondentky byl dalším kritériem přirozený porod před více než 10 lety.

## **7 METODIKA PRÁCE**

Pro získání informací od respondentů jsme se rozhodli pro kvalitativní formu výzkumného šetření v podobě dvou kazuistik. Jsme přesvědčeni, že se jedná o nejvhodnější metodu, při níž využijeme rozhovor, pozorování, ale také sběr dat ze zdravotnické dokumentace. U dvou pacientů se stejnou diagnózou jsme nejprve sepsali anamnézu a podrobný průběh jejich hospitalizace včetně záznamů o pooperační péči. K získání informací jsme využili model funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon.

### **7.1 Organizace výzkumu**

Výzkum probíhal od října do listopadu 2018 ve Fakultní nemocnici v Plzni na dvou chirurgických pracovištích za souhlasu manažerky pro vzdělání a výuku NLZP Mgr. Chabrové. Pacienti byli informováni, se šetřením souhlasili a svůj souhlas stvrdili podpisem požadovaného dokumentu.



## 8 KAZUISTIKA Č. 1

Pacient – 52letý muž – přichází 17. října 2018 na chirurgickou ambulanci do FN Plzeň pro recidivující kýlu v jizvě o přibližné velikosti 20 cm x 15 cm. Pacient bolesti neudává, ale tvrdí, že se bulka zvětšuje. Na RTG snímku je popsána objemná kýla bez ileózního stavu. Palpační vyšetření je bez nálezu komplikace. Pacient je odeslán do domácí péče s doporučením redukce hmotnosti, klidovým režimem a chirurgickou kontrolou za týden.

Druhý den, tedy 18. října, přichází tentýž pacient na chirurgickou ambulanci do FN Plzeň s bolestmi břicha trvajících od 2. hodiny ranní. Pociťuje bolestivost v místě operované kýly a tvrdnutí břicha. Naposledy jedl ve 20 hodin předešlého dne. Od noci pozoruje zástavu plynů a stolice, zároveň 4krát zvracel. Potíže při močení nemá, febrilie také neguje. Pro zhoršení stavu provedeno CT, na němž je popsán ileus tenkých kliček při uskřínutí tenké kličky s podezřením na infarzaci inkarcerované kličky. Na základě stanové diagnózy je přijat na chirurgické lůžkové oddělení.

### 8.1 Anamnéza pacienta

#### **Osobní anamnéza:**

Pacient se s ničím vážným neléčil, neměl žádný úraz, v dětství prodělal běžné nemoci. V roce 2006 poprvé podstoupil plastiku pupeční kýly v Nemocnici v Mariánských Lázních. V září 2008 byl hospitalizován pro stav po recidivujícím SPNO s následnou drenáží. V lednu 2018 byl nemocný opět operován pro abdominální uskřínutou kýlu v jizvě ve FN Plzeň. Pacient se farmakologicky léčí pro primární hypertenzi a smíšenou hyperlipidémií. Je obézní, BMI činí 37,6, což odpovídá 2. stupni obezity.

#### **Rodinná anamnéza:**

Oba rodiče již nežijí. Matka zemřela v 59 letech na ICHS. Otec v 50 letech prodělal AIM a v 61 letech zemřel také na ICHS. Sestře nemocného je 46 let a léčí se pro hyperlipidémií.

#### **Alergická anamnéza:**

Pacient udává alergii na pyl, prach a jód. Během minulé hospitalizace se mu po aplikaci dezinfekčního přípravku s malým množstvím jódu objevila vyrážka.

**Pracovní anamnéza:**

Pacient pracuje jako řidič kamiónu.

**Abúzus:**

Pacient kouří od mládí. Dříve 40 cigaret denně, v posledním roce počet snížil na 20 cigaret denně. Alkohol pije příležitostně asi 1x za měsíc. Pravidelně pije 6 šálků černé kávy denně.

**Sociální anamnéza:**

Pacient má 2 syny a 1 dceru, všichni jsou zdraví. Je ženatý, žije s manželkou a s dcerou v rodinném domě ve vesnici za Plzní. Oba synové bydlí již s partnerkami, ale navštěvují rodinu několikrát do týdne. Manželka je v dobré kondici. Stará se o domácnost a manžela.

**Farmakologická anamnéza:**

Prestarium Neo 5mg 1–0–0

Sortis 20mg 1–0–1

**8.1 Fyzikální vyšetření****Hlava a krk:**

Pacient je orientován místem, časem, osobou. Je při plném vědomí, komunikuje a spolupracuje bez problému. Je afébrilní, bez známek cyanózy. Hlava pokleповě nebolestivá. Oční bulby ve středním postavení, spojivky klidné. Zornice isokorické, normálně reagují. Jazyk plazí středem. Štítná žláza na krku nehmatná, náplň krčních žil přiměřená, lymfatické uzliny nezvětšeny.

**Hrudník:**

Hrudník je vyklenutý, symetrický. Dýchání bilaterálně sklípkové, čisté. Akce srdeční pravidelná, bez šelestů.

**Břicho:**

Břicho nad niveau, v centru kolem příčné jizvy po plastice pupeční kýly rozsáhlá kýla o velikosti minimálně 40 cm x 30 cm, která je palpačně bolestivá a tužší, zejména

v levém mesogastriu. Peristaltické pohyby jsou zpomaleny. Břicho palpačně měkké, aperitoneální bolestivé v oblasti kýly vlevo od pupku. Játra a ledviny nehmatné, žlučník nebolestivý, slezina nezvětšena.

**Vyšetření per rectum:**

Tonus svěrače je normální, příměsi ve stolici nemá.

**Dolní končetiny:**

Dolní končetiny jsou bez otoků a známek tromboembolického onemocnění. Pulzace na arteria femoralis je hmatná a do periferie přítomna.

**Fyziologické funkce:**

Krevní tlak: 150/85 mm Hg

Puls: 80/ min

Dechová frekvence: 16/ min

Saturace kyslíkem: 96%

Tělesná teplota: 36,7° C

Váha: 140 kg

Výška: 193 cm

BMI: 37,6

**Souhrn lékařských diagnóz**

Akutní uskřínutá kýla v jizvě

Esenciální hypertenze

Smíšená hyperlipidémie

Stav po recidivujícím SPNO

Stav po operaci umbilikální kýle

Stav po operaci kýly v jizvě

Obezita

## 8.2 Hodnotící škály

**Barthelův test všedních denních činností** – při příjmu byla použita škála Barthelova testu všedních denních činností a bodové hodnocení bylo 100 b. Během hospitalizace se soběstačnost nesnížila.

**Škála bolesti dle Melzacka** – první den hospitalizace byla použita při hodnocení bolesti Melzackova škála. Pacient udával stupeň číslo 3 – intenzivní bolest v oblasti dutiny břišní. Třetí pooperační den již svou bolest hodnotil číslem 1 – bolest mírná.

**Stupnice dle Nortonové** – k posouzení rizika vzniku dekubitů sestra použila stupnici dle Nortonové. Při příjmu vyšla pacientovi hodnota 30 bodů, z čehož vyplývá, že u pacienta nehrozí riziko vzniku dekubitů.

**Klasifikace tíže tromboflebitis dle Madonna** – 4. den hospitalizace stav PŽK hodnotila sestra stupněm 3. 7. den hospitalizace byl stav PŽK popsán stupněm 2. Během hospitalizace sestra několikrát provedla změnu místa zavedení.

## 8.3 Průběh hospitalizace

### 1. den

Na chirurgické ambulanci byl pacient vyšetřen lékařem a poslán na CT vyšetření. Na CT byl popsán ileózní stav tenkých kliček při uskřínutí tenké kličky při kaudálním okraji kýlního vaku s podezřením na infarzaci této uskřínuté kličky, poté pacienta poslali zpět na chirurgickou ambulanci. Zde mu byla odebrána krev na vyšetření krevního obrazu, biochemie a hemokoagulace, zaveden periferní žilní katetr do levé horní končetiny a podána analgetika v infuzním roztoku pro velké bolesti, jenž udával pacient. Během toho lékař pacientovi odebral lékařskou anamnézu a sepsal ordinaci s indikací k operaci. Následně byl sanitářem odvezen na chirurgické lůžkové oddělení k hospitalizaci. Sestra pacienta seznámila s právy pacientů, režimem oddělení, řádem FN a signalizačním zařízením. Pacient si nechal uložit ošacení do šatny pacientů. Následně podepsal souhlas s hospitalizací a obdržel identifikační náramek s jménem. Sestra potom sepsala ošetřovatelskou anamnézu a změřila fyziologické funkce.

Pacient byl poté odeslán na předoperační vyšetření, kde mu bylo registrováno EKG, které bylo fyziologické. Následoval RTG hrudníku s popisem bez patologie. Na základě těchto vyšetření bylo lékaři rozhodnuto, že je pacient schopen výkonu v celkové anestezii.

Po návratu na lůžkové oddělení sestra pacientovi podala intravenózně 1000 ml roztoku Plasmalyte spolu s analgetiky (Analgin 5 ml i.v.) rychlostí 200 ml/h pro zmírnění bolesti a byla zahájena profylaktická antibiotická terapie – Augmentin 1, 2g 3x denně intravenózně. Dále byly pacientovi podány ještě 2 čisté infuzní roztoky Plasmalyte 1000 ml rychlostí 150 ml/h intravenózně. Byla zavedena antikoagulační terapie formou aplikací nízkomolekulárního heparinu Fraxiparine 0,4 ml s.c. 1x denně v 17 hodin jako prevence TEN. Lékařem byla indikována pravidelná kontrola TK+P 3x denně. Pacient byl edukován o režimu lačnění. Dále již nezvracel.

## **2. den**

Ráno k pacientovi přichází lékařská vizita s oznámením operace, která proběhne následující den. Lékař opět palpačně vyšetřil pacienta a domluvil RTG vyšetření, na nějž byl pacient poslán v odpoledních hodinách. Na RTG snímku popsán počínající ileózní stav bez výraznějšího vývoje ve srovnání s CT vyšetřením, jenž proběhlo předešlý den. Po příjezdu na oddělení pacient podepisuje za přítomnosti lékaře souhlas s operačním výkonem a anestezií. Během celého dne byly pacientovi podávány intravenózně analgetika (Analgin 5ml i.v., Novalgin 2ml i.v.) na základě ordinace lékaře a 2x infuzní roztok Plasmalyte rychlostí 150ml/h. Byla také zavedena bilance tekutin pro kontrolu močení. V ATB profylaxi se pokračuje.

## **3. den (operační den)**

Ráno sestra zajišťuje bezprostřední předoperační přípravu. Pacientovi bylo oholeno operační pole, dolní končetiny mu byly zavázány elastickými obinadly a podán intravenózně jeden infuzní roztok Plasmalyte rychlostí 100ml/hod. Sestra pacientovi připravila břišní pás, který si vezme s sebou na operační sál. Před odjezdem na operační sál byla pacientovi aplikována premedikace formou jedné tablety Diazepamu 10mg dle ordinace anesteziologa. Na operační sál, kde mu byla zavedena NGS a PMK velikosti CH 14, byl sestrou a sanitářem přivezen v poledne.

Pacientovi byla provedena plastika recidivující kýly v jizvě. Do dutiny břišní operatér vložil nesmáčivou silikonovou síťku, kterou fixoval stehy v celém poli a také obšil okolí celé branky.

Z operačního sálu byl pacient přivezen na jednotku intenzivní péče chirurgického oddělení. Zde proběhla registrace EKG a byla zahájena monitorace diurézy, TK+P a SpO<sub>2</sub> 1x za hodinu, kontrola TT á 6 hodin a bilance tekutin měřena po 12 hodinách. Sestra

zkontrolovala hladinu glykémie pomocí glukometru a operační ránu spolu se sterilním krytím. Pacientovi z operační rány odváděl přebytečnou krvavou tekutinu Redonův drén. Intravenózně byl nadále podáván Plasmalyte rychlostí 80ml/hod. a kontinuálně analgosedace (Morphin 1 % 40mg/20ml) v dávce 0,8ml/hod. ATB byla změněna na Kefzol 2 g 3x denně. Lékař pacientovi naordinoval také mukolytika (Ambrobene 15mg i.v., 3x denně) k usnadnění vykašlávání hlenů z dýchacích cest a inhibitory protonové pumpy (Nolpaza 40mg i.v. 2x denně). NGS odvedla 300ml.

#### **4. den (1. pooperační den)**

Ráno sestra pacientovi odebrala krev pro kontrolu krevního obrazu, biochemických souborů a glykémie. Stále se pokračuje v monitoraci fyziologických funkcí, ATB terapii a režimu lačnění. Byla také zahájena rehabilitace s rehabilitační sestrou, která pacientovi ukázala správné zacházení s břišním pásem a nacvičila s ním zásady pooperačního režimu důležité pro prevenci recidivy kýly. Sestra pacientovi odstranila PŽK z levé horní končetiny z důvodu začínající flebitidy a zavedla ji do pravé horní končetiny. Pak opět podala pacientovi intravenózně Plasmalyte rychlostí 100ml/hod. Pacient udává mírnější bolesti, ale stále mu jsou ponechány kontinuálně analgetika. Redonův drén odvedl 60ml/24hod. Večer bylo množství odpadu z NGS asi 150ml, proto lékař nařídil NGS zaškrtit a pokud by pacient během noci nepocítoval nauzeu, může se ráno sonda odstranit.

#### **5. den (2. pooperační den)**

Během ranní vizity lékař za asistence sestry převázal pacientovi operační ránu, která vypadala klidně a nejevila známky infekce. Pacientovi byla také odstraněna NGS. PMK stále ponechána pro přesnější monitoraci bilance tekutin. Lékař zrušil režim lačnění a naordinoval příjem tekutin, dietu č. 1 (bujón) a antihypertenziva, která pacient užívá již dlouhodobě. Antibiotická terapie pokračuje. Odpoledne byl nemocný přeložen na standardní chirurgické oddělení, kam za ním bude docházet rehabilitační sestra. V podvečer si pacient stěžuje na bolesti, proto mu byla podána analgetika (Novalgin 2ml ve 100ml fyziologického roztoku) dle odpolední ordinace lékaře. Také si stěžoval na zácpu, která trvá již 5. den. Sestra mu na základě indikace lékaře podala vysoké klyzma a poučila jej. Drenáž odvedla 40ml krvavého odpadu za 24hod.

#### **6. den (3. pooperační den)**

Lékař si na ranní vizitě při převazu operační rány všiml vytékající serózní tekutiny ven z rány kolem stehů. Sestra měla za úkol operační ránu přes den kontrolovat a pacientovi bylo vysvětleno následující ošetření s nutností zavedení drénu přímo do operační rány.

Tentýž den byl odstraněn PMK a následně odebrána moč na biochemické a mikrobiologické vyšetření. Pacient močí volně, bez obtíží a netrpí inkontinencí ani retencí moči. Lékař naordinoval změnu diety na šetřící. Pacient udává bolesti pouze po rehabilitačním cvičení a stěžuje si na nepříjemné svědění pokožky pod břišním pásem. Intravenózně jsou mu nadále podávána analgetika, která má předepsaná v ordinačním listě. Při večerní kontrole fyziologických funkcí byla pacientovi naměřena teplota 37, 5°C. Při vyšetření moči se u pacienta prokázala infekce močových cest. Vzhledem k tomuto klinickému nálezu lékař předepsal ATB p.o. (Cifloxinal 500mg 2x denně). Redonův drén odvedl 25ml/24hod.

#### **7. den (4. pooperační den)**

Ráno měl pacient kontrolní vyšetření krve, z nichž vyplývají zvýšené zánětlivé markery. Z operační rány vytéká velké množství serózní až hnisavé tekutiny. Lékař tedy se souhlasem pacienta zavedl drén přímo do rány a sestra měla za úkol převazovat ránu dle potřeby. Následně lékař odstraňuje Redonovu drenáž. Tentýž den je pacient plně zatížen stravou a také se vyprázdnil. Rehabilitační sestra pacienta učila správné techniky zvedání předmětů a ukázala mu několik lehkých cviků s břišním pásem. Všeobecná sestra provedla kontrolu místa zavedení PŽK. Okolí katetru je mírně zarudlé, ale nebolí. Z hlediska prevence vzniku infekce byl PŽK odstraněn a nově zaveden do levého předloktí.

#### **8. – 10. den (5. – 7. pooperační den)**

Drén je v ráně ponechán pro stále odcházející tekutinu s příměsí hnisu. Lékař každé ráno provádí výplach rány roztokem Betadine s H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. Sestra 3x denně převazuje operační ránu vzhledem k nadměrnému prosakování sterilního krytí. Pacient si na bolesti již nestěžuje a dodržuje rehabilitační postupy. ATB terapie močové infekce pokračuje. Dietu 3 snáší dobře.

#### **11. den (8. pooperační den)**

Lékař pacientovi odstranil drén a převázal ránu. Intravenózní ATB terapie byla ukončena a pacient je dostatečně hydratován, proto sestra odstranila periferní žilní katetr. ATB p. o. stále ponechána.

#### **12. den (9. pooperační den)**

Nemocnému byly lékařem odstraněny stehy z rány a s následným převazem. Poté proběhla edukace sestrou o převazování, správné péči o ránu a také o nutném a pravidelném nošení břišního pásu po dobu několika měsíců. Také pacienta navštívila nutriční terapeutka, vysvětlila mu nutnost redukce váhy, rizika obezity a doporučila vhodný jídelníček. 12. den byl pacient propuštěn do domácího léčení s plánovanou kontrolou na chirurgické ambulanci.

**13-15. den (10-12. pooperační den)**

Následující dny pacienta navštěvuji a opět dokumentuji operační ránu. Pacient se o ránu pečlivě stará, proplachuje ji a převazuje. Rána je mírně dehiscentní a stále z ní vytéká serózní tekutina, která je s příměsí hnisu. Břišní pás používá každý den.



## 9 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

### 9.1 Aplikace modelu Marjory Gordon

#### 1. Vnímání a udržování zdraví

*Subjektivně:* Před půl rokem pacienta operovali také pro kýlu v jizvě, jen bez uskřínutí. Dle jeho slov si myslel, že to byla poslední operace s tímto problémem, protože mu do břišní dutiny byla aplikována síťka. Rekonvalescenci tedy urychlil a vrátil se zpět do zaměstnání. S nynější situací se smířil a psychicky se cítí dobře. Na preventivní prohlídky pravidelně nedochází z časového vypětí, ale předepsané léky užívá. Kouří a alkohol pije příležitostně. Udává pití šesti šálek kávy denně.

*Objektivně:* Pacient si uvědomuje závažnost svého zdravotního stavu.

#### 2. Výživa a metabolismus

*Subjektivně:* Pacient má rád tučná nezdravá jídla, které si často dopřává. Tvrdí, že s jeho zaměstnáním je těžké stravovat se zdravě a pravidelně. Pociťuje hlad, od začátku hospitalizace musel dodržovat režim nic per os, nyní jí pouze polévky, které mu nechutnají. Během hospitalizace snížil váhu už o 5 kg. Chuť k jídlu nemá.

*Objektivně:* Pacient je obézní, BMI 37,6. Chrup má vlastní. Kůže pacienta je čistá a hydratovaná. Denně vypije 3 l tekutin.

#### 3. Vylučování

*Subjektivně:* Pacient má stolicí nepravidelnou, 1x za 2-3 dny. Momentálně má zácpu už 5. den. S vyprazdňováním moči nemá žádné problémy, močí volně po extrakci PMK. Potí se z důvodu nadváhy.

*Objektivně:* Na nepravidelnost stolice je pacient zvyklý. Dle ordinace lékaře je podané sestrou velké klyzma. Nejvíce se potí přes noc.

#### 4. Aktivita a cvičení

*Subjektivně:* Pacient neprovozuje žádný sport. Tvrdí, že po práci na to nemá čas a raději si sedne a sleduje televizi nebo čte noviny. O víkendu se věnuje své dceři a manželce nebo svému koníčku – jízdě na motorce. Nyní cvičí s fyzioterapeutem, který se ho snaží naučit několik cvičebních prvků ke zpevnění břišních svalů.

*Objektivně:* Pacient neprovozuje žádnou pravidelnou fyzickou aktivitu. Působí unaveně.

## **5. Spánek a odpočinek**

*Subjektivně:* V nemocnici se pacientovi spí špatně. Ruší ho podávání léků přes noc a vadí mu horko v místnosti, kde leží, protože doma spí s otevřeným oknem. Pacient sděluje, že kvůli své práci má obrácený spánkový režim. Spal hlavně v odpolední hodinách a přes noc řídil kamión.

*Objektivně:* Pacient spí cca 6 hodin denně. Často se v noci probouzí a necítí se odpočatý.

## **6. Vnímání, citlivost a poznávání**

*Subjektivně:* Pacient je při vědomí a komunikuje. Nosí pouze brýle na čtení, u očního lékaře byl naposledy před dvěma lety. Se sluchem potíže nemá. Dle svých slov má paměť stále dobrou. Bolest snáší velmi dobře.

*Objektivně:* Pacient je orientován místem a časem. Všem položeným otázkám rozumí a odpovídá srozumitelně.

## **7. Sebepojetí a sebeúcta**

*Subjektivně:* Pacient se považuje za velmi klidného až flegmatického člověka. Jediné, co ho v poslední době zneklidnilo, byl náhlý stav vyžadující reoperaci. Tvrdí ale, že se se svým zdravotním stavem smířil. Nejvíce je vděčný své manželce, která se o rodinu a domácnost bez jeho přítomnosti výborně stará a vše zvládá.

*Objektivně:* Pacient působí při rozhovoru zcela klidně a vyrovnaně.

## **8. Role a vztahy**

*Subjektivně:* Pacient je ženatý. Žije se svou manželkou a dcerou v rodinném domě. Další dva synové svou rodinu pravidelně navštěvují a pacient s manželkou se stýkají i s jejich přítelkyněmi. Pacientovi velice záleží na své rodině a snaží se udržovat dobré mezilidské vztahy i přes nedostatek volného času. Během hospitalizace jej rodina pravidelně navštěvuje a podporuje.

*Objektivně:* Rodina spolupracuje se zdravotnickým personálem, projevuje zájem o léčbu pacienta.

## **9. Sexualita**

*Subjektivně:* Pacient má jednu dceru a dva syny.

*Objektivně:* Se svým sexuálním životem je spokojen.

## **10. Stres a zátěžové situace**

*Subjektivně:* Pacient tvrdí, že se stresem se umí vypořádat a běžné denní starosti zvládá bez obtíží. Trápí ho pouze jeho zdravotní stav. Má obavy nejen z komplikací, jež se mohou objevit po operaci, ale i z recidivy kýly, která u něj už nastala. Dle svých slov si nedokáže představit, že by musel vše absolvovat znovu. Také má strach ze zajištění rodiny, protože bude muset být v dlouhodobé pracovní neschopnosti.

*Objektivně:* Pacient při rozhovoru o možném vzplanutí onemocnění působil poněkud napjatě.

## **11. Víra a životní hodnoty**

*Subjektivně:* Pacient není žádného vyznání ani sekty. Tvrdí, že nejdůležitějšími hodnotami pro něj zůstává rodina, především děti a zdraví, které má jen jedno.

*Objektivně:* Pacient se snaží myslet pozitivně, nemodlí se, neprovádí žádné náboženské rituály.

## **9.2 Aktuální ošetřovatelské diagnózy**

**00132 Akutní bolest** související s operačním výkonem projevující se:

*Subjektivně:* Pacient pociťuje bolest především při pohybu.

*Objektivně:* Pacient hledá úlevovou polohu, na Melzackově škále bolesti udává stupeň číslo 3 – intenzivní bolest.

**Očekávaný výsledek:** Bolest bude do 30 minut po podání analgetik zmírněna alespoň o 1 stupeň na Melzackově škále bolesti.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Sleduj intenzitu a charakter bolesti.
- Zhodnot' bolest dle Melzackovy škály bolesti.
- Podej analgetika dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinnost analgetik.
- Informuj pacienta o relaxačních metodách či úlevových polohách.

**Hodnocení:** 1. den hospitalizace udával pacient na Melzackově škále bolesti stupeň číslo 3. Byla mu podána analgetika intravenózně, ale jejich účinnost nebyla dostačující. Pacientovi tedy sestra aplikovala silnější analgetika opět intravenózně v infuzním roztoku, po nichž se mu ulevilo na stupeň 1–2, tedy bolest mírnou až nepříjemnou. 6. den hospitalizace pacient popisuje bolest jako mírnou a analgetika již nevyžaduje.

**00011 Zácpa** související s nedostatečnou pohybovou aktivitou z důvodu operačního zákroku projevující se:

*Subjektivně:* Pacient verbalizuje pocit zvýšeného tlaku v břiše a udává sníženou frekvenci vyprazdňování stolice.

*Objektivně:* Pacient se dle ošetrovatelské dokumentace nevyprázdnil 5 dní.

**Očekávaný výsledek:** Pacient se bude vyprazdňovat stejně často jako před operací, nebude pociťovat napětí břicha a plynatost.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Zjistí příčiny zácpy a poruch ve vyprazdňování stolice.
- Zajisti dostatečný příjem tekutin a obvyklý stravovací režim.
- Zajisti dostatek soukromí při vyprazdňování.
- Podej laxativum nebo klyzma dle ordinace lékaře.

**Hodnocení:** Pacient si 5. den hospitalizace stěžoval, že již 5 dní nebyl na stolici. Pociťoval tlak a plynatost v břiše. Sestra podala pacientovi velké klyzma, které naindikoval lékař. Také

ho poučila o zvýšení fyzické aktivity a dostatečném příjmu tekutin. Pacient se vyprázdnil 7. den hospitalizace. Následující dny se defekace pacienta upravila tak, jak byl zvyklý.

**00095 Porucha spánku** související s provozem na lůžkovém oddělení a nevyhovující teplotou v místnosti projevující se:

*Subjektivně:* Pacient si stěžuje na vícečetné probouzení personálem v průběhu noci a teplotu v místnosti.

*Objektivně:* Pacient působí unaveně, usínání mu trvá déle (více než 30 minut).

**Očekávaný výsledek:** Pacient bude spát v noci bez probuzení alespoň 5 hodin.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Zajisti vhodné a klidné prostředí ke spánku.
- Před spaním v místnosti vyvětrej.
- Podej hypnotika dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinek léků a dokumentuj délku spánku.

**Hodnocení:** I přes všechna stanovená opatření se pacient cítil unaveně a stále si stěžoval na nespavost.

**00001 Nadměrná výživa** z důvodu nezdravých stravovacích návyků projevující se:

*Subjektivně:* Pacient má rád tučná domácí jídla, nemocniční strava mu nechutná.

*Objektivně:* Pacient je obézní (BMI 37,6).

**Očekávané výsledky:** Pacient si osvojí změnu stravovacích návyků v průběhu hospitalizace.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Zjistí, jaký přístup má pacient k jídlu.

- Zajisti pacientovi vyšetření nutriční terapeutem.
- Pohovoř s pacientem o motivaci ke snížení tělesné hmotnosti.
- Pobízej pacienta k pravidelné fyzické aktivitě.

**Hodnocení:** Pacient během hospitalizace snížil svou váhu o 5 kg. Před propuštěním pacienta navštívila nutriční terapeutka.

**00078 Neefektivní léčebný režim** související s nedostatečnou informovaností pacienta projevující se:

*Subjektivně:* Pacient neví, proč je rekonvalescence po operaci kýly tak důležitá.

*Objektivně:* Pacient nezná rizikové faktory způsobující recidivu kýly.

**Očekávaný výsledek:** Pacient pochopí důležitost rekonvalescence, bude znát rizikové situace pro vznik či recidivu kýly a na jejich základě bude dodržovat léčebný režim.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Informuj pacienta o charakteru onemocnění.
- Informuj pacienta o rizikovém chování.
- Vysvětli pacientovi důležitost dodržování léčebného režimu.
- Seznam pacienta s vhodnými kroky rekonvalescence.

**Hodnocení:** Na začátku hospitalizace měl pacient deficit znalostí o prevenci a léčebném režimu i přesto, že tuto operaci už prodělal. Neznal správné zásady rekonvalescence, a proto bylo nutné pacienta edukovat. Edukace byla zaměřena především na rekonvalescenci a rizikové faktory, které mohou recidivu způsobovat. Celá edukace byla úspěšná až na potřetí, kdy nemocný splnil veškerá kritéria.

**00099 Neefektivní podpora zdraví** související s nedostatečným zájmem o změnu životního stylu a stravovacích návyků projevující se:

*Subjektivně:* Pacient nechápe nutnost změny životního stylu a stravovacích návyků.

*Objektivně:* Pacient nedodržuje stanovenou redukční dietu.

**Očekávaný výsledek:** Pacient si uvědomí důležitost změny stravovacích návyků a začne je dodržovat.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Edukuj pacienta v oblasti redukce tělesné nadváhy.
- Zajisti návštěvu nutriční terapeutky a sestavení jídelníčku.
- Ved' pacienta k dodržování správných stravovacích návyků.
- Podporuj pacienta i jeho rodinu při realizaci opatření.
- Průběžně motivuj pacienta.

**Hodnocení:** Po operaci byla pacientovi naordinována redukční dieta vzhledem k obezitě 2. stupně. Nedodržel stanovené stravovací opatření, proto bylo nutné pacienta i v této oblasti edukovat. Edukace se týkala hlavně změny stravovacích návyků a jejich důležitosti a bylo nutné ji zopakovat. Před propuštěním pacienta navštívila i nutriční terapeutka, která znovu vše vysvětlila a doporučila vhodný jídelníček.

### **9.3 Rizikové ošetřovatelské diagnózy**

**00004 Riziko infekce** související s operačním výkonem.

**Očekávaný výsledek:** Operační rána se bude hojit bez komplikací až po úplné zhojení.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Denně prováděj převaz a dezinfekci rány s lékařem.
- Při převazování rány postupuj přísně asepticky.
- Denně kontroluj okolí rány a její vzhled.
- Sleduj a hodnot' vzniklé komplikace.
- Edukuj pacienta v prevenci vzniku infekce a v péči o operační ránu.
- Při propuštění pouč pacienta o zásadách převazování v domácích podmínkách.

**Hodnocení:** Během hospitalizace došlo u pacienta k rozvoji infekce v místě operační rány. Bylo nutné, aby lékař zavedl drén přímo do místa sutury rány, ze které vytékalo větší množství serózní tekutiny s příměsí hnisu.

**00004 Riziko infekce** související se zavedeným periferním žilním katetrem.

**Očekávaný výsledek:** Po dobu zavedení periferního žilního katetru nedojde ke vzniku infekce v souvislosti s PŽK.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Pravidelně kontroluj místo zavedení a funkčnost PŽK.
- Informuj pacienta o prvních příznacích infekce.
- Hodnot' známky infekce a použij Madonnovu škálu.
- Asepticky převazuj místo vpichu.
- V dokumentaci zaznamenej čas zavedení katetru.

**Hodnocení:** Během hospitalizace bylo několikrát změněno místo zavedení PŽK. 4. den hospitalizace bylo okolí vpichu zarudlé a mírně oteklé. Vznikla počínající tromboflebitida. 11. den hospitalizace sestra PŽK odstranila.

**00004 Riziko infekce** v souvislosti se zavedeným permanentním močovým katetrem.

**Očekávaný výsledek:** Po dobu zavedení PMK nedojde ke vzniku močové infekce.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Dbej na zvýšenou hygienu genitálu.
- Zajisti dostatečné množství tekutin.
- Kontroluj funkčnost PMK.
- Sleduj množství, barvu, příměsi, zápach moče a prvotní známky infekce.



- Vše řádně dokumentuj.
- Po extrakci PMK odeber vzorek moči na biochemické a mikrobiologické vyšetření.

**Hodnocení:** Po extrakci PMK a vyšetření moče byla pacientovi zjištěna infekce močových cest. Vzhledem k nálezu byla pacientovi předepsána ATB p.o. na základě stanovené citlivosti.

## 9.4 Edukační plán

Tabulka 1- Edukační plán 1

Edukační plán				
Účel	Edukace pacienta o rekonvalescenci a postupném návratu do pracovního zařazení po operaci pupeční kýly			
Cíl	Pacient bude znát správné zásady rekonvalescence, pochopí důležitost rekonvalescence, bude znát rizika jejího nedodržování			
Pomůcky	Výukové metody			
brožury, odborné časopisy, letáky, břišní pás	rozhovor, ukázka, diskuze			
Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dotace	Hodnocení
<b>Kognitivní</b>	Pacient dokáže vyjmenovat 3 z 5 správných zásad rekonvalescence po prodělané operaci pupeční kýly	Informuj pacienta o správných zásadách, které spadají do rekonvalescence po operaci pupeční kýly	20 min.	Pacient dokázal vyjmenovat 3 z 5 správných zásad rekonvalescence
<b>Afektivní</b>	Pacient pochopí důležitost rekonvalescence a její dodržování	Vysvětlí pacientovi důležitost rekonvalescence po operaci a její dodržování	15 min.	Pacient pochopil důležitost rekonvalescence a její dodržování až po třetí reedukaci
<b>Kognitivní</b>	Pacient bude vědět, jaká rizika vzniknou při nedodržování rekonvalescence a jejího režimu	Seznam pacienta se všemi možnými riziky při nedodržování rekonvalescence a jejího režimu	20 min.	Pacient má dostatek informací o tomto tématu, ale nejeví snahu rizikům předcházet
<b>Psycho-motorický</b>	Pacient umí správně použít břišní pás	Předved' pacientovi správné zacházení a používání břišního pásu	15 min.	Pacient dokáže správně používat břišní pás

Tabulka 2 - Edukační plán 2

Edukační plán				
Účel	Edukace pacienta v oblasti redukce tělesné nadváhy			
Cíl	Pacient změní stravovací návyky a sníží se hmotnost pacienta			
Pomůcky	Výukové metody			
brožury, dietní plán	rozhovor, diskuze			
Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dotace	Hodnocení
<b>Kognitivní</b>	Pacient dokáže vyjmenovat alespoň 6 zdravých potravin	Vyjmenuj pacientovi 13 zdravých potravin	15 min.	Pacient dokázal vyjmenovat 10 zdravých potravin
<b>Afektivní</b>	Pacient pochopí nutnost dodržování zdravé stravy a redukční diety	Poskytni dostatečné množství informací o zdravém stravování a redukční dietě	20 min.	Pacient nepochopil nutnost dodržování zdravé stravy a redukční diety, nutné opakovat
<b>Kognitivní</b>	Pacient bude znát zdravotní rizika, způsobená tělesnou nadváhou	Seznam pacienta se zdravotními riziky spojené s tělesnou nadváhou	20 min.	Pacient zná rizika způsobená nadváhou, ale nejeví snahu jim předcházet

## 10 KAZUISTIKA Č. 2

Pacientka – 47letá žena přichází 10. 7. 2018 na chirurgickou ambulanci FN Plzeň pro zvětšující se hmatnou a ireponibilní rezistenci v oblasti pupku. Bolesti ani žádné jiné problémy neudává. Lékař pacientku fyzikálně vyšetřil a poslal se žádankou na RTG vyšetření dutiny břišní a břišní stěny k potvrzení diagnózy. Na RTG byl jasný popis – ireponibilní pupeční kýla o velikosti 6 x 6 cm. Lékař pacientce vysvětlil vše, co onemocnění obnáší. Doporučil jí používat kýlní pás, omezit fyzickou zátěž a objednal ji na nejbližší termín plánované operace 25. 10. 2018.

Pacientka se dne 24. 10. 2018 odpoledne dostavila na chirurgickou ambulanci FN Plzeň k plánovanému přijetí. Lékař pacientku znovu vyšetřil a zkontroloval veškeré dokumenty předoperačního vyšetření, zda jsou v pořádku. Pacientka neudávala žádné potíže. Poté byla přijata na chirurgické lůžkové oddělení k plánované operaci pupeční kýly bez neprůchodnosti a gangrény.

### 10.1 Anamnéza pacienta

#### **Osobní anamnéza:**

Pacientka prodělala běžné dětské nemoci. Pravidelně podstupuje gynekologické prohlídky a navštěvuje svého praktického lékaře. V roce 2000 podstoupila plánovanou cholecystektomii. Od roku 2010 je v péči psychiatra a léčí se s depresivní poruchou chování. V srpnu 2014 utrpěla zlomeninu levého předloktí vyžadující následný operační zákrok. Dále se farmakologicky léčí pro primární hypertenzi. Pacientka trpí obezitou, BMI 35,2 – obezita 2. stupně.

#### **Rodinná anamnéza:**

Matka, 70 let – důchodce, léčí se pro hyperlipidemii, v roce 2016 podstoupila TEP kyčle. Otec zemřel po prodělaném AIM v 64 letech, předtím se léčil pro DM II. typu. Pacientka má dva sourozence. Sestra – 44 let, je zdráva. Bratr – 50 let, léčí se pro karcinom prostaty.

#### **Alergická anamnéza:**

Pacientka neudává žádné alergie.

#### **Pracovní anamnéza:**

Pacientka pracuje jako montážní dělnice na směnný provoz, před rokem pracovala na poště v zásilkovně.

#### **Gynekologická anamnéza:**

Pacientka rodila 2x spontánně. Hormonální antikoncepci neužívá. Před 3 lety měla poslední menses.

#### **Abúzus:**

Pacientka kouřila 15 let. V současné době již 8 let nekouří. Je abstinentska, pije 3 šálky rozpustné kávy denně.

#### **Sociální anamnéza:**

Pacientka je rozvedená. Bydlí se svým dlouholetým přítelem v městském bytě. Má dvě dcery, obě jsou zdravé, studují VŠ a rodinu navštěvují několikrát do měsíce. Pacientka se svým přítelem ráda navštěvuje kulturní památky po celé České republice. Většinu času tráví doma, nevyhledává společenské aktivity.

#### **Farmakologická anamnéza:**

Bisoprolol Mylan 5mg 1–0–0

Prestarium Neo Combi 5mg/1,25mg 1–0–0

Omeprazol 20 Galmed 1–0–0

Itakem 20mg 2–0–0

Trittico AC 75 0–0–0–1

## **10.2 Fyzikální vyšetření**

### **Hlava a krk:**

Pacientka orientována místem a časem, bez poškození vědomí, komunikuje bez problému. Nejeví známky ikteru a cyanózy. Hlava poklepově nebolestivá. Spojivky přiměřeně prokrveny. Zornice isokorické, normálně reagují. Nos a uši bez výtoků. Jazyk plazí ve střední čáře. Na krku uzliny nehmátné, štítná žláza nezvětšena. Na krku normální náplň krčních žil.

**Hrudník:**

Hrudník symetrický. Tlak na hrudník nebolestivý. Dýchání sklípkové, poklep plný a jasný. Akce srdeční pravidelná

**Břicho:**

Břicho palpačně měkké a nebolestivé, z důvodu obezity hůře vyšetřitelné. V oblasti pupku ireponibilní kýla o velikosti 6 cm x 6 cm. Střevní peristaltika zachována. Játra a ledviny nehmatné. Po CHCE jizvy laparoskopicky. Slezina bez nálezu.

**Vyšetření per rectum:**

Tonus svěrače normální. Stolice je bez patologických příměsí.

**Dolní končetiny:**

Orientační nález dolních končetin je normální. Jsou bez otoků a bez přítomnosti varixů. Pulzace na arteria femoralis hmatná, do periferie přítomna.

**Fyziologické funkce:**

Krevní tlak: 130/85 mm Hg

Puls: 77/ min

Dechová frekvence: 15/ min

Saturace kyslíkem: 97%

Tělesná teplota: 36,4° C

Váha: 136 kg

Výška: 157 cm

BMI: 35,2

**Souhrn lékařských diagnóz**

Pupeční kýla bez neprůchodnosti nebo gangrény

Esenciální hypertenze

Depresivní porucha chování

Obezita

Stav po CHCE

Stav po fraktuře zápěstí

### 10.3 Hodnotící škály

**Barthelův test všedních denních činností** – Při příjmu byl u pacientky použit Barthelův test denních činností. Bodové hodnocení bylo 100 b. Během hospitalizace skutečně nedošlo ke snížení soběstačnosti pacientky.

**Škála bolesti dle Melzacka** – 1. pooperační den byla u pacientky monitorována intenzita bolesti. Pacientka na Melzackově škále bolesti udávala stupeň číslo 3 – intenzivní bolest. 5. pooperační den pacientka popisuje na Melzackově škále nepříjemnou bolest, tedy stupeň číslo 2. V den propuštění (7. pooperační den) již pacientka pociťuje pouze mírnou bolest.

**Stupnice dle Nortonové** – ve stupnici k posouzení rizika vzniku dekubitů pacientka vykazuje 32 bodů, tedy není riziko vzniku dekubitů.

**Klasifikace tíže tromboflebitis dle Madonna** – 6. den hospitalizace sestra zhodnotila místo vpichu PŽK stupněm 2.

### 10.4 Průběh hospitalizace

#### 1. den

Pacientka je po vyšetření lékařem poslána z chirurgické ambulance spolu s lékařskou anamnézou a veškerými, lékařem zkontrolovanými, předoperačními dokumenty na chirurgické lůžkové oddělení k přijetí. Sestra nejprve pacientku přivedla na nadstandardní pokoj, který si před přijetím vyžádala, pak ji seznámila s právy pacientů, režimem oddělení, řádem FN a signalizačním zařízením. Také podepsala souhlas s hospitalizací a obdržela identifikační náramek s jménem. Následně sestra sepsala ošetřovatelskou anamnézu, změřila fyziologické funkce, poučila pacientku o režimu předoperačního lačnění minimálně 6 hodin před výkonem a vysvětlila vše potřebné k bezprostřední předoperační přípravě, která bude probíhat následující den hned ráno.

V podvečer pacientka dostala večeři – polévku, jako přípravu k prázdnění. Poté ji navštívil anesteziolog. Objasnil pacientce nutnost zákroku, způsob anestezie, který pro ni bude nejvhodnější a dal ji podepsat souhlas s operací a anestezií. U pacientky v rámci předoperační přípravy byla také zahájena antikoagulační terapie formou nízkomolekulárního heparinu Fraxiparine 0,4 ml s.c. 1x denně.

## **2. den (operační den)**

V 6 hodin ráno se pacientka vzbudila a provedla celkovou osobní hygienu. Poté sestra zkontrolovala operační místo, zda je připravené, změřila fyziologické funkce, které zapsala do dekurzu a přinesla pacientce břišní pás, který si vezme s sebou na operační sál. Dle ordinace anesteziologa podala pacientce potřebné léky (Itakem 20 mg 2 tbl. p.o., Bisoprolol Mylan 5 mg 1 tbl. p.o.), které zapila douškem vody. Aby byla pacientka dostatečně hydratovaná, lékař při ranní vizitě naordinoval 1x Plasmalyte intravenózně, rychlostí 150 ml/hod., sestra tedy zajistila žilní vstup pomocí PŽK do levého předloktí a podala infuzní roztok. Před odjezdem na operační sál byla pacientka premedikována formou 1 tablety Midazolamu 7,5 mg. p.o. a zapila jej malým množstvím vody. Při příjezdu na operační sál sestra předala pacientku i s břišním pásem do rukou lékařů a sálových sester.

Na operačním sále chirurg provedl hernioplastiku pupeční kýly klasickým řezem s použitím štěpu z vlastní tkáně, k operační ráně vložil Redonův drén, odvádějící zbylou extravaskulární tekutinu. Operační výkon proběhl v tzv. antibiotické cloně.

Po skončení operace byla pacientka převezena na dospávací pokoj, kde pod dohledem a veškerou péčí anesteziologické sestry strávila 60 minut. Zde byl pacientce aplikován Dolsin 100 mg i. m. pro tišení bolesti a podán Hartmannův infuzní roztok intravenózně, rychlostí 200 ml/hod. Sestra také kontrolovala TK a P po 20 minutách, operační ránu a množství odvedené tekutiny z drénu. Byla zahájena ATB terapie – Augmentin 1,2 g intravenózně. Lékař podal jednu dávku již na operačním sále a dle indikace měla sestra podat další dávku ATB ve 14 hodin.

V odpoledních hodinách byla pacientka převezena zpět na svůj pokoj. Sestra ji poučila o klidovém režimu na lůžku s nutností vymočení. Zároveň je informována o režimu nic per os z důvodu rizika aspirace. Pacientka je při vědomí, všemu rozumí. Při večerní vizitě je pacientka lékařem zkontrolována, předepisuje 1x infuzní roztok Plasmalyte rychlostí 100 ml/hod a analgetika. V 19 hodin pacientka pociťuje silnou nevolnost, sestra dle ordinace podala Torecan 1 amp i. v. ve 100 ml fyziologického roztoku. Večer pacientka hlásí, že se



vymočila, ale pociťuje silné bolesti. Následně jí sestra aplikuje Dolsin 100 mg i. m. a ve 22 hodin i ATB i. v.

### **3. den (1. pooperační den)**

Po probuzení se pacientka cítila lépe. Vstávala z lůžka a na bolesti si nestěžovala. Při ranní vizitě lékař kontroluje operační ránu a sterilní krytí. Redonův drén odvedl 75 ml/ 24 hod. krvavé tekutiny. Lékař naordinoval kontrolní odběry následující ráno, změnu diety na D1 a infuzní roztok Plasmalyte intravenózně. ATB terapie ponechána, léky podávány dle záznamu lékaře. Po obědě pacientku navštěvuje rehabilitační sestra s doporučením užívat kýlní pás. V odpoledních hodinách pacientka opět pociťuje silnou bolest. Z toho důvodu je jí podán Dolsin 100 mg i. m. Dietu toleruje.

### **4. den (2. pooperační den)**

Ráno sestra pacientce odebrala krev na kontrolní odběry pro biochemické a hematologické vyšetření. Při ranní vizitě lékař převazuje operační ránu, která je mírně začervenala, ale bez známek místního zánětu. Drenáž odvedla 40 ml krvavé tekutiny za 24 hodin a byla ponechána. Po převazu pacientka vyžadovala analgetika. Sestra jí po domluvě s lékařem podala Novalgin 2 ml ve 100 ml fyziologického roztoku. Vzhledem k tomu, že pacientka stravu toleruje, je jí dieta změněna na dietu racionální. RHB proběhla, pacientka spolupracuje. Ve večerních hodinách je sestra přivolána pacientkou pro bolesti. Je jí opět aplikován Dolsin 100 mg i. m. Ačkoli výsledky laboratorního vyšetření krve jsou v normě, ATB terapie ještě ponechána.

### **5. den (3. pooperační den)**

Ráno lékař převázal operační ránu, která se zdála klidná. Redonův drén odvedl 25 ml/ 24 hod. a z důvodu rozsáhlého operačního zákroku byl zatím ponechán. Lékař po domluvě se sestrou z medikace odstranil Dolsin 100 mg a připsal Paracetamol 1000 mg/100ml i. v. při bolesti. Pacientka snáší dietu dobře, ale trpí nechutenstvím. Sestra jí analgetika podala ve večerních hodinách.

### **6. den (4. pooperační den)**

Dnes je pacientce odstraněn Redonův drén, který odvedl 15 ml krvavě serózní tekutiny. Operační rána je klidná. S rehabilitační sestrou se pacientka učila různé techniky zvedání těžkých předmětů. Sestra kontroluje místo vpichu PŽK – je mírně zarudlé, pacientka si stěžuje na otok. Proto sestra odstranila PŽK z levé horní končetiny a zavedla jej do pravé horní končetiny. Ve 22 hodin sestra podala pacientce analgetika.

### **7. den (5. pooperační den)**

Sestra ráno zajistila odběr krve pro biochemické krevní vyšetření. Dle ranní vizity sestra večer podá poslední dávku ATB intravenózně, následně již ATB tbl. p. o. Pacientka během dne analgetika vyžadovala.

### **8. den (6. pooperační den)**

Lékař kontroluje operační ránu. Dnes možná dimise, ale pacientka se na propuštění necítí. Podávány ATB tbl. p. o. a analgetika i. v.

### **9. den (7. pooperační den)**

Dnes sestra odstranila pacientce PŽK a poučila ji o nutnosti využívání břišního pásu. Poté ji lékař předal lékařskou propouštěcí zprávu s termínem kontrolní návštěvy a odstranění stehů. Následně byla pacientka propuštěna do domácí péče.

## **10.5 Aplikace modelu Marjory Gordon**

### **1. Vnímání a udržování zdraví**

*Subjektivně:* Pacientka tvrdí, že hmatnou bulku v břišní stěně měla již delší dobu, ale nevěnovala tomu pozornost. Domnívala se, že je to bulka tuková. Bulka se začala zvětšovat až na jaře, to pacientku značně znepokojilo a posléze se dostavila na chirurgickou ambulanci. Svého praktického lékaře navštěvuje pravidelně. 1x za 2 měsíce navštěvuje i svého psychiatra, protože trpí depresemi. Léky bere dlouhodobě, ale nyní je její stav zhoršený kvůli vážnému onemocnění v rodině.

*Objektivně:* Pacientka si uvědomuje nutnost operačního výkonu. Její zdravotní stav ji netrápí tolik jako vážné onemocnění jejího bratra.

### **2. Výživa a metabolismus**

*Subjektivně:* Pacientka je velmi obézní a trpí záchvaty přejídání. Tvrdí, že před nástupem dcer na vysoké školy vařila zdravě, protože chtěla, aby její děti měly vše potřebné a byly zdravé. V současné době si s přítelem dopřávají hlavně tučná jídla. Během hospitalizace trpěla pacientka nechutenstvím z důvodu pooperační bolesti a depresivní nálady.

*Objektivně:* Pacientka je obézní, BMI 35, 2. Kůži má hydratovanou a vláčnou, používá tělové mléko. Chrup má vlastní, vlasy a nehty upravené. Denně vypije cca 4 l tekutin.

### **3. Vylučování**

*Subjektivní:* Pacientka s močením problémy nemá a inkontinencí netrpí. Stolicí má pravidelnou, bez obtíží. Udává, že v posledních letech se potí více než kdy předtím.

*Objektivní:* Z důvodu hormonálních změn se pacientka potí výrazně více.

### **4. Aktivita a cvičení**

*Subjektivní:* Pacientka udává, že nesportuje. V předchozí práci měla pohybu dost, občas nachodila i 15 km denně. V současné době v práci hlavně sedí a pohybové aktivity nemá tolik. Jejími koníčky jsou výlety s přítelem. O víkendu tráví čas se svými dvěma dcerami, které se vracejí z vysokých škol.

*Objektivní:* Fyzioterapeut s pacientkou nacvičuje cvičební prvky k posílení břišní stěny jako prevenci recidivy kýly. Pacientka spolupracuje a během hospitalizace se každý den několikrát projde po chodbě chirurgického oddělení.

### **5. Spánek a odpočinek**

*Subjektivně:* Kvůli psychickému onemocnění pacientka užívá hypnotika, a i přes to se doma cítí velice unavená. V nemocnici spí dobře. Sděluje, že si zde nasmírně odpočine, protože na odpočinek doma nemá moc čas vzhledem ke směnnému provozu v práci.

*Objektivně:* Pacientka je hospitalizována na nadstandardním nemocničním pokoji. Spí kolem 7 – 8 hodin denně. Působí odpočatě.

### **6. Vnímání, citlivost a poznávání**

*Subjektivně:* Pacientka nosí brýle již několik let, dle svých slov má špatný zrak už od dětství. Se sluchem a pamětí potíže nemá. Pooperační bolest snáší dobře, na noc vyžaduje analgetika.

*Objektivně:* Pacientka je plně orientována a srozumitelně odpovídá na všechny dotazy. Jsou jí podávány analgetika dle ordinace lékaře.

### **7. Sebepojetí a sebeúcta**

*Subjektivně:* Pacientka se považuje za velmi tichého až plachého člověka. Udává, že na její psychický stav má velký vliv depresivní onemocnění, kterým trpí. Často myslí na svého bratra a obává se z budoucnosti, protože neví, zda bude schopna se o něho postarat.

*Objektivně:* Pacientce se při rozhovoru chvěje hlas, působí neklidně. Dle psychiatra je jí podávána medikace.

## **8. Role a vztahy**

*Subjektivně:* Pacientka je rozvedená, z předchozího manželství má dvě dcery. Nyní žije s přítelem v městském bytě. S dcerami je v neustálém kontaktu a vychází s nimi dobře. Sestra s bratrem ji během hospitalizace byli několikrát navštívit. Přítel se snaží pacientku navštěvovat každý den.

*Objektivně:* Pacientka je tichá, moc se neprojevuje. S personálem komunikuje bez problému.

## **9. Sexualita**

*Subjektivně:* Pacientka má 2 dvě dcery. S přítelem žije 5 let a sdílí spolu domácnost. Hormonální medikaci neužívá.

*Objektivně:* Při rozhovoru na toto téma vypadá pacientka spokojeně. Je ráda, že má milující rodinu.

## **10. Stres a zátěžové situace**

*Subjektivně:* Pacientka snáší stres špatně. Zátěžové situace řeší po boku svého přítele nebo rodiny. Myslí si, že sama by to nezvládla.

*Objektivně:* Pacientka působí neklidně.

## **11. Víra a životní hodnoty**

*Subjektivně:* Pacientka nevěří v boha ani v jiné náboženství. Udává, že nejdůležitější je pro ni rodina, která ji velice podporuje a zůstává ji oporou za každé situace.

*Objektivně:* Pacientka se snaží myslet pozitivně. Během hospitalizace se nemodlí ani nevykonává jiné náboženské rituály.

## 10.6 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

**00132 Akutní bolest** související s operačním výkonem projevující se:

*Subjektivně:* Pacientka verbalizuje bolest.

*Objektivně:* Pacientka má bolestivé grimasy v obličeji, zaujímá úlevovou polohu, vyžaduje podání analgetik, na Melzackově škále bolesti udává stupeň číslo 3 – intenzivní bolest.

**Očekávaný výsledek:** Bolest bude do 30 minut po aplikaci analgetik zmírněna alespoň o 1 stupeň na Melzackově škále bolesti.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Sleduj intenzitu a charakter bolesti.
- Zhodnot' bolest dle Melzackovy škály.
- Podej analgetika dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinnost analgetik.
- Informuj pacienta o úlevových polohách.

**Hodnocení:** 1. pooperační den pacientka udávala na Melzackově škále bolesti stupeň číslo 3 – intenzivní bolest. Lékař pacientce předepsal Dolsin 100 mg i. m. po 6 hodinách. Po aplikaci analgetik se pacientce výrazně ulevilo na stupeň č. 1 – mírná bolest. Pacientka pociťovala bolesti až do 5. pooperačního dne. 7. pooperační den již pacientka analgetika odmítla.

**00146 Úzkost** související s obavami nejasné budoucnosti projevující se:

*Subjektivně:* Pacientka má obavy z budoucnosti.

*Objektivně:* Pacientka je neklidná, vyjadřuje své obavy.

**Očekávaný výsledek:** Pacientka je v celém průběhu hospitalizace dostatečně informovaná o své diagnóze a vyjádří tak konkrétní obavy.

**Ošetrovatelské intervence:**

- Vyslechni pacientku a umožni jí svěřit se s obavami.
- Při rozhovoru zajisti klidné prostředí.
- Zaměstnej pacientku různými aktivitami.
- Nauč pacientku technice snižující intenzitu úzkosti.
- Dle ordinace lékaře podej léky při dlouhotrvajícím neklidu.

**Hodnocení:** Pacientka byla vyslechnuta sestrou. Definovala konkrétní obavy, jež se během hospitalizace začaly řešit. U pacientky došlo ke zmírnění úzkostných stavů.

**00078 Neefektivní léčebný režim** související s nedostatečnou informovaností pacientky projevující se:

*Subjektivně:* Pacientka neví, proč je rekonvalescence po operaci kýly tak důležitá.

*Objektivně:* Pacientka nezná rizikové faktory způsobující recidivu kýly.

**Očekávaný výsledek:** Pacientka pochopí důležitost rekonvalescence, bude znát rizikové situace pro vznik či recidivu kýly a na jejich základě bude dodržovat léčebný režim.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Informuj pacientku o charakteru onemocnění.
- Informuj pacientku o rizikovém chování.
- Vysvětli pacientce důležitost dodržování léčebného režimu.
- Seznam pacientku s vhodnými kroky rekonvalescence.

**Hodnocení:** Při přijetí měla pacientka pouze základní informace o tomto onemocnění od lékaře. Během hospitalizace bylo zjištěno, že pacientka nezná rizikové faktory způsobující recidivu kýly a o dlouhodobé rekonvalescenci také nevěděla. Bylo proto nutné provést opatření formou edukace. Edukace pacientky byla úspěšná hned napoprvé.

## **10.7 Rizikové ošetřovatelské diagnózy**

**00004 Riziko infekce** související s operační ránou

**Očekávané výsledky:** U pacientky po celou dobu hospitalizace nevznikne infekce v místě operační rány.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Dodržuj aseptický přístup při převazu operační rány.
- Denně kontroluj okolí operační rány a její vzhled.
- Zajisti pacientce kompenzační pomůcku (kýlní pás).
- Edukuj pacientku v prevenci vzniku infekce a v péči o operační ránu.

**Hodnocení:** Během hospitalizace nedošlo u pacientky k rozvoji infekce v místě operační rány.

**00004 Riziko infekce** související se zavedením PŽK

**Očekávaný výsledek:** Nedojde ke vzniku infekce v místě zavedeného PŽK.

**Ošetřovatelské intervence:**

- Pravidelně kontroluj místo zavedení a funkčnost PŽK.
- Informuj pacienta o prvních příznacích infekce.
- Hodnoť známky infekce a použij Madonnovu škálu.
- Asepticky převazuj místo vpichu.
- V dokumentaci zaznamenej dobu zavedení katetru.

**Hodnocení:** 6. den hospitalizace sestra zhodnotila místo vpichu PŽK dle Madonnovi škály stupněm 2. Okolí bylo zarudlé, proto katetr extrahovala a zavedla do jiného místa. Tromboflebitida nevznikla.

## 10.8 Edukační plán

Tabulka 3 - Edukační plán 3

Edukační plán				
Účel	Edukace pacienta o rekonvalescenci a postupném návratu do pracovního zařazení po operaci pupeční kýly			
Cíl	Pacient bude znát správné zásady rekonvalescence, pochopí důležitost rekonvalescence, bude znát rizika jejího nedodržování			
Pomůcky	Výukové metody			
brožury, odborné časopisy, letáky, břišní pás	rozhovor, ukázka, diskuze			
Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dotace	Hodnocení
<b>Kognitivní</b>	Pacient dokáže vyjmenovat 3 z 5 správných zásad rekonvalescence po prodělané operaci pupeční kýly	Informuj pacienta o správných zásadách, které spadají do rekonvalescence po operaci pupeční kýly	20 min.	Pacient dokázal vyjmenovat 5 z 5 správných zásad rekonvalescence
<b>Afektivní</b>	Pacient pochopí důležitost rekonvalescence a její dodržování	Vysvětli pacientovi důležitost rekonvalescence po operaci a její dodržování	15 min.	Pacient pochopil důležitost rekonvalescence a její dodržování
<b>Kognitivní</b>	Pacient bude vědět, jaká rizika vzniknou při nedodržování rekonvalescence a jejího režimu	Seznam pacienta se všemi možnými riziky při nedodržování rekonvalescence a jejího režimu	20 min.	Pacient má dostatek informací o tomto tématu a chce rizikům předcházet
<b>Psycho-motorický</b>	Pacient umí správně použít břišní pás	Předved' pacientovi správné zacházení a používání břišního pásu	15 min.	Pacient dokáže správně používat břišní pás



## DISKUZE A HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

Tato bakalářská práce se zaměřuje na ošetrovatelskou péči o pacienta s břišní kýlou. Břišní kýly patří mezi nejčastější onemocnění, s kterými se na chirurgických pracovištích můžeme setkat. Tento typ kýly se řeší hlavně chirurgickým způsobem a pokud nevzniknou žádné komplikace, hospitalizace bývá krátkodobá. Naopak rekonvalescence a pracovní neschopnost trvá i několik týdnů. Ošetrovatelská péče se tedy nejvíce zaměřuje na edukaci pacienta v oblasti rekonvalescence, následné pohybové aktivity a prevence recidivy. Cílem této práce bylo vytvořit ošetrovatelské a edukační plány u dvou pacientů po operaci pupeční kýly a zároveň oba plány porovnat.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči u dvou pacientů po operaci pupeční kýly, kdy jeden z respondentů podstoupil chirurgické řešení v podobě silikonové síťky z umělého materiálu a druhé respondentce byla provedena hernioplastika, při níž byla použita vlastní tkáň pacientky. Oba sledovaní byli ve věku 40-50 let, s podobnou tělesnou konstitucí a bez významných přidružených onemocnění. Prvním pacientem byl 52-letý obézní muž, který přišel na chirurgickou ambulanci pro recidivující kýlu v oblasti pupku. Protože neměl žádné potíže, byl lékařem poslán do domácí péče s dodržováním klidového režimu a kontrolou lékařem za týden. Pacient se ale druhý den dostavil na ambulanci s intenzivními bolestmi břicha a zvracením, kde byl vyšetřen a hospitalizován na lůžkovém oddělení s indikací k operaci. Druhou pacientkou byla 42-letá žena s BMI 35,2. Byla plánovaně přijata k operaci pupeční kýly bez obtíží. Důraz je zde kladen na zmírňování a odstraňování bolesti spojené s chirurgickým výkonem. Každý z pacientů prožíval bolest zcela subjektivně a individuálně. Dále byl kladen velký důraz na prevenci před vznikem infekce související s operačním výkonem a ránou. Bylo také potřeba zajistit nutriční terapeutku pro oba pacienty trpící 1. a 2. stupněm obezity.

Prvním dílčím cílem bylo zpracovat dvě kazuistiky u nemocných po operaci pupeční kýly. Druhý dílčí cíl zahrnoval vytvoření ošetrovatelského a edukačního plánu. V edukaci jsem se zaměřila na rekonvalescenci pacientů po operaci kýly. Edukační plán obsahoval několik specifických cílů, které měli pacienti splnit. Prvním cílem bylo vyjmenovat správné zásady rekonvalescence po operaci pupeční kýly. Oba pacienti správné zásady rekonvalescence zvládli vyjmenovat. Druhým specifickým cílem bylo pochopení důležitosti a dodržování rekonvalescence. První pacient po první edukaci nepochopil důležitost rekonvalescence. Nehodlá být tak dlouho v pracovní neschopnosti a dodržovat klidový

režim. Proto bylo nutné edukaci v tomto směru zopakovat ještě dvakrát a až potřetí pacient pochopil důležitost a dodržování rekonvalescence. Druhá pacientka pochopila důležitost a dodržování rekonvalescence a nebylo nutné tuto oblast opakovat. Třetím specifickým cílem bylo, aby pacienti věděli, jaká rizika mohou nastat při nedodržování rekonvalescence a jejího režimu. Ač byl první pacient dostatečně informován a věděl o rizicích, jež mohou nastat, nejevil snahu jim předcházet. Naopak druhá pacientka chce rizikům předcházet hned poté, co s nimi byla dostatečně seznámena. Čtvrtým a zároveň posledním specifickým cílem bylo pacienty naučit používat břišní pás. Oba pacienti se velice rychle naučili zacházet s břišním pásem a následně jej používat.

Čtvrtým dílčím cílem bylo identifikovat shodné ošetrovatelské diagnózy u obou pacientů. Údaje, které jsme získali u pacientů, byly zpracovány dle koncepčního modelu Marjory Gordon. Na základě rozborů jednotlivých domén byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, formulovány očekávané výsledky a ošetrovatelské intervence.

U obou pacientů byla stanovena ošetrovatelská diagnóza bolest. U prvního pacienta bolest souvisela nejen s operačním výkonem, ale hlavně s komplikacemi, které způsobilo uskrínutí kýly. Na základě těchto komplikací byl přijat na lůžkové oddělení. Na začátku hospitalizace pociťoval intenzivní bolest a byla mu podávána analgetika. Po operačním výkonu pacient verbalizoval bolest také, ale pouze mírnou a analgetika odmítal. Pacientka číslo dvě pociťovala silné bolesti až do 5. pooperačního dne. Pacientce byla podávána analgetika časovaně dle ordinace lékaře.

Oba pacienti měli nedostatek informací o následující dlouhodobé rekonvalescenci. U obou pacientů vznikla ošetrovatelská diagnóza neefektivní léčebný režim. Bylo nutné pacienty v této oblasti řádně edukovat a předat jim co nejvíce informací, aby u nich nedošlo k recidivě kýly. U prvního pacienta bylo potřeba dodržování rekonvalescence opakovat, protože nepochopil smysl rekonvalescence. Druhá pacientka porozuměla tématu edukace.

S operačním výkonem souvisela také riziková ošetrovatelská diagnóza. Riziko vzniku infekce v místě operační rány bylo stanoveno u prvního i druhého pacienta. Ačkoliv byly dodrženy všechny ošetrovatelské intervence, u prvního pacienta vznikla infekce v ráně. Z tohoto důvodu se hospitalizace a rekonvalescence u pacienta výrazně prodloužila a bylo potřeba operační ráně věnovat větší péči. U druhé pacientky se operační rána hojila bez komplikací. Aby bylo přehledné, jak se operační rány u pacientů hojily, vytvořila jsem fotodokumentaci během celé hospitalizace. Knajflová (2013, s. 39)

Oběma pacientům se během celé hospitalizace podávaly intravenózně analgetika nebo antibiotika. Z tohoto důvodu vzniklo zvýšené riziko infekce ze zavedených PŽK. Zavedené PŽK se každý den hodnotily stupnicí dle Madonna. U pacienta číslo jedna došlo během hospitalizace ke vzniku počínající tromboflebitidy, proto bylo potřeba místo zavedení PŽK několikrát změnit. U druhé pacientky se během hospitalizace infekce související se zavedeným invazivním vstupem neprojevila.

Posledním dílčím cílem bylo vytvořit návrh vhodných doporučení pro pacienty jako prevenci k předcházení vzniku kýl či jejich recidivě. Vytvořili jsme edukační leták na základě zjištění, že oba pacienti neznali správné zásady rekonvalescence a tím se zvyšovalo riziko recidivy kýly.

Knajflová (2013, s. 44) ve své práci uvádí, že nejvíce z dotazovaných sester edukují pacienty hlavně o dietním opatření, což je jeden z bodů v obsahu našeho edukačního letáku.

## ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči u pacienta po operaci pupeční kýly. Zvolili jsme metodu případové studie formou kazuistiky, která využívá nejen pozorování a porovnávání pacientů, ale také rozhovory a analýzu dokumentace. Studie zahrnovala dva respondenty, kteří splňovali požadovaná kritéria k výzkumnému šetření. Zaměřili jsem se na porovnávání, pozorování a dokumentování pooperačních ran po chirurgickém řešení pupeční kýly.

Z ošetrovatelského hlediska považujeme za nejdůležitější dbát na prevenci. Její podstatou je předcházet vzniku onemocnění či případné recidivě. Toho docílíme například redukcí váhy u obézních pacientů, snížením působení nadměrného dlouhodobého nitrobřišního tlaku, vhodnou životosprávou, dodržáním pooperačního režimu, používáním kýlního pásu a adekvátní rehabilitací. Zde hraje podstatnou roli sestra. Například u praktického lékaře by se měla zaměřit na informovanost u rizikových pacientů, zatímco sestry na chirurgických odděleních by neměly opomíjet edukace pacientů po břišních operacích jiné etiologie.

Abychom upozornili na důležitost prevence, rozhodli jsme se pro vytvoření návrhu edukačního letáku „STOP vzniku kýly a její recidivě“, který obsahuje základní kroky informující pacienty o prevenci vzniku a recidivě kýly. Tento materiál je určen nejen nemocným po operaci kýly, ale také pacientům po jakékoliv břišní operaci, jelikož rizikovým místem pro vznik kýl bývá i operační jizva.

## SEZNAM LITERATURY

1. CZUDEK, Stanislav. *Jednodenní chirurgie: One-day surgery : se souborem vybraných miniinvazivních operací na DVD*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2009, 126 s. ISBN 978-80-247-1786-9.
2. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada, 2013, 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
3. ČOUPKOVÁ, Hana, Lenka SLEZÁKOVÁ a Lada EBERLOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 268 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3129-2.
4. DIETRICH, Christoph F. *Ultrasonografie*. Německo: EQUILIBRIA, 2007, 404 s. ISBN 978-80-89284-20-7.
5. DUŠKOVÁ, Markéta a Vladimír PROCHÁZKA. *Úvod do chirurgie: učební text pro studenty 3. LF UK*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Klinika plastické chirurgie 3. LF a FNKV, 2009, 139 s. ISBN 978-80-254-4656-0.
6. FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 243 s. ISBN 978-80-246-2693-2.
7. HOCH, Jiří a Jan LEFFLER. *Textbook of surgery: current surgical diagnosis and treatment*. 4. vydání. Prague: Maxdorf, 2014, 592 s. ISBN 978-80-7345-375-6.
8. HOCH, Jiří, Barbora EAST a Filip PAZDÍREK. *Postgraduální gastroenterologie & hepatologie: Kýly*. Roč. 2, č.1. 2016. ISSN 2336-4998.
9. HOCH, Jiří, Jan LEFFLER a Lada EBERLOVÁ. *Speciální chirurgie*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 589. ISBN 978-80-7345-253-7.
10. HUDÁK, Radovan a David KACHLÍK. *Memorix anatomie*. 4. vydání. Praha: Triton, 2017, 632 s. ISBN 978-80-7553-420-0.
11. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013, 256 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4744-124.

12. KALA, Zdeněk a Igor PENKA. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 145 s. ISBN 978-807-0135-181.
13. KALA, Zdeněk a Vladimír PROCHÁZKA. *Perioperační péče o pacienta v digestivní chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 237 s. ISBN 978-80-7013-519-8.
14. Klaudiánova nemocnice: praktické informace [online]. ©2019 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <http://www.klaudianovanemocnice.cz/prakticke-informace/ms-1035/p1=1035>
15. KNAJFLOVÁ, Nikola. *Ošetrování pacienta po operaci tříselné kýly laparoskopickým způsobem*. Liberec, 2013. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií. Vedoucí práce MUDr. Miroslav Baader.
16. KOPECKÝ, Miroslav. *Somatologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 314 s. ISBN 978-80-244-2271-8.
17. KOS, Jaroslav. *Přehled topografické anatomie*. Vyd. 2., V Karolinu 1., dopl. Praha: Karolinum, 2014, 140 s. ISBN 978-80-246-2324-5.
18. KOTT, Otto a Iveta PETŘÍKOVÁ. *Vybrané kapitoly anatomie gastrointestinálního a respiračního systému*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2009. ISBN 978-80-7043-796-4.
19. MICHALSKÝ, Rudolf. *Chirurgie břišní stěny, trávicí trubice a nitrobřišních orgánů pro studující ošetrovatelství*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Opava: Slezská univerzita, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2008, 93 s. ISBN 978-80-7248-465-2.
20. NEJEDLÁ, Marie a Vladimír PROCHÁZKA. *Fyzikální vyšetření pro sestry: učební text pro studenty 3. LF UK*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015, 296 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4449-0.
21. NOVOTNÝ, Tomáš. *Operace tříselné kýly moderními tension-free metodami* [online]. Brno, 2010 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z:

[https://is.muni.cz/th/23163/lf\\_d/](https://is.muni.cz/th/23163/lf_d/). Disertační práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Doc. MUDr. Jindřich Leypold, CSc.

22. PAFKO, Pavel, Jan LEFFLER a Lada EBERLOVÁ. *Základy speciální chirurgie*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2008, 385 s. ISBN 978-80-7262-402-7.
23. POKRIVČÁK, Tomáš, Lenka SLEZÁKOVÁ a Lada EBERLOVÁ. *Chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Triton, 2014, 282 s. ISBN 978-80-7387-702-6.
24. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014, 368 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.
25. SPILKA, Jiří, Miroslav ZEMAN a Lada EBERLOVÁ. *Chirurgie pro bakaláře*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, [2013], 168 s. ISBN 978-80-260-3421-6.
26. ŠEDÝ, Jiří. *Chirurgická anatomie hernií*. Praha: Triton, 2007, 118 s. ISBN 978-80-7254-923-8.
27. ŠVÁB, Jan. *Náhlé příhody břišní*. Praha: Galén, 2007, 205 s. ISBN 978-802-4613-949.
28. THAM, Tony C. K., John S. A. COLLINS a Roy SOETIKNO. *Urgentní gastroenterologie*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2017, 382 s. ISBN 978-80-271-0157-3.
29. VODIČKA, Josef, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Speciální chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2014, 318 s. ISBN 978-802-4625-126.
30. Vyhláška č. 391/2017: kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: Sbíрка zákonů. 2017, ročník 2017, částka 137, číslo 391. Dostupné také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=62503>
31. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Speciální chirurgie*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2014, 511 s. ISBN 978-80-7492-128-5.

## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – 1. pooperační den (muž)
- Příloha B – 2. pooperační den (muž)
- Příloha C – 3. pooperační den (muž)
- Příloha D – 4. pooperační den (muž)
- Příloha E – 8. pooperační den (muž)
- Příloha F – 10. pooperační den (muž)
- Příloha G – 12. pooperační den (muž)
- Příloha H – 1. pooperační den (žena)
- Příloha CH – 2. pooperační den (žena)
- Příloha I – 3. pooperační den (žena)
- Příloha J – 4. pooperační den (žena)
- Příloha K – 6. pooperační den (žena)
- Příloha L – 7. pooperační den (žena)
- Příloha M – Vypracovaná rešerše ze Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje
- Příloha N – Povolení sběru informací ve FN Plzeň
- Příloha O – Informovaný souhlas pro pacienta
- Příloha P – Edukační leták



## PŘÍLOHY

### Příloha A – 1. pooperační den (muž)

*Obrázek 2 1. pooperační den (muž)*



## **Příloha B – 2. pooperační den (muž)**

*Obrázek 3 2. pooperační den (muž)*



## **Příloha C – 3. pooperační den (muž)**

*Obrázek 4 3. pooperační den (muž)*



#### **Příloha D – 4. pooperační den (muž)**

*Obrázek 5 4. pooperační den (muž)*



#### **Příloha E – 8. pooperační den (muž)**

*Obrázek 6 8. pooperační den (muž)*



## **Příloha F – 10. pooperační den (muž)**

*Obrázek 7 10. pooperační den (muž)*





## **Příloha G – 12. pooperační den (muž)**

*Obrázek 8 12. pooperační den (muž)*



## **Příloha H – 1. pooperační den (žena)**

*Obrázek 9 1. pooperační den (žena)*



## **Příloha CH – 2. pooperační den (žena)**

*Obrázek 10 2. pooperační den (žena)*



### **Příloha I – 3. pooperační den (žena)**

*Obrázek 11 3. pooperační den (žena)*



### **Příloha J – 4. pooperační den (žena)**

*Obrázek 12 4. pooperační den (žena)*



## **Příloha K – 6. pooperační den (žena)**

*Obrázek 13 6. pooperační den (žena)*



## **Příloha L – 7. pooperační den (žena)**

*Obrázek 14 7. pooperační den (žena)*





**Příloha M – Vypracovaná rešerše ze Studijní a vědecké knihovny  
Plzeňského kraje**



**Studijní a vědecká knihovna  
Plzeňského kraje**

Bibliografická rešerše

Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, příspěvková organizace, Smetanovy sady 179/2, 301 00 Plzeň  
IČO: 00078077, zapsána u Krajského soudu v Plzni, spis. Zn. Pr 760

ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

Číslo rešerše: 57/2018  
Počet záznamů: 30 záz. + příl.

## **Ošetrovatelská péče o pacienta s břišní kýlou**

Vypracoval/a: Stanislava Stehlíková  
červen 2018

## Analytický list

### Druhy dokumentů v rešerši:

KNIHY – 15  
ČLÁNKY – 10

ELEKTRONICKÉ ZDROJE – 5

**Časové vymezení:** 2008-2018

**Jazykové vymezení:** čeština, angličtina

### Použité informační zdroje:

katalogy SVK PK a jiných knihoven, katalogy souborné  
databáze Národní lékařské knihovny Bibliomedica/Medvik  
zahraniční plnotextové licencované databáze (EBSCO, ProQuest)  
Internet

### Způsob uspořádání dokumentů:

Rešerše je rozdělena na části *Knihy*, *Články* a *Elektronické zdroje*. V těchto částech jsou záznamy řazeny abecedně podle autora a opatřeny signaturami SVK PK, na základě kterých lze knihy v knihovně zapůjčit. Rešerše obsahuje přílohu, ve které je uvedena další literatura.

### Poznámky:

Požadované knihy kromě titulů umístěných ve volném výběru knih si můžete objednat prostřednictvím elektronického katalogu SVK PK.

Volný výběr knih se nachází ve 2. patře budovy, pokud je hledaný titul půjčen, lze na něj prostřednictvím elektronického katalogu pořídit rezervaci.

**Dokumenty z jiných knihoven zajišťuje meziknihovní služba (MS) na pracovišti výpůjční protokol v přízemí budovy SVK PK (mvs@svkpk.cz). Tyto služby jsou zpoplatněny.**

Časopisy a noviny (periodika) jsou určena k prezenčnímu studiu – poslední dva roky v čítárně bez předchozího objednání, starší vázané je třeba objednat (do čítárny nebo studovny).

U záznamů v rešerši jsou uváděny tučně základní signatury a k objednání prostřednictvím online katalogu je nutno vybrat příslušný rok a svazek.

**Licencované elektronické zdroje jsou dostupné prostřednictvím webových stránek SVK PK (<https://login.ez-proxy.svkpl.cz>)**

**UPOZORNĚNÍ:** Časopisy z r. 2016 budou v průběhu roku 2018 v SVK PK nedostupné z důvodu vazby.

Záznamy v rešerši jsou v souladu s normou ČSN ISO 690 (Bibliografická citace).

### Zkratky použité v rešerši:

SVK PK= Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje

MS= meziknihovní služba

## Knihy

1. BEZDIČKOVÁ, Marcela et al. *Ošetřovatelství v chirurgii. II.* Praha: Grada, 2010. 300 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3130-8.  
**signatura SVK PK: 31B37722-2**
2. BURDA, Patrik a ŠOLCOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelská péče: pro obor ošetřovatel.* Praha: Grada Publishing, 2015-2016. 2 svazky. ISBN 978-80-247-5333-1.  
**signatura SVK PK: 31B67685-1**                      **umístění ve volném výběru: 616-083**  
**signatura SVK PK: 31B67685-2**                      **umístění ve volném výběru: 616-083**
3. CZUDEK, Stanislav a kol. *Jednodenní chirurgie = One-day surgery: se souborem vybraných miniinvazivních operací na DVD.* Praha: Grada, 2009. 126 s. + 1 DVD. ISBN 978-80-247-1786-9.  
**signatura SVK PK: 391A61794**                      **umístění ve volném výběru: 617**
4. ČOUPKOVÁ, Hana et al. *Ošetřovatelství v chirurgii. I.* Praha: Grada, 2010. 264 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3129-2.  
\* **signatura SVK PK: 31B37722-1**                      616-083
5. DUDA, Miloslav. *Základní výkony ve všeobecné chirurgii.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 189 s. ISBN 978-80-244-2999-1. (kapitola 1, Diagnostika a léčba kýly dutiny břišní, s. 10-32)  
**dostupné v jiných knihovnách ČR, žádejte prostřednictvím MS**
6. ITANI, Kamal M. F., ed., HAWN, Mary T., ed. a MARTIN, Ronald F., ed. *Advances in abdominal wall hernia repair.* New York: Elsevier, 2008. 222 s. ISBN 1-4160-5803-6.  
**dostupné v jiných knihovnách ČR, žádejte prostřednictvím MS**
7. JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetřovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium.* Praha: Grada, 2013. 249 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4412-4.  
**signatura SVK PK: 31B58012**                      616-083
8. KALA, Zdeněk a kol. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 145 s. ISBN 978-80-7013-518-1.  
**signatura SVK PK: 31B50482**
9. LEBLANC, Karl A. a KINGSNORTH, A. N. *Management of abdominal hernias.* New York: Springer, 2013. 414 s. ISBN 978-1-84882-876-6.  
**dostupné v jiných knihovnách ČR, žádejte prostřednictvím MS**
10. MICHALSKÝ, Rudolf. *Chirurgie břišní stěny, trávicí trubice a nitrobřišních orgánů pro studující ošetřovatelství.* Opava: Slezská univerzita, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2008. 93 s. ISBN 978-80-7248-465-2.  
**signatura SVK PK: 392A40587**



## Příloha N – Povolení sběru informací ve FN Plzeň



**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**  
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči  
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory  
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín  
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní  
Kristýna Bartoňová  
Studentka oboru Všeobecná sestra  
Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Západočeská univerzita v Plzni

### **Povolení sběru informací ve FN Plzeň**

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací o ošetrovatelských postupech používaných u pacientů *Chirurgického oddělení (CHIRO)* FN Plzeň. Informace budete získávat v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Ošetrovatelská péče o pacienta s břišní kýlou*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně provedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- **Sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět v době Vaší, školou schválené, odborné praxe a pod přímým vedením paní Jany Rusinové, Bc., a paní Ivany Benešové, DiS., staničních sester CHIRO FN Plzeň.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pociťovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová  
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP  
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň  
tel.: 377 103 204, 377 402 207  
e-mail: [chabrovass@fnplzen.cz](mailto:chabrovass@fnplzen.cz)

26. 9. 2018

## Příloha O – Informovaný souhlas pro pacienta

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

#### OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S BŘIŠNÍ KÝLOU

##### STUDENT

Kristýna Bartoňová  
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: krisbartonova@aeznam.cz

##### VEDOUcí BP:

MUDr. Otto Kott, CSc.  
Katedra rehabilitačních oborů  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: kotto@ktb.zcu.cz

##### CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapovat ošetřovatelskou péči, porovnat rané pooperační komplikace a rychlost rekonvalescence u nemocných po operaci kýly s fixací sítky z umělého materiálu či s fixací pomocí vlastní tkáně.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

##### SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já .....  
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:



## VZNIKU KÝLY A JEJÍ RECIDIVĚ!

Podstatou vzniku kýly bývá dlouhodobě oslabená břišní stěna, která je poškozována nadměrným nitrobřišním tlakem.

Zvýšenému nitrobřišnímu tlaku lze předcházet v několika krocích:

- Dbejte na správnou výživu, která napomáhá předcházet zácpám
- Nekuřte, kouření způsobuje chronický a dráždivý kašel
- Udržujte si zdravou váhu
- Pravidelně cvičte lehké cviky na posílení břišních svalů
- Nezvedejte příliš těžké předměty
- Používejte správné techniky zvedání předmětů
- Pravidelně užívejte břišní pásy, pokud jste prodělali operaci břišní kýly nebo jinou operaci v oblasti břicha

Zdroj: (Ordinace.cz, ©2007)

Autor: Kristýna Bartoňová

Spoluautor: MUDr. Otto Kott, CSc.

Grafická úprava: Michal Lyga



FAKULTA  
ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ  
ZÁPADOČESKÉ  
UNIVERZITY  
V PLZNI

