

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI



Ústav zdravotnických studií

**OŠETŘOVÁNÍ PACIENTA PO OPERACI TŘÍSELNÉ KÝLY
LAPAROSKOPICKÝM PŘÍSTUPEM**

Bakalářská práce

Nikola Knajflová

Liberec 2013

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Nikola Knajřlová
Osobní číslo: Z10000127
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Ošetřování pacienta po operaci tříselné kýly laparoskopickým přístupem
Zadávající katedra: Ústav zdravotnických studií

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle:

- 1) Zjistit jaké znalosti mají sestry o výhodách a nevýhodách laparoskopické operace
 - 2) Zjistit na co se sestry nejčastěji zaměřují při prevenci pooperačních komplikací
 - 3) Zjistit o čem a jak sestry informují pacienta v pooperačním režimu
- Abstrakt: Hlavní problematikou této práce je ošetřování pacienta po laparoskopické operaci tříselné kýly. Teoretická část se zabývá definicí pojmů, popisuje možné komplikace a mapuje jaké výhody sebou nese laparoskopie pro pacienta. Cílem praktické části bylo zjistit informovanost všeobecných sester o této problematice a na co nejčastěji zaměřují v pooperačním období.

Předpoklady:

- 1) Předpokládám, že více jak 75% sester je informována o výhodách a nevýhodách laparoskopické operace.
- 2) Předpokládám, že více jak 50% sester se při prevenci pooperačních komplikací nejčastěji zaměřuje na zamezení vzniku infekce.
- 3) Domnívám se, že více jak 75% sester nejčastěji informuje pacienta o změně diety, a to formou rozhovoru.

Metoda: Kvantitativní

Technika: Dotazník

Vzorek: Všeobecné sestry na chirurgických odděleních

Místo a čas : Chirurgická oddělení v nemocnicích v Trutnově, Náchodě a Pardubicích, prosinec 2012 - leden 2013

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

50 - 70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- 1) MICHALSKÝ, PAFKO, SATINSKÝ Operační léčení tříselné kýly, 198 s., Grada 2000, ISBN 80-7169-971-3
- 2) ČERNÝ a kol. Speciální chirurgie (chirurgie brušných orgánů a retroperitonea), Osveta 1992, ISBN 80-217-0424-1
- 3) NEJEDLÁ, SVOBODOVÁ, ŠAFRÁNKOVÁ Ošetrovatelství III/2, 158 s., Informatorium 2004, ISBN 80-7333-031-8
- 4) PAFKO a kol. Praktická laparoskopická a torakoskopická chirurgie, 108 s., Grada 1998, ISBN 80-7169-532-7
- 5) FRANTZIDES Laparoscopic and thoracoscopic surgery, Mosby 1995, ISBN 0-8151-3290-5
- 6) KATKHOUDA Advanced laparoscopic surgery (Techniques and tips), W B Saunders 1998, ISBN 0-7020-2039-7
- 7) DARZI, TALAMINI, DUNN Atlas of laparoscopic surgical technique, W B Saunders 1997, ISBN 0-7020-2011-7
- 8) FRYČ, RYŠKA Digestivní endoskopie a laparoskopická chirurgie, Praha publishing 1996, ISBN 80-902140-0-2
- 9) MacFADYEN, PONSKY The surgical clinics of north america-Laparoscopy for General Surgeon, W B Saunders 1992, ISSN 0039-6109
- 10) DUDA, CZUDEK, kol. Miniinvazivní chirurgie, Nemocnice Podlesí 1996

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Miroslav Baader

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 31. března 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2013

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor



Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 29. března 2013

Poděkování

Ráda bych poděkovala primáři chirurgického oddělení Krajské nemocnice Liberec
Mudr. Miroslavu Baaderovi za odborné vedení, cenné rady a čas, který mi věnoval při
konzultacích.

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum

Podpis

Anotace

Bakalářská práce nesoucí název „Ošetřování pacienta po operaci tříselné kýly laparoskopickým přístupem“ se zabývá problematikou kýl a jejich operačním řešením pomocí laparoskopie. Teoretická část se zabývá definicí pojmů, popisuje možné komplikace, mapuje jaké výhody a nevýhody sebou laparoskopická operace přináší a nastiňuje problematiku při ošetřování pacienta. Výzkumná část má za cíl zjistit informovanost všeobecných sester o výhodách a nevýhodách laparoskopické operace tříselné kýly a zjišťuje na co se nejčastěji zaměřují při prevenci pooperačních komplikací a při edukaci pacienta. Tato část se uskutečnila pomocí kvantitativní metody pomocí dotazníkového šetření. Data jsou vyhodnocena pomocí tabulek a grafů.

Klíčová slova: Laparoskopie, Operace, Tříselná kýla, Ošetřovatelství, Pooperační komplikace, Edukace

Annotation

Bachelor thesis bearing the name, Nursing care of patient after laparoscopic operation of inguinal hernia deals with the hernias and operational solutions through laparoscopy. The theoretical part deals with the definition of terms, describes the possible complications, maps the advantages and disadvantages of each laparoscopic procedure, outlines the issues during nursing care of the patient. The goal of the research part is to find out an awareness of nurses about advantages and disadvantages of laparoscopic operation of inguinal hernia and discovers what are nurses most often focusing on in prevention of postoperative complications and patient education. This part was carried out by quantitative methods using questionnaires. Data are evaluated using tables and graphs.

Key words: Laparoscopy, Surgery, Inguinal hernia, Nursing care, Postoperative complication, Education

Obsah

Obsah	6
Úvod	8
Teoretická část	9
1 Laparoskopie	9
1.1 Vývoj laparoskopické chirurgie	9
1.2 Přístrojové vybavení	10
1.2.1 Vybavení operačního sálu	10
1.2.1.1 Insuflační systém	10
1.2.1.2 Zobrazující systém	10
1.2.1.3 Irigační a sací systém	11
1.2.1.4 Koagulační systém	11
1.2.2 Operační nástroje	11
2 Kýly obecně	13
2.1 Dělení kýl obecně	13
2.2 Tříselná kýla	14
2.2.1 Anatomie tříselné oblasti	14
2.2.2 Příčiny vzniku tříselné kýly	15
2.2.3 Klasifikace kýl v tříselné oblasti	15
2.2.4 Příznaky tříselné kýly	16
2.2.5 Diagnostika	17
2.2.6 Komplikace tříselné kýly	17
3 Laparoskopická operace tříselné kýly	19
3.1 Kontraindikace operačního řešení	19
3.2 Anestezie u laparoskopických operací	20
3.2.1 Změny spojené s kapnoperitoneem	20
3.3 Operační techniky	21
3.3.1 Technika bez napětí pomocí implantátu	21
3.3.2 Smotková (plug) metoda	22
3.3.3 Intraperitoneální onlay mesh (IPOM)	22
3.3.4 Transabdominální přístup (TAPP)	23
3.3.5 Úplný extraperitoneální přístup (TEP)	23

3.4 Komplikace	24
3.4.1 Peroperační komplikace	24
3.4.2 Pooperační komplikace	25
4 Ošetrovatelská péče	27
4.1 Předoperační péče.....	27
4.1.1 Dlouhodobá ošetrovatelská péče	27
4.1.2 Krátkodobá předoperační péče	27
4.1.3 Bezprostřední ošetrovatelská péče.....	28
4.2 Pooperační péče.....	28
4.2.1 Bezprostřední pooperační péče.....	28
4.2.2 Krátkodobá pooperační péče	28
4.2.3 Dlouhodobá pooperační péče	29
Praktická část	30
5 Výzkumná část.....	30
5.1 Cíl výzkumu	30
5.2 Metodika	31
5.2.1 Zdroje odborných poznatků.....	31
5.2.2 Soubor respondentů	31
5.2.3 Užitá metoda šetření.....	31
5.2.4 Předvýzkum	32
5.2.5 Realizace šetření	32
5.2.6 Zpracování získaných dat.....	32
5.2.7 Interpretace získaných dat	33
6 Diskuze	47
7 Doporučení pro praxi.....	51
8 Závěr	52
Seznam použité literatury	53
Seznam tabulek	55
Seznam grafů	56
Seznam příloh	57

Úvod

Tématem této bakalářské práce je Ošetřování pacienta po operaci tříselné kýly laparoskopickým přístupem. Reparace tříselné kýly patří mezi nejčastěji prováděné operační úkony u nás. Přestože ještě nedávno mnozí chirurgové nedaly na klasický operační postup dopustit, rozvoj miniinvazivní chirurgie zasáhl i do operačního řešení tříselné kýly. Nové metody, které se zabývají řešením tříselné kýly v posledním století zaznamenaly rychlý rozvoj a do popředí se dostala laparoskopická operace, která nabízí oproti klasické metodě řadu výhod. Patří mezi ně rychlejší rekonvalescence, menší traumatizace tkání nebo menší pooperační bolestivost.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá problematikou kýl, laparoskopickou operací tříselné kýly a ošetřováním pacienta. Praktická část zahrnuje cíle, hypotézy, metodiku výzkumu a analýzu dat. Získaná data jsou interpretována pomocí tabulek a grafů.

Záměrem této práce bylo zjistit informovanost všeobecných sester o výhodách laparoskopií a na co se zaměřují v péči o pacienta v pooperačním období.

Teoretická část

1 Laparoskopie

Laparoskopie je miniinvazivní endoskopická metoda sloužící k vyšetření orgánů břišní dutiny a malé pánve bez jejího otevření tradičním chirurgickým řezem. Operátor provede několik drobných řezů jimiž jsou do dutiny břišní zavedeny pomocí trokarů nástroje. Prostor k prohlédnutí dutiny břišní se vytvoří nafouknutím břicha oxidem uhličitým (CO₂) pomocí speciální jehly. Pomocí speciální kamery která je zavedena malou rankou v blízkosti pupku je obraz přenesen na obrazovku. Pro operační výkon se ještě zavádějí další nástroje, zpravidla dva v malých řezech v podbřišku.

Laparoskopie může být diagnostická nebo terapeutická.

1.1 Vývoj laparoskopické chirurgie

Není snadné chronologicky seřadit seznam chirurgů se světovou prioritou v oblasti laparoskopie.

V možnostech chirurgické léčby znamenala laparoskopie revoluci zejména v 90. letech. Málo známe však je, že již v 11. století Albukasimi a po něm v 18. století Bozziny používali k vyšetření tělních dutin endoskopické instrumenty.

Skutečně první zprávy o laparoskopii pocházejí nezávisle na sobě od Jakobeuse (1901), který provedl laparoskopické vyšetření u člověka pomocí cystoskopu bez pneumoperitonea a od Kellinga (1902), který u psa využil k vytvoření pneumoperitonea filtrovaný vzduch.

V roce 1929 doporučil k získání pneumoperitonea oxid uhličitý Kalk. Monopolární koagulaci použil při laparoskopické biopsii v roce 1934 Ruddock. K výraznému zlapšení přispěl v roce 1952 fyzik Hopkins s vylepšením optiky. V roce 1938 představil Veress nový nástroj k založení pneumoperitonea a to insuflační jehlu se zasunovatelným ostřím.

První laparoskopická apendektomie byla provedena roku 1983 Semmem. Cholecystektomii pomocí standartního laparoskopu provedl roku 1987 Mouret i když experimentálně propracovanou techniku přinesli už v roce 1985 Cuschieri a El Ghany. První laparoskopická cholecystektomie v České republice provedena v roce 1991. (8,10)

1.2 Přístrojové vybavení

Nástroje pro laparoskopickou operaci se liší od používaných při klasické otevřené chirurgii. Proto je důležité aby operační tým byl seznámen s přístrojovou technikou a její funkcí.

1.2.1 Vybavení operačního sálu

Mezi základní vybavení operačního sálu patří insuflační systém, zobrazovací a systém irigační, sací a koagulační.

1.2.1.1 Insuflační systém

Základní podmínkou pro práci v uzavřené břišní dutině je její expanze. Toho je možno dosáhnout insuflací plynu. K insuflaci břicha je nutno použít neexplosivního plynu. V současné době je zřejmě ideální plyn pro tyto účely oxid uhličitý.

Insuflace je zcela automatická, což zvyšuje komfort a bezpečnost operace. Bezpečnost operace zvyšují také přídatné optické diodové znázornění průběhu insuflace. Insuflátor je připojen na plynový kohout některého z trokárů. Během operace dochází k resorpci plynu a jeho úniku při výměně nástrojů. Pokles tlaku je insuflátorem automaticky průběžně vyrovnáván, neboť kolaps pneumoperitonea by vedl ke ztrátě vizualizace.

Před zahájením operace je nutné zkontrolovat zásobu plynu v tlakové láhvi.

1.2.1.2 Zobrazující systém

Současným standardem optické složky je rigidní optický teleskop(laparoskop). Je to systém cylindrických čoček , střídajících se se vzduchovými čočkami. Tento systém výrazně zlepšil přenášení světla a barev.

Světlo halogenové nebo xenonové výbojky je přenášeno světlovodným kabelem tvořeným svazkem skleněných vláken. Novější světlovody jsou na bázi tekutých krystalů. Jejich nevýhodou je menší poddajnost a větší křehkost. Světlovodný kabel je

připojen na konektor optiky. Ve světelném zdroji jsou výbojky dvě, aby při výpadku mohla být ihned zapojena výbojka rezervní.

K získání obrazu a přehledu v dutině břišní je potřeba kamery a monitoru. Monitor musí být s kamerou kompatibilní. Počet monitorů kolísá od jednoho po tři. Je možné operovat s pomocí jednoho, ale musí být kvalitní, stejně jako ostatní komponenty.

Na zobrazovacím systému nelze šetřit.

1.2.1.3 Irigační a sací systém

Další systém zajišťující kvalitu laparoskopické operace je výkonný systém, který zajišťuje rychlou irigaci oblasti s následným rychlým a dokonalým odsátím. Obě funkce musí být integrovány v jednom přístroji, umožňujícím manuální volbu obou funkcí.

1.2.1.4 Koagulační systém

Větší cévní kmeny jsou uzavírány svorkami. Kapilární krvácení či krvácení z drobných venózních větévek musíme stavět koagulací. Podstatou koagulace je působení tepla na tkáň. Společným znakem koagulace je termické poškození tkáně ústící v nekrózu.

Ke koagulaci se používají různé metody. Jsou to monopolární elektrokoagulace (nejužívanější), bipolární elektrokoagulace, elektrohydrotermie, infračervená fotokoagulace, termokoagulace a laser.

1.2.2 Operační nástroje

Instrumentárium můžeme rozdělit na resterilizovatelné a na jedno použití. Nástrojů je dnes na trhu velmi mnoho, vyjmenujme si ty nejčastěji používané.

K přístupu do dutiny břišní nám slouží trokary, které jsou vstupní branou do břišní dutiny a jejichž tubus je ponechán ve stěně a pomocí nich se zavádějí nástroje. Jsou vybaveny ventilem, který zabraňuje úniku pneumoperitonea. K uchopení tkání a orgánů se používají kleště, které jsou upraveny podle typu tkání. Dále můžeme zmínit disektory, nůžky, jehelce či svorkovače. (4,8,10)

Perspektiva: Technický vývoj instrumentáři, optiky, světelných systémů a videosystémů ještě zdaleka není u končen. Jsou možná mnohá vylepšení nástrojů z hlediska manipulace, menší traumatizace tkání i dokonalejší hygieny udržby. Je zapotřebí spolupráce chirurgů a firem vyrábějících laparoskopické nástroje.

(Pařko a kol., 1998, str.33)

2 Kýly obecně

Kýla¹ vzniká při vyklenutí orgánů břišní dutiny oslabenou břišní stěnou. Vyklenující se orgán musí být kryt pobřišnicí, jinak mluvíme o vyhřeznutí.

U každé kýly rozeznáváme tři základní struktury. Kýlní branku, kýlní vak a kýlní obsah. Kýlní branka je místo, kde prostupuje kýlní vak přes břišní stěnu. Kýlní vak, který je tvořen nástěnným peritoneem a obaluje většinu hernií.

U kýlního vaku rozlišujeme *dno (fundus)*, které prostupuje defektem jako první, *tělo (corpus)* což je největší část a *krček (collum)* je umístěn v kýlní brance.

Kýlní obsah mohou tvořit kličky tenkého střeva, apendix, ovarium, peritoneální či patologická tekutina i další orgány dutiny břišní, pokud je kýlní vak prázdný mluvíme o tzv. prázdné kýle. (1, 2)

2.1 Dělení kýl obecně

Typy kýl můžeme dělit podle

1) *Podle vzniku* – vrozené, získané, traumatické.

2) *Podle místa uložení* – tříselné, stehenní, brániční, pupečnickové, kýly v lineá alba, lumbální kýly, obturatorní kýly, kýly hráze, ischiadické kýly, interparietální kýly, kýly v jizvě, vnitřní kýly aj.

3) *Podle lokalizace hernie* – zevní, vnitřní, mezidutinové.

4) *Podle stupně vývoje* – kompletní a nekompletní.

5) *Podle přítomnosti či nepřítomnosti kýlního vaku* – pravé (jsou s vakem, což je většina kýl), nepravé (nemají vak a pak hovoříme o protruzi), skluzné (do kýlní branky spolu s kýlním vakem klouže i stěna částečně retroperitoneálně uloženého orgánu).

6) *Podle stranového uložení* – jednostranné, oboustranné.

7) *Podle stupně reponovatelnosti* – reponibilní, nereponibilní dále pak na akretní a inkarcerované (uskřinuté).

8) *Podle příčiny vzniku* – můžeme kýly rozdělit na vrozené a získané. (1,13)

¹ Příloha č.1 Kýla

2.2 Tříselná kýla

2.2.1 Anatomie tříselné oblasti

Tříselná krajina (regio inguinalis) má zhruba trojúhelníkový tvar, který je ohraničený proximálně spina iliaca anterior superior, mediálně zevním okrajem přímého břišního svalu –tzv. linea semilunaris Spigeli a latero-kaudálně tříselným vazem (ligamentum inguinale Pouparti), který je napnutý mezi spina iliaca anterior inferior a tuberculum publicum, zde je uložen tříselný kanál a v tomto místě dochází ke vzniku tříselné kýly².

Fascia transversalis kryje ze strany naléhající příčný sval. Je zřejmě nejdůležitější strukturou tříselného kanálu, tvoří jeho zadní stěnu. Tato relativně slabá fascie je ve třech místech zesílena (1. Ligamentum interfoveolare Hesselbachi, 2. Ligamentum Henle, 3. Tractus iliopubicus Thomsoni). Mezi těmito strukturami je trojúhelníkovitá plocha, která není zesílena a tvoří nejslabší místo zadní stěny tříselného kanálu, tzv. Hesselbachův trojúhelník. V tomto místě dochází ke vzniku přímé tříselné kýly. Vnitřní tříselný kruh je otvor v transverzální fascii, kterým u muže vstupuje do tříselného kanálu semenný provazec a u žen je zde úponová část ligamentum teres uteri. Toto místo transverzální fascie je určitým způsobem oslabeno a je predilekčním místem pro vznik nepřímé kýly.

Tříselný vaz (ligamentum Pouparti) je základní orientační strukturou ve všech operačních výkonech v této oblasti. Nachází mezi spina iliaca anterior superior ossis ilii a tuberculum pubicum ossis pubis, je dlouhý 12 – 14 cm.

Tříselný kanál (canalis inguinalis) je slabým místem stěny břišní. Za normálních okolností při zvýšeném napětí svalů břišní stěny dojde jejich kontrakcí k přitažení tříselného vazů a k uzavření tříselného kanálu. Při poruše tohoto uzávěrového mechanismu dochází ke vzniku přímé tříselné kýly.

Cévní zásobení

Oblast je zásobena cévami z okolí. Jedná se o větve zevní pánevní tepny a žilní krev je odváděna do zevní pánevní žíly.

Cévní zásobení varlete, nadvarlete a semenného provazce je odlišné. Zásobují je

² Příloha č.2 Tříselná kýla

hlavně arteria testicularis a arteria deferentialis. Krev je odváděna venózní pletení, ta se nad úrovní vnitřního tříselného kruhu redukuje v testikulární žílu. Pravá testikulární žíla ústí do dolní duté žíly a levá do žíly renální.

Při operaci tříselné kýly je třeba dávat si pozor na vasa epigastricae inferiores pro jejich intimní vztah k vnitřnímu tříselnému kruhu, který lemují z mediální strany. Jejich poranění vede ke vzniku velkého preperitoneálního hematomu a může nemocného ohrozit na životě.

Podkoží tříselné krajiny zásobují nepravidelné vasa epigastricae inferiores superficiales.

Cévní zásobení varlete a nadvarlete zajišťuje především arteria testicularis, která je přímou větví břišní aorty.

Mezi další tepny patří arteria deferentialis, arteria cremasterica, větev arteria pudenda interna a arteria pudenda externa. Žilní krev odtéká cestou plexus pampiniformis, který se v retroperitoneu slučuje v testikulární žílu.

Lymfatická drenáž tříselné oblasti směřuje do lymfatických uzlin třísla a uzlin kolem pánevních cév v retroperitoneu. (1,13)

2.2.2 Příčiny vzniku tříselné kýly

Příčiny vzniku můžeme dělit na vrozené a získané.

Jako *vrozené* označujeme vrozené anomálie třísla. Mezi *získané* dispozice řadíme dlouhodobé zvýšení nitrobřišního tlaku (gravidita, obezita aj.), dále přímý a nepřímý úrazový děj, atrofie svalových a vazivových struktur stěny břišní, jizvy břišní stěny po operaci nebo úraze, věk a defektní metabolismus kolagenu. (1)

2.2.3 Klasifikace kýl v tříselné oblasti

Klasifikací kýl je více. Většina dělení je velmi obsáhlá a nepřehledná. Na druhou stranu dělení dle vztahu branky a vaku na kýly přímé a nepřímé a na kýly vrozené a získané je jednoduché.

Složitější a podrobnější je morfologické dělení tříselných kýl a kýl, které se vyskytují v tříselné krajině a proximální části stehna.

- *Vrozená tříselná kýla u malých dětí* je vždy nepřímá. Branka je tvořena vnitřním tříselným kruhem.
- *Kýla dětského věku* je též nepřímá a klinicky se projevuje až ve školním věku.
- *Nepřímá tříselná kýla v dospělém věku* tvoří většinu všech tříselných kýl. U mužů se vyskytuje 3x častěji než u žen.
- *Sedlová tříselná kýla* je kombinací přímé a nepřímé kýly. Má dva kýlní vaky, mezi nimiž je hluboký zářez kudy probíhají epigastické cévy a tvoří se jakési „sedlo“ mezi kýlními vaky.
- *Kýla typu pantaloon* je velmi vzácná a vzniká po několikaletém trvání, protože dříve než stačí vzniknout, je operována. Jde o vystupňování kýly sedlové.
- *Přímá kýla* je vždy získaná a vyskytuje se až v dospělosti.
- *Skluzná kýla* je taková, kdy do kanálu přímé nebo nepřímé kýly navíc klouže pevně fixovaný orgán dutiny břišní k nástěnnému peritoneu, který se může uskřínout.
- Mezi vzácně se vyskytující kýly patří: Nástěnná kýla (Richterova kýla a Littreova kýla), *Imbertova kýla* (je pravostranná a objevuje se s odstupem měsíců i let po apendektomii). *Kýla tvaru „W“* je záludná v tom, že obsahem kýlního vaku mohou být dvě kličky střeva, které se při operaci pro uskřínutí, jeví jako vitální a přitom prostřední klička je schována v dutině břišní a může být gangrenózně změněná. Pokud ji chirurg nerozpozná, nezreviduje a neresekuje, může takto pacienta ohrozit přímo na životě.

Nejčastější je klasifikace podle Nyhuse, která klasifikuje kýly podle stavu distální břišní stěny a podle defektu fascií v oblasti Hesselbachova trojúhelníku. Tato metoda je oblíbená zejména u chirurgů operujících laparoskopicky. (1,2)

2.2.4 Příznaky tříselné kýly

Příznaky můžeme rozdělit na subjektivní a objektivní. Subjektivní příznaky jsou takové, které pociťuje pacient. Mohou to být tlakové a tahavé pocity v tříselné oblasti a pacient je může popisovat jako bolestivé. Pacient rovněž pozoruje vyklenování

v tříselné oblasti při zvýšeném nitrobršním tlaku. Mezi objektivní příznaky patří pouze nález rezistence v třísele³.

Kýla se časem zvětšuje, kýlní vak se stává objemnější. Zpočátku je možné kýlní vak reponovat, ale později s emůže stát ireponibilní. Spolu s bolestí je to nejčastější důvod proč pacient vyhledá lékaře. (1)

2.2.5 Diagnostika

Při vyšetřování tříselné kýly se většinou zaměřujeme na fyzikální vyšetření a anamnézu. Kromě základních anamnestických údajů nás také zajímají onemocnění, která vedou k chronickému zvyšování nitrobršního tlaku. Jde zejména o kašel, obstipaci, poruchy močení a u žen gravidita. Z fyzikálního vyšetření se používá palpce a aspekce. Pohmatem vyšetřujeme ve stoje a zjišťujeme velikost vaku, konzistenci obsahu, reponibilitu a bolestivost. Je důležité vyšetřit obě tříselné krajiny, jelikož kýly se mohou vyskytovat na obou stranách a nemusí být stejné velikosti, čehož si pacient nemusí všimnout.

Dále vyšetřujeme pulzaci na femorálních tepnách, u mužů obsah skrota a posuzujeme velikost a symetrii varlat i nadvarlat.

Pohledem zjišťujeme asymetrii tříselných krajin, velikost kýlního vaku. Důležitý je stav kůže genitofemorální rýhy. V této oblasti se ve vyšším věku a u diabetiků může vyskytovat impetigo a mykózy, které jsou možným zdrojem pooperačních zánětlivých komplikací a podstatně zhoršují výsledky pooperační léčby.

Někdy se mohou k diagnostice kýly použít i zobrazovací metody, u nás se používají sporadicky. Mezi tyto metody patří: ultrazvuk třísla, rentgenové vyšetření – herniografie, magnetická rezonance, počítačová tomografie a scintigrafie dutiny břišní i diagnostická laparoskopie. (1)

2.2.6 Komplikace tříselné kýly

Uskřinutí je častá a nejzávažnější komplikace. Dochází k němu na úrovni kýlní branky a tím je ohroženo cévní a nervové zásobení obsahu kýlního vaku. Při vzniku

³ Příloha č.3 Inguinální pás

náhlého a vážného uskřínutí obsahu kýlního vaku dochází k rozvoji nekrózy uskřínutého orgánu, nejčastěji se jedná o střevo, jehož nekrotická stěna brzy perforuje a vede ke vzniku peritonitidy. Bývá také častou příčinou střevní neprůchodnosti. Má tři možné typy. Elastické, kdy při prudkém zvýšení nitrobřišního tlaku vnikne klička střeva do kýlního vaku a při poklesu tlaku se branka zúží a zaškrtní obsah kýlního vaku. Sterkorální uskřínutí vzniká u relativně široké branky kde dochází k přeplnění kličky tráveninou a zastavení pasáže v kýlním vaku. Dochází k dilataci kličky a následně poruše prokrvení a nakonec i nekróze. Uskřínutí symptomatické je takové kdy jiný patologický jev (např. ileus) zvýší nitrobřišní tlak a dojde k vysunutí orgánu do jinak prázdného kýlního vaku.

Ireponibilní kýla je taková kdy nelze vysunout obsah kýlního vaku zpět do dutiny břišní. Není bolestivá a většinou nositeli nezpůsobuje zvláštní obtíže. Měla by se operovat neboť i tato kýla je ohrožena uskřínutím.

Zánět obalů a obsahu kýlního vaku je sice málo častý, ale nepříznivý pro operační výsledek. Může vzniknout proniknutím infekce z lumina střeva nebo zánětem orgánu v kýlním vaku či při gangréně a perforaci v kýlním vaku. Je indikován k akutní operační léčbě.

Nahromadění tekutiny v kýlním vaku je poměrně vzácné a obvykle se vyskytuje hydrokéla (vodní kýla). (1,10)

3 Laparoskopická operace tříselné kýly

Extenzivně se rozvíjející laparoskopická technika zasáhla i do operací tříselné kýly. Narazila zde ovšem a občas ještě naráží na odpor některých chirurgů, kteří proti nové metodě argumentují vynikající výsledky klasického přístupu. Laparoskopie musela překonat názor, že klasická operace je natolik dokonalá, že není třeba nových metod.

Laparoskopická operace tříselné kýly sebou však přináší pro pacienta výhody obecně charakterizující laparoskopické metody. Mezi hlavní výhody patří rychlejší mobilizace nemocného, snížení pooperační bolestivosti, zkrácení doby pracovní neschopnosti a možnost rychlého návratu k normální nebo sportovní aktivitě. Dochází také k menší traumatizaci tříselných tkání a možnosti umístění sítě preperitoneálně (místě, které je nejvýhodnější z pohledu vzniku kýly).

Výhody laparoskopické operační techniky jsou pro pacienta přínosem, ale oproti klasické technice je více finančně náročná. (1,11,13)

3.1 Kontraindikace operačního řešení

Řada závažných onemocnění představují relativní nebo absolutní kontraindikaci laparoskopie.

- Hemokoagulační poruchy při jaterních, hematologických, renálních chorobách apod.
- Vážné srdeční a plicní choroby, zvláště doprovázené kardiopulmonální nedostatečností (kompenzovaná ICHS, stavy po IM nejsou kontraindikací)
- Těžká jaterní nebo renální insuficience
- Infekce kůže v místě pro zavedení laparoskopu nebo insuflační jehly.
- Velké hernie (mohou svou velikostí bránit založení kapnoperitonea)
- Extrémní obezita
- Šokový stav
- Gravidita
- Nekompenzovaný ascites

Věk není kontraindikací, záleží na přidružených chorobách. (1)

3.2 Anestezie u laparoskopických operací

Oproti klasické operaci tříselné kýly při které je anesteziologických možností celá škála se anestezie u laparoskopických operací zdá skromnější.

Epidurální anestezie se nezdá jako příliš vhodná neboť pacient negativně pociťuje bolest v ramenních kloubech při kapnoperitoneu či zvýšené respirační úsilí v Trendelenburgově poloze. Chirurgovi tento typ anestezie přináší nedostatečné uvolnění přední stěny břišní.

Ze zkušeností některých chirurgů vyplývá, že i lokální anestezie je možná ovšem v současné době se jako nejvýhodnější metoda jeví celková anestezie.

Možné anesteziologické obtíže jsou společné pro všechny laparoskopické operace. V souvislosti s nutností zavedení kapnoperitonea pod tlakem dochází ke změnám kardiovaskulárního a respiračního systému nebo problematice svalové relaxace či plynové embolii. Tuto problematiku je třeba mít na paměti a případně zvážit zda je pacient schopen výkon podstoupit.

Při anestezii u nemocných, kterým se má provádět laparoskopický chirurgický výkon je nutné aby byl anesteziolog seznámen s riziky, která jsou přímo spojena s operační technikou miniinvazivních výkonů. Znalosti anesteziologa o působení oxidu uhličitého na hemodynamiku a o technice operování jsou důležité pro předcházení vzniku peroperačních a pooperačních komplikací.

(1,4,5,10)

3.2.1 Změny spojené s kapnoperitoneem

Insuflovaný oxid uhličitý kraniálně vytlačuje bránici a tím zmenšuje plicní objem a funkční reziduální kapacita. Snižuje se plicní poddajnost a zvyšuje alveolární mrtvý prostor. Tím vzniká nepoměr mezi ventilací a perfuzí.

Dále CO₂ vyvíjí tlak na břišní aortu a následně se zvyšuje cévní rezistence a to především v arteriální oblasti. Srdce tedy pracuje proti většímu odporu a následně se snižuje srdeční výdej. Při vyšším nitrobřišním tlaku se též stlačuje dolní dutá žíla a následně dochází ke snižování žilního návratu a zhoršení distribuce kyslíku do organismu.

U pacienta s plným žaludkem může vzestup nitrobřišního tlaku vést k regurgitaci a aspiraci žaludečního obsahu do plic.

Absorpcí CO₂ z peritonea vzniká hyperkapnie a následně stoupá koncentrace katecholaminů. Dochází k tachykardii, zvýšení arteriálního tlaku a zvýšené spotřebě kyslíku myokardem. (4,9)

Zavedení kapnoperitonea

Pro možnost manipulace s nástroji je nezbytné vytvoření prostoru v dutině břišní. Insuflace dutiny břišní má svá rizika. Nejčastěji je Veressova jehla⁴ či první port zaváděn u pupku. Je třeba mít na paměti, že bifurkace aorty je v úrovni pupku, takže při zavádění Veressovy jehly nebo prvního trokaru může dojít k jejímu poranění. Zejména u kachektických pacientů se aorta může nacházet jen několik cm pod kůží. Insuflace CO₂ je po zavedení Veressovy jehly nebo portu zpočátku pomalá a ve spolupráci s anesteziologem je kontrolován stav pacienta. Při správném zavedení dochází k pomalému nárůstu tlaku v závislosti na objemu insuflovaného plynu. Při dobré toleranci následuje standartní rychlost insuflace.(4,9)

3.3 Operační techniky

3.3.1 Technika bez napětí pomocí implantátu

Jako první publikoval svou zkušenost Američan Irving L. Lichtenstein. Je to plastika tříselné kýly, při níž vsíváme do kýlní branky implantát. Používá se u klasického i laparoskopického řešení tříselné kýly. Rozdíl kromě operačního přístupu je v umístění sítě. U klasické operace kryje síťka kýlní branku zepředu zatímco při laparoskopii zezadu.

Lichtensteinova plastika je tzv. alloplastika, kde místo svalových, šlachových a aponeurotických struktur tříselného kanálu, které se při normální plastice přisívají pod určitým napětím k sobě, tak při této plastice je k těmto vypreparovaným strukturám

⁴ Příloha č.4 Veressova jehla

přišita nejčastěji polypropylenová síťka⁵. Existují i další speciální implantáty, ale záleží na dodavatelské firmě, zvycích a zkušenostech chirurga. přišita nejčastěji polypropylenová síťka⁵. Existují i další speciální implantáty, ale záleží na dodavatelské firmě, zvycích a zkušenostech chirurga.

Výhodou techniky je uzávěr kýlní branky bez napětí, vznik pevné jizvy a menší počet recidiv než u klasické operace.

Nevýhodou této techniky je vyvíjení interakce organismu a implantátu. V případě vzniku infekce je prakticky vždy nutné implantát odstranit.

Reakce organismu na implantát je různá. Polypropylenová síťka je pevná, vyvolává mohutný fibroproliferativní proces a tento je pak druhotně příčinou pevnosti plastiky. Na síťku polyesterovou reaguje organismus stejně. Karcinogenní účinky nebyly prokázány ani u jednoho z materiálů. (1,12,13)

3.3.2 Smotková (plug) metoda

Tímto způsobem poprvé operoval L.Schultz. Jde o metodu při které je po repozici a excizi kýlního vaku vložen různě tvarovaný a upravený smotek (plug) z nevstřebatelného polypropylenu. Smotek je překrýván okolním peritoneem nebo ještě navíc překryt další záplatou.

Metoda byla často obměňována pro neúnosný počet recidiv. Hlavními nevýhodami je neošetřený anulus a hmatný smotek v třísele napodobující kýlu.

I přes svou jednoduchost byla metoda většinou chirurgů opuštěna. (1)

3.3.3 Intraperitoneální onlay mesh (IPOM)

Jedná se o metodu kdy je záplata přímo položena na peritoneum v místě defektu. V počátku byla použita jako záplata tvrdá plena mozková L.Poppem, později už R.Fitzgibbon použil polypropylen.

⁵ Příloha č.5 Polypropylenová síťka

Největší předností je snadnost a rychlost jejího provedení. Sítka o dostatečné velikosti je přiložena na oblast defektu bez odpreparování peritonea. V různých úpravách je fixována. To buď stehy nebo svorkami.

Nejvýznamnější změnou je použití polytetrafluoroethylenu jako meshe (sítě). Fólie převrácená do břišní dutiny má vlastnosti snižující riziko adhezí se střevem a druhá strana pak podporuje fibrotizaci v okolí a tedy vhojení s tríselnými strukturami.

Problematicky fixovaná záplata, která často vede k recidivám, ekonomická náročnost metody a obavy ze vzniku pooperačního ileu vedou k tomu, že použití této metody je omezené. (1,5,7,9)

3.3.4 Transabdominální přístup (TAPP)

Velkou výhodou této metody je výborný přehled.

Pacient leží na zádech a je sklopen do mírné Trendelenburgovy polohy. Operaci zahajujeme založením kapnoperitonea vpichem u pupku Veressovou jehlou. Jako první se zkontroluje břišní dutina. Posléze je v tomto místě zaveden port pro 5mm (někdy 10mm) videooptiku. Následně jsou kontralaterálně od hernie (tedy u pravostranné hernie v levém mesogastriu a naopak) umístěny dva 5mm porty pro pracovní nástroje. Znovu se klasifikuje typ kýly a následuje preparace kýlního vaku. Vždy je snaha vypreparovat celý kýlní vak a vtáhnout ho do dutiny břišní. Dalším důležitým krokem je získání dostatečného prostoru v preperitoneální oblasti k uložení sítě. Potřebná je dostatečně velká síťka, tak aby okraj přesahoval 1 – 2 cm vnitřní kýlní branku aby tak byla splněna podmínka metody tension-free. Na závěr je potřeba síťku peritonealizovat přiložením peritoneálního laloku zpět k břišní stěně. Tak se zabráni přímému styku sítě se střevem a sníží se možný vznik pooperačního ileu. Redonův drén se vkládá výjimečně. (1,5,6)

3.3.5 Úplný extraperitoneální přístup (TEP)

Představuje druhý nejrozšířenější způsob laparoskopické hernioplastiky.

Poloha pacienta je stejná jako u TAPP. Jedinou odlišností od transabdominálního přístupu je ta, že se postupně prochází skrz stěnu břišní až do prostoru mezi fascií a peritoneem, které zůstává neporušeno, a do tohoto prostoru se insufluje CO₂. Další

postup je prakticky totožný s metodou TAPP. Výhodou této metody TEP je, že není potřeba kapnoperitonea a tím odpadají nežádoucí účinky na celkový stav pacienta jako je vyšší nitrobřišní tlak apod. Dále již není nutnost peritonealizace sítě. Výkon je prováděn mimo dutinu břišní, tím se snižuje riziko poranění nitrobřišních orgánů.

Za nevýhodu této metody se považuje obtížná počáteční direkce, kdy je třeba určitých zkušeností s tupým preparováním preperitoneálního prostoru. (1,6,7,9)

3.4 Komplikace

Vedle všeobecně známých komplikací, které jsou společné pro všechny laparoskopické výkony, existuje několik specifických komplikací.

I ve zkušených rukou je počet komplikací prakticky srovnatelný jak u klasické tak i laparoskopické techniky, ale závažnost komplikací je u laparoskopické metody vyšší. (1)

3.4.1 Peroperační komplikace

Poranění cév je vzácná, ale život ohrožující komplikace. K poranění cév může dojít zejména při začátku operace kdy je zaváděna Veressova jehla. Dalšími příčinami může být nedostatečné kapnoperitoneum, nesprávná poloha nemocného nebo nezkušenost chirurga. Při známkách masivního krvácení musí být provedena konverze na otevřený výkon s revizí a ošetřením poraněných cév.

K poranění střeva může dojít opět při zavádění Veressovy jehly a prvního trokaru a nebo při rozrušování adhezí. Při neodhaleném poškození střeva dojde ke vzniku sterkorální peritonitidy, abscesu nebo píštěly.

Málo časté je poranění močového měchýře. Dochází k němu pokud je měchýř nedostatečně vyprázdněn. (1)

3.4.2 Pooperační komplikace

Jsou zřejmě ovlivňovány získanými zkušenostmi. Důležité je také rozlišit, co lze za pooperační komplikace považovat a co ne.

Recidiva kýly, její příčinou nejčastěji bývá malý rozměr síťky, dále nedokonalá fixace, kýla v otvoru síťky vytvořeném pro prostup spermatických struktur, přehlédnutá další kýla a ponechaný preperitoneální lipom. Nemusí činit žádné obtíže, ale rozsáhlé lipomy obtíže činí, proto je nutná důkladná revize a odstranění lipomu, aby nedocházelo k falešným recidivám. Tuto komplikaci je možné řešit opět laparoskopickým přístupem.

Preperitoneální absces, serom nebo hematoma se klinicky projevuje hmatnou rezistencí v třísle po operaci, kterou nelze reponovat. V případě abscesu k tomu nasedají známky zánětu místní i celkové. Absces a serom se léčí podle výše zmíněných postupů, u hematomu je často možnost postupovat konzervativně.

Příčinou vzniku hydrokély je ponechaná část kýlního vaku. Vzniku hydrokély se dá předoperačně předejít pečlivou operační technikou a vložením Redonova drénu. Pooperačně lze hydrokély punktovat či drénovat.

Další možnou komplikací je poperační neuralgie. Nejčastěji bývá poškozen genitofemorální nerv, méně často pak nervus ilioinguinalis a nervus cutaneus femoris lateralis. Poškození vzniká při preparaci nebo fixaci síťky svorkami. Na druhou stranu laparoskopická operace dává možnost tyto nervové struktury perioperačně revidovat, a tedy snížit pravděpodobnost jejich poranění.

Ischemická orchitida je vzácná komplikace a často bývá přehlédnutelná. Vzniká jako následek poranění cévního zásobení varlete. Projevuje se bolestí a zvětšením varlete na operované straně. Může vyústit v atrofii varlete. Léčba spočívá v podávání analgetik a studených obkladů.

Jako časná i pozdní raritní komplikace bývá rejekce síťky. Častější je časná komplikace, která bývá spojena s infekcí síťky.

Závažnou komplikací všech hernioplastik, bez ohledu na přítomnost cizího materiálu, je infekce v ráně. Může být způsobena bakteriální kontaminací hematomu v ráně, kontaminací použitého cizího materiálu, intolerancí šicího materiálu. Infekce v ráně bývá též častou příčinou recidivy.

Proti infekci bojujeme nejen šetrnou operační technikou, přísně aseptickým zacházením z umělým materiálem, ale také peroperační antibiotickou profylaxí.

V případě rozvoje infekce kolem umělého materiálu je možné vyléčit infekci zavedením perkutánní laváže a drenáže. Při neúspěchu této metody je pak nutná explantace cizího materiálu. (1)

4 Ošetrovatelská péče

4.1 Předoperační péče

4.1.1 Dlouhodobá ošetrovatelská péče

Jedná se o dlouhodobou přípravu pacienta před operací, zahrnuje časové období delší než 24 hodin. Jde hlavně o předoperační vyšetření v rámci předoperační přípravy, které zajišťuje praktický lékař. Toto vyšetření zahrnuje – rentgen srdce a plic, odběr biologického materiálu (vyšetření krevního obrazu a základní biochemické vyšetření krve a moče), EKG.

Na základě těchto výsledků se provádí interní vyšetření, kdy se lékař vyjádří k tomu, zda je pacient schopen podstoupit operační výkon a jestli je potřeba kompenzace přidružených onemocnění.

Neopomenutelná je i psychická příprava pacienta (poučení, zodpovězení dotazů a nejasností) přesto, že jde o jednu z nejčastějších operací. (3,15)

4.1.2 Krátkodobá předoperační péče

Odehrává se již v nemocnici, jde o období 24hodin před operací. Příjem pacienta provádí lékař, který provede celkové vyšetření pacienta a zkontroluje, zda má pacient aktuální výsledky předoperačního vyšetření a doporučení interního lékaře, které nesmí být starší 14 - ti dnů.

Lékař také nemocnému vysvětlí možnosti operace, zodpoví dotazy nemocného a na základě tohoto pacient podepisuje souhlas s operací.

Na oddělení pak sestra s pacientem sepíše ošetrovatelskou dokumentaci, seznámí ho s chodem oddělení a uloží ho na lůžko. Večer před operací sestra poučí pacienta, že od půlnoci nesmí jíst, pít a kouřit. V případě laparoskopické operace dá sestra na noc pacientovi do pupku tampon s dezinfekcí.

Nemocného také navštěvuje anesteziolog, který poučí nemocného ohledně anestézie a zodpoví případné nejasnosti (pacient podepisuje souhlas s anestézií), také ordinuje premedikaci a premedikaci.

4.1.3 Bezprostřední ošetrovatelská péče

Znamená péči v den operace, čili těsně před operací.

Sanitář ráno na oddělení (někdy až na operačním sále) nemocnému oholí oblast operačního pole (třísla a břicho).

Pacient je poučen o odstranění všech šperků (hodinky, řetízky, náušnice), zubní protézy a svlečení.

Před premedikací vyzve sestra pacienta aby se šel vymočít a znovu zkontroluje zda pacient odstranil všechny šperky a jestli je odstraněna zubní náhrada. Poté přiloží bandáže nebo pomůže pacientovi natáhnout stahovací punčochy.

Po aplikaci premedikace pacient již nevstává z lůžka a je odvezen na operační sál.
(3,15)

4.2 Pooperační péče

4.2.1 Bezprostřední pooperační péče

Bezprostřední pooperační péče začíná při předání pacienta z operačního sálu na dospávací pokoj kde je pacient pod stálým dohledem.

Hlavními život ohrožující komplikace v tomto období jsou akutní pulmonální a vaskulární komplikace spolu s poruchami rozložení tekutin.

Dohled nad pacientem zajišťuje sestra, chirurg i anesteziolog. Základní sledované parametry jsou krevní tlak, puls, dechová frekvence, saturace kyslíkem, stav vědomí a barva kůže.

Všechny pokyny o léčbě a monitoraci pacienta které směřují na dospávací pokoj musí být náležitě rozepsány a podepsány. (3,15)

4.2.2 Krátkodobá pooperační péče

Jedná se již o péči na oddělení, kdy je i nadále pacient po převozu z dospávacího pokoje sledován. Nemocný vyžaduje zvýšený a pravidelný dohled po zbytek dne a následně i noci.

Pravidelně se monitoruje krevní tlak, pulz, dech, stav vědomí, prosakování obvazu, bolest a vyprazdňování močového měchýře. Nemocný by se měl do 6-10 hodin po

výkonu vymočit. Pokud to není možné je vhodné zvážit jednorázové cévkování. V případě potřeby jsou nemocnému aplikovány analgetika dle ordinace lékaře. Analgetika sestra aktivně nabízí, ale sám pacient ví nejlépe, kdy je a není potřeba léků na bolest. Proto je vhodné se s nemocným domluvit, aby si o analgetika v případě potřeby řekl.

Pít a vstávat může pacient po 6 hodinách od operace. U prvního vstávání by měla být přítomna sestra a aktivizace by měla proběhnout nejdéle ráno po operaci, jako prevence komplikací. (3,15)

4.2.3 Dlouhodobá pooperační péče

Zahrnuje období od druhého dne po operaci až do doby úplné rekonvalescence. Stále musíme myslet na léčbu bolesti a podávání analgetik, protože bolest může nemocného demotivovat k aktivizaci.

První pooperační den u nekomplikovaných tříselných kýl má nemocný dietu 0 nebo 0dia. Další dny už pacient dostává dietu 3. Pacient by se však měl vyhýbat citrusovým plodům a nadýmavé stravě.

V případě inkarcerace hernie je zátěž dietou řízena typem výkonu.

V průběhu hospitalizace se provádí pravidelné převazy rány, přičemž se kontrolují vpichy zda nevzniká infekce.

Vytažení stehů po 7-10 dnech již bývá ambulantně. Pacient se před propuštěním z nemocnice poučen lékařem i setrou o pohybovém režimu, zvedání těžkých břemen, zvládání bolesti, péči o ránu a dietním opatřením. (3,15)

Praktická část

5 Výzkumná část

Další část této bakalářské práce tvoří výzkumná část. Tato část zahrnuje cíl výzkumu, metodiku výzkumného šetření ve které jsou uvedeny zdroje odborných poznatků, charakteristika souboru respondentů, metoda a realizace šetření, zpracování a interpretace získaných dat. Závěr je věnován diskuzi.

5.1 Cíl výzkumu

Cílem praktické části je zjistit jaké povědomí mají všeobecné sestry o výhodách a nevýhodách laparoskopické operace, zda si jsou vědomy vzniku možných komplikací a jakým způsobem předcházejí jejich vzniku. Dále zjišťuje jak probíhá edukace nemocného v pooperačním období.

Cíle výzkumu:

- 1) Zjistit jaké znalosti mají sestry o výhodách a nevýhodách laparoskopické operace
- 2) Zjistit na co se sestry nejčastěji zaměřují při prevenci pooperačních komplikací
- 3) Zjistit o čem a jak sestry informují pacienta v pooperačním režimu

Předpoklady:

- 1) Předpokládám, že více jak 75% sester je informována o výhodách a nevýhodách laparoskopické operace.
- 2) Předpokládám, že více jak 50% sester se při prevenci pooperačních komplikací nejčastěji zaměřuje na zamezení vzniku infekce.
- 3) Domnívám se, že více jak 75% sester nejčastěji informuje pacienta o změně diety a to formou rozhovoru.

5.2 Metodika

5.2.1 Zdroje odborných poznatků

Odborné informace a údaje nezbytné k vytvoření dotazníku určeného k výzkumnému šetření vznikly nastudováním odborné literatury, článků a internetových stránek. Veškeré zdroje jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

5.2.2 Soubor respondentů

Zkoumaný soubor tvořili všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení. Dotazníky byly rozdány všeobecným sestrám pracujícím na chirurgických odděleních oblastní nemocnice v Trutnově, oblastní nemocnice Náchod a krajské nemocnici v Pardubicích. Celkový počet respondentů byl 50 všeobecných sester. Z toho bylo 47 sester z Oblastní nemocnice Trutnov, dvě z Oblastní nemocnice Náchod a jedna sestra z Krajské nemocnice Pardubice.

5.2.3 Užitá metoda šetření

Při zpracování praktické části byla použita kvantitativní metoda výzkumu technikou anonymního dotazníku⁶. Dotazníky byly respondentům předávány osobně v tištěné formě v nemocnicích v Trutnově, Náchodě a Pardubicích. Respondenti své odpovědi zaznamenávali kroužkováním do tištěné formy. V případě polouzavřených a otevřených odpovědí měli respondenti možnost vepsat své odpovědi do určeného místa.

Dotazník byl tvořen 16 otázkami. Při vypracování byly použity typy otevřených, polouzavřených, uzavřených a filtračních otázek. První tři otázky byly identifikačního charakteru. Zaměřovaly se na délku pracovního poměru ve zdravotnictví a chirurgickém oddělení a zjišťovalo se nejvyšší dosažené vzdělání. Otázka číslo 4 zjišťovala zda se sestry dostávají do kontaktu s laparoskopickou technikou operace. Otázky č.5, 6 a 7 byly postaveny tak aby zjistily jaké informace mají sestry o výhodách a nevýhodách, které sebou laparoskopie přinášejí. Následující otázky č. 8, 9, 10, 11 a 12 se zaměřují na informovanost sester o pooperačních komplikacích, na které se nejčastěji zaměřují a

⁶ Příloha č.6 Dotazník

jakým způsobem jim předchází. Poslední zkoumaná oblast týkající se edukace pacienta o pooperačním režimu byla zahrnuta v otázkách č. 13, 14, 15 a 16.

Dotazník byl vypracován samostatně za dohledu vedoucího bakalářské práce Mudr. Miroslava Baadera. Věcnost a srozumitelnost otázek byla ověřena původní verzí dotazníku formou 10 rozdaných dotazníků na chirurgické oddělení v Oblastní nemocnici Trutnov. Po tomto průzkumu byly některé otázky pozměněny. Po úpravě byl dotazník rozdán respondentům.

5.2.4 Předvýzkum

Samotnému zahájení tohoto výzkumu předcházel pilotní výzkum do kterého bylo zařazeno 10 všeobecných sester. Předvýzkum probíhal na chirurgickém oddělení v oblastní nemocnici v Trutnově. Plánovala jsem, že celkový vzorek dotazovaných bude tvořit 50 sester. Tento výzkum nebyl použit jako zdroj informací k vyhodnocení výzkumné části, ale jako podpůrná metoda ke zjištění názorů a postojů respondentů k dané problematice. Zpracování dat je proto velmi jednoduché a spíše přehledové⁷.

5.2.5 Realizace šetření

Výzkumné šetření probíhalo v období únor-březen 2013. Dotazníky byly osobně rozdány sestrám a vyplněné byly vráceny do mých rukou.

5.2.6 Zpracování získaných dat

Data získaná z výzkumného šetření byla zpracována ručně a zadána do četnostní tabulky programu Microsoft Excel. Dále byly data převedena do jednotlivých tabulek s absolutní a relativní četností. K vypracování jednotlivých tabulek a grafů nám posloužily programy Microsoft Word a Microsoft Excel.

⁷ Příloha č. 7 Předvýzkum

5.2.7 Interpretace získaných dat

V následující podkapitole budou postupně uvedeny a rozebrány všechny otázky dotazníku sloužícího k výzkumnému šetření. Otázky budou uvedeny v plném znění a získaná data budou znázorněna pomocí tabulek a grafů a bude k nim připojen komentář.

Otázka č.1 Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví

Otázka je zaměřena na zjištění délky praxe respondentů ve zdravotnictví. Pro kvalitní práci je potřeba dostatek zkušeností. Oproti tomu mladší všeobecné sestry mohou mít výhodu v novějších znalostech a novějších technických možnostech.

Tabulka č. 1 Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 - 5 let	17	34,0%
5 - 15 let	20	40,0%
15 - 30 let	9	18,0%
30 a více let	4	8,0%
Celkem	50	100,0%

Z tabulky vyplývá, že nejpočetnější skupinou z celkového počtu dotazovaných sester byly ty s délkou praxe mezi pátým až patnáctým rokem (40%). Druhou nejpočetnější skupinou byly sestry s délkou praxe do pěti let (34%). Délku praxe mezi 15 a 30 letem uvedlo 9 sester (18%). Zbýlé 4 dotazované (8%) přesáhly délku praxe 30 let.

Otázka č. 2 Jak dlouho pracujete na chirurgickém oddělení?

Tato otázka též zjišťuje délku praxe, ale tentokrát na chirurgickém oddělení.

Tabulka č. 2 Délka praxe na chirurgickém oddělení

	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 - 5 let	18	36,0%
5 - 15 let	19	38,0%
15 - 30 let	9	18,0%
30 a více let	4	8,0%
Celkem	50	100,0%

V této otázce měly opět největší zastoupení sestry s délkou praxe mezi 5-15 rokem. Tuto odpověď uvedlo 18 sester (36%). Druhou nejpočetnější skupinou tvořily sestry s délkou praxe do 5 let. Takto odpovědělo 19 (38%) sester. V 9 případech (18%) respondenti uvedli, že na chirurgickém oddělení pracují mezi 15-30 lety. Nejmenší zastoupení měla skupina čtyř dotazovaných (8%), kteří pracují na chirurgickém oddělení déle než 30 let.

Otázka č. 3 Jaké máte nejvyšší ukončené vzdělání?

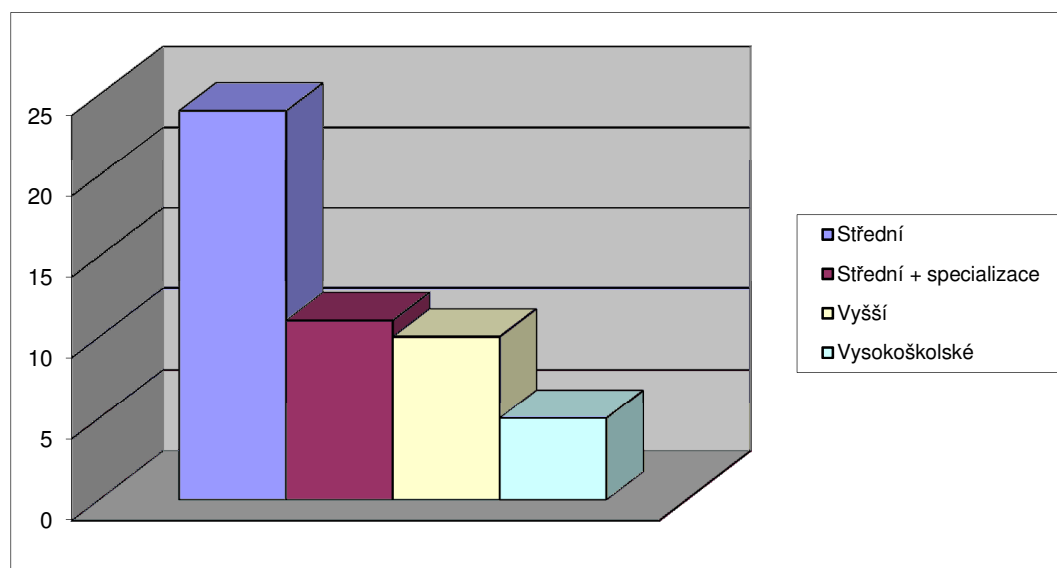
Tato otázka mapuje stupeň vzdělání dotazovaných všeobecných sester. Pro kvalitní péči je důležité aby všeobecné sestry měly odpovídající kvalifikaci.

Tabulka č.3 Nejvyšší ukončené vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední	24	48,0%
Střední + specializace	11	22,0%
Vyšší	10	20,0%
Vysokoškolské	5	10,0%
Celkem	50	100,0%

Z celkového počtu dotazovaných uvedlo 24 sester (48%) jako své nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. Dalších 11 sester (22%) absolvovalo spolu se střední školou

specializaci. 10 sester (20%) mělo ukončené vyšší vzdělání a vysokoškolsky vzdělaných sester bylo 5 (10%).



Graf č.1 Nejvyšší ukončené vzdělání

Otázka č. 4 Setkáváte se často s laparoskopickou operací tříselné kýly?

Výše uvedená otázka zjišťovala jak často dotazované sestry přicházejí do styku s laparoskopickou operací tříselné kýly.

Tabulka č.4 Jak často se sestry setkávají s laparoskopickou operací tříselné kýly

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Často	35	70,0%
Zřídka	15	30,0%
Celkem	50	100,0%

Z celkového počtu dotazovaných se s touto metodou setkává často 35 sester (70%). Zbýlých 15 (30%) se s laparoskopickou operací setkává zřídka.

Otázka č. 5 Domníváte se, že je laparoskopická operace výhodnější než klasická operace?“

Tabulka uvádí, že většina dotazovaných sester se domnívá, že laparoskopická operace je oproti klasické operaci výhodnější. Jako výhodnější metodu ji uvedlo 47 (94%) dotazovaných sester. Pouze 3 sestry (6%) nepovažují laparoskopickou operaci za výhodnější.

Tabulka č. 5 Je laparoskopická operace výhodnější než klasická?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	47	94,0%
Ne	3	6,0%
Celkem	50	100,0%

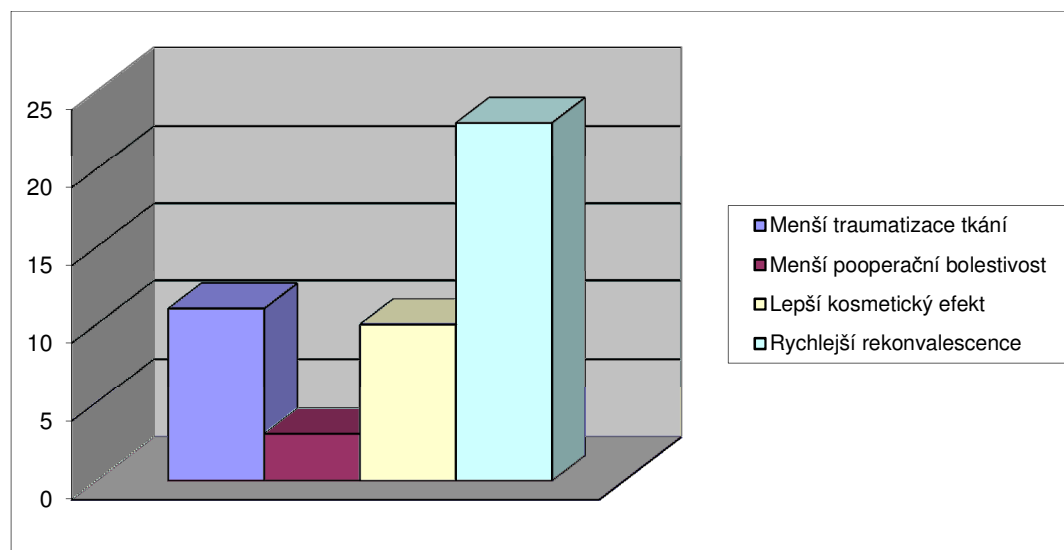
Otázka č.6 Co považujete za výhodu laparoskopické operace pro pacienta?

Otázka číslo 6 mapuje co za výhody podle sester přináší laparoskopická operace pacientům. Na tuto otázku odpovídalo pouze 47 sester jelikož 3 sestry z celkového počtu se domnívaly, že laparoskopická operace není výhodnější. Tato otázka byla otevřená a sestry do ní mohly vpisovat své názory.

Tabulka č.6 Výhody laparoskopické operace.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Menší traumatizace tkání	11	23,4%
Menší pooperační bolestivost	3	6,4%
Lepší kosmetický efekt	10	21,3%
Rychlejší rekonvalescence	23	48,9%
Celkem	47	100,0%

Jak tabulka ukazuje, nejčastěji sestry uváděly jako výhodu rychlejší rekonvalescenci a to ve 23 případech (48,9%). Jako další výhodu uvedlo 10 sester (21,3%) lepší kosmetický efekt. Menší traumatizaci tkání za výhodu považuje 11 sester (23,4%). Nejméně zmiňovaná byla menší pooperační bolestivost, kterou uvedly 3 sestry (6,4%).



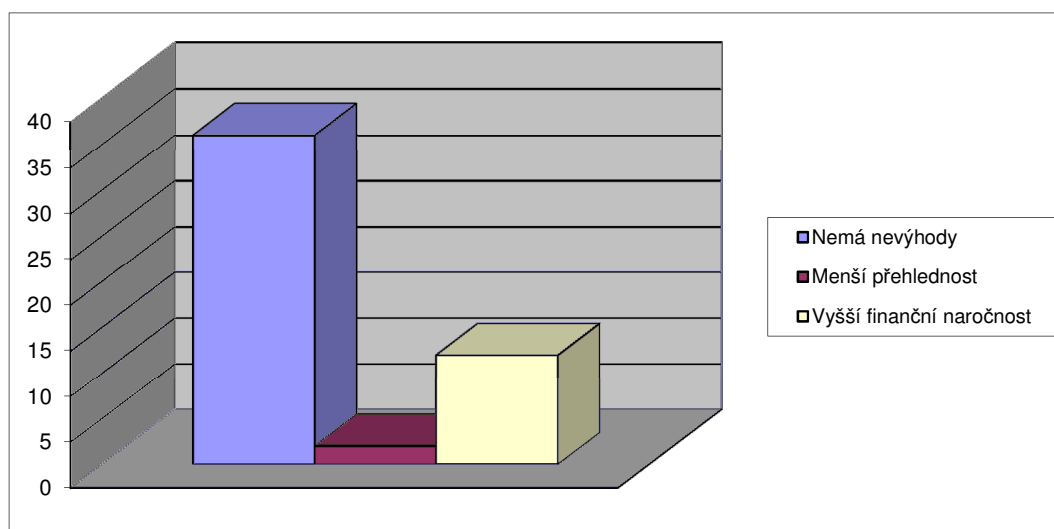
Graf č.2 Výhody laparoskopické operace

Otázka č.7 Jaká je podle Vás nevýhoda laparoskopie

Tato otázka měla za úkol zjistit zda jsou sestry obeznámeny s nevýhodami laparoskopické operace. Otázka byla otevřená a sestry zde opět mohly vpisovat své názory. Otázka byla formulována jako otevřená z důvodu zjištění informovanosti dotazovaných o této problematice.

Tabulka č.7 Nevýhody laparoskopie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nemá nevýhody	36	72,0%
Menší přehlednost	2	4,0%
Vyšší finanční náročnost	12	24,0%
Celkem	50	100,0 %



Graf č.3 Nevýhody laparoskopie

Získané výsledky ukazují, že 36 sester (72%) se domnívá, že laparoskopie žádné nevýhody nemá. Vyšší finanční náročnosti si je vědomo 12 sester (24%) a menší přehlednost jako nevýhodu uvedly 2 sestry (4%).

Otázka č.8 Myslíte si, že laparoskopická operace může být provázena pooperačními komplikacemi?

Výše uvedená otázka zjišťuje zda si jsou sestry vědomy možnosti vzniku pooperačních komplikací. Z výsledku je patrné, že si sestry toto riziko uvědomují. Všechny dotázané sestry (100%) se domnívají, že u laparoskopická operace můžou nastat pooperační komplikace.

Tabulka č.8 Možnost pooperačních komplikací

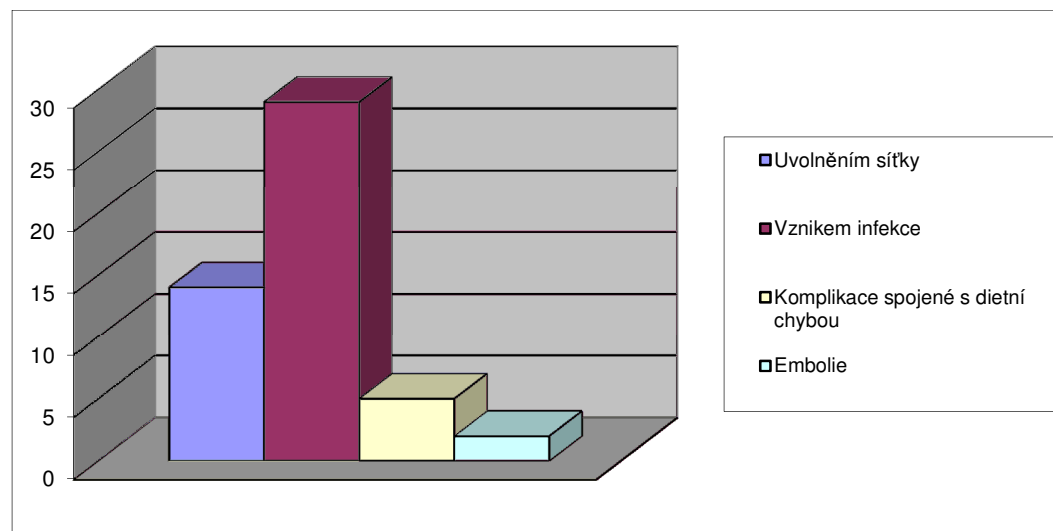
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	50	100,0%
Ne	0	0,0%
Celkem	50	100,0%

Otázka č. 9 Jakou pooperační komplikací může být podle Vás pacient nejčastěji ohrožen?

V této otázce sestry uváděly kterou pooperační komplikací může být podle nich pacient nejčastěji ohrožen. Získaná data ukazují, že podle sester je pacient nejčastěji ohrožen vznikem infekce. Tuto možnost si zvolilo 29 dotazovaných (58%). Jako další možnou komplikaci si vybralo 14 sester (28%) uvolnění sítě. Komplikace spojené s dietní chybou označilo 5 sester (10%) a možnost embolie 2 sestry (4%).

Tabulka č.9 Pooperační komplikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Uvolněním sítě	14	28,0%
Vznikem infekce	29	58,0%
Komplikace spojené s dietní chybou	5	10,0%
Embolie	2	4,0%
Celkem	50	100,0%



Graf č.4 Pooperační komplikace

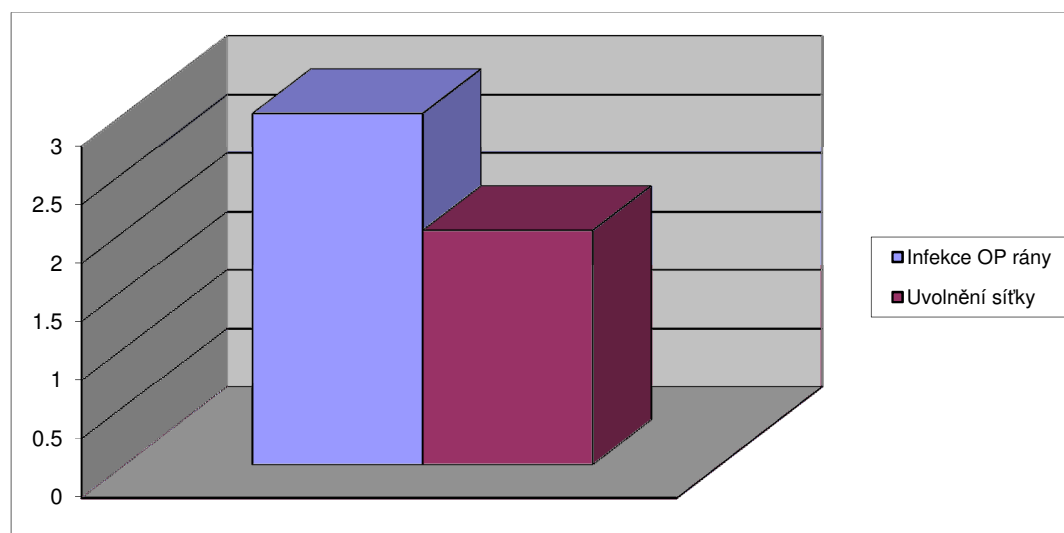
Otázka č.10 Už jste se s nějakou pooperační komplikací setkala?

Otázka zjišťovala, zda se sestry s nějakou pooperační komplikací setkaly. Otázka byla polouzavřená a při odpovědi ANO respondenti uváděli konkrétní komplikaci.

Tabulka č.10 Četnost setkání s pooperační komplikací

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	5	10,0%
Ne	45	90,0%
Celkem	50	100,0%

Tabulka ukazuje, že 45 sester (90%) se s žádnou pooperační komplikací doposud nesetkalo. Zbýlých 5 sester (10%) se už v minulosti s nějakou komplikací setkalo. Níže uvedený graf ukazuje, že s infekcí operační rány se setkaly 3 z dotazovaných sester a s uvolněním síťky se setkaly 2 sestry.



Graf č.5 Pooperační komplikace se kterou se sestry setkaly

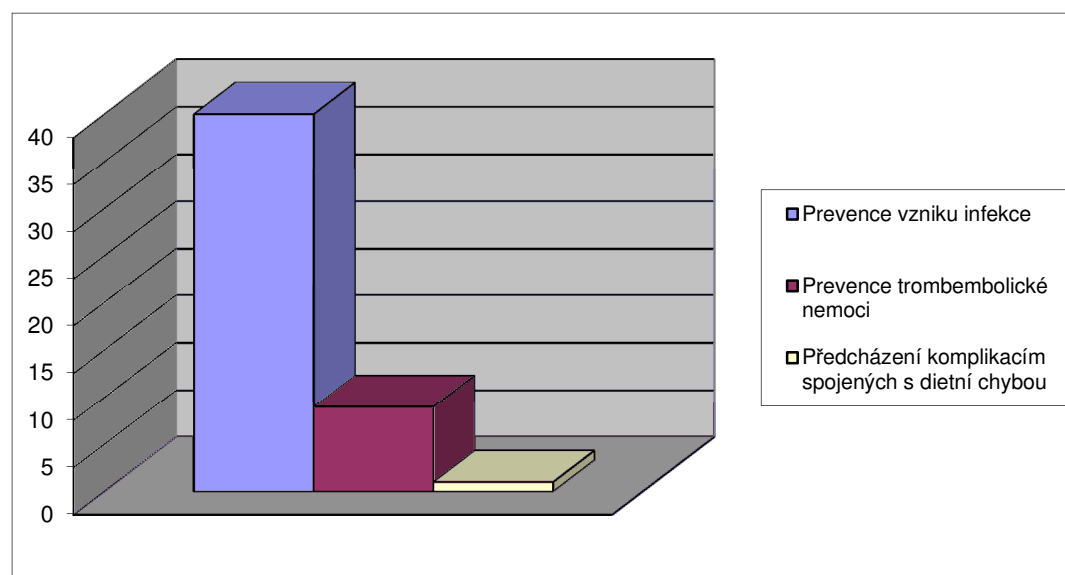
Otázka č.11 Na co se nejčastěji zaměřujete při prevenci pooperačních komplikací?

Důležitou součástí ošetrovatelského procesu je prevence vzniku možných pooperačních komplikací. Tato otázka si kladla za cíl zjistit, na co se sestry při jejich prevenci nejčastěji zaměřují.

Tabulka č.11 Prevence pooperačních komplikací

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Prevence vzniku infekce	40	80,0%
Prevence trombembolické nemoci	9	18,0%
Předcházení komplikacím spojených s dietní chybou	1	2,0%
Celkem	50	100,0%

Nejčastěji zmiňovanou odpovědí byla prevence vzniku infekce a to 40x (80%). Dalších 9 sester (18%) si klade za cíl předcházet vzniku trombembolické nemoci. Pouze jedna sestra (2%) jako svou odpověď uvedla předcházení komplikacím spojených s dietní chybou.



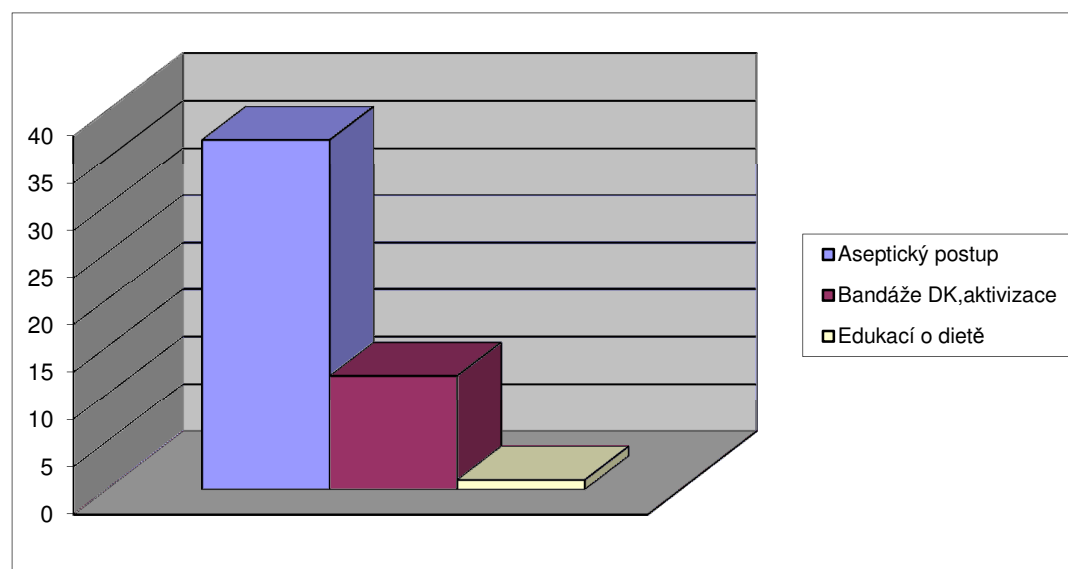
Graf č.6 Prevence pooperačních komplikací

Otázka č.12 Jak předcházíte pooperačním komplikacím?

Operační zákrok sebou nese možné pooperační komplikace. Ve výše uvedených otázkách sestry uvedly, že si jsou vědomi možnosti vzniku pooperačních komplikací a také uvedly na které z nich nejčastěji zaměřují svou pozornost. Otázka číslo 12 mapovala jakým způsobem proti pooperačním komplikacím bojují.

Tabulka č.12 Způsob prevence pooperačních komplikací

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Aseptický postup	37	74,0%
Bandáže DK,aktivizace	12	24,0%
Edukací o dietě	1	2,0%
Celkem	50	100,0 %



Graf č.7 Preventivní opatření

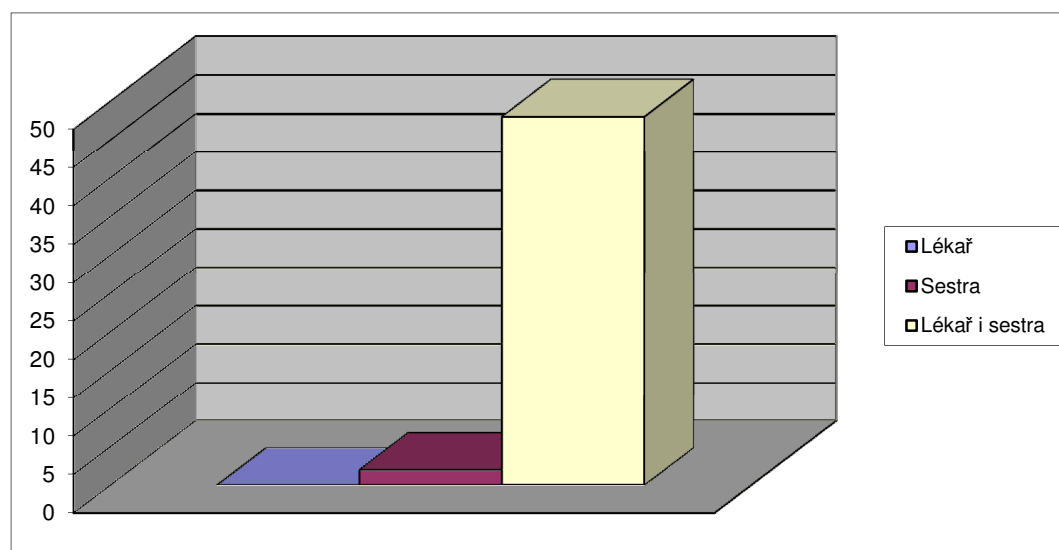
Z celkového počtu 50 dotazových jich 37 (74%) uvedlo, že nejčastěji pooperačním komplikacím předcházejí aseptickým postupem při převazování operačních ran. V pořadí druhou nejčastěji uváděnou odpovědí byla včasná aktivizace pacienta a bandáže dolních končetin. Takto odpovědělo 12 sester (24%). Preventivní opatření v podobě edukace pacienta uvedla jedna sestra (2%).

Otázka č.13 Kdo edukuje pacienta o pooperačním režimu

Otázka, která byla v dotazníku uvedena v pořadí 13. zjišťovala, zda se dotazované sestry podílejí na edukaci pacienta. Z níže uvedeného výsledku je patrné, že na edukaci se podílí sestra společně s lékařem. Tuto možnost si vybralo 48 (96%) z celkového počtu 50 dotazovaných. 2 sestry(4%) se domnívaly, že pacienta edukuje pouze sestra a žádná z respondentek se nedomnívá, že pacienta edukuje pouze lékař.

Tabulka č.13 Kdo edukuje pacienta o pooperačním režimu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lékař	0	0,0%
Sestra	2	4,0%
Lékař i sestra	48	96,0%
Celkem	50	100,0 %



Graf č. 8 Edukace pacienta

Otázka č.14 Jaký způsob předávání informací upřednostňujete?

Tato otázka se má za cíl zjistit jaký způsob předávání informací sestry upřednostňují. Různí pacienti vyžadují různé způsoby edukace. Některým pacientům stačí pouze ústní předání informací a jiní potřebují i formu písemnou.

Tabulka č.14 Způsob předávání informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhovor	43	86,0%
Informační leták	0	0,0%
Rozhovor+informační leták	7	14,0%
Celkem	50	100,0 %

Jako nejčastější způsob předávání informací uvedlo 43 (86%) rozhovor. Rozhovor spojený s informačním letákem upřednostňuje 7 sester (14%). Ani jedna dotazovaná neuvedla, že by prováděla edukaci pouze za pomoci informačního letáku.

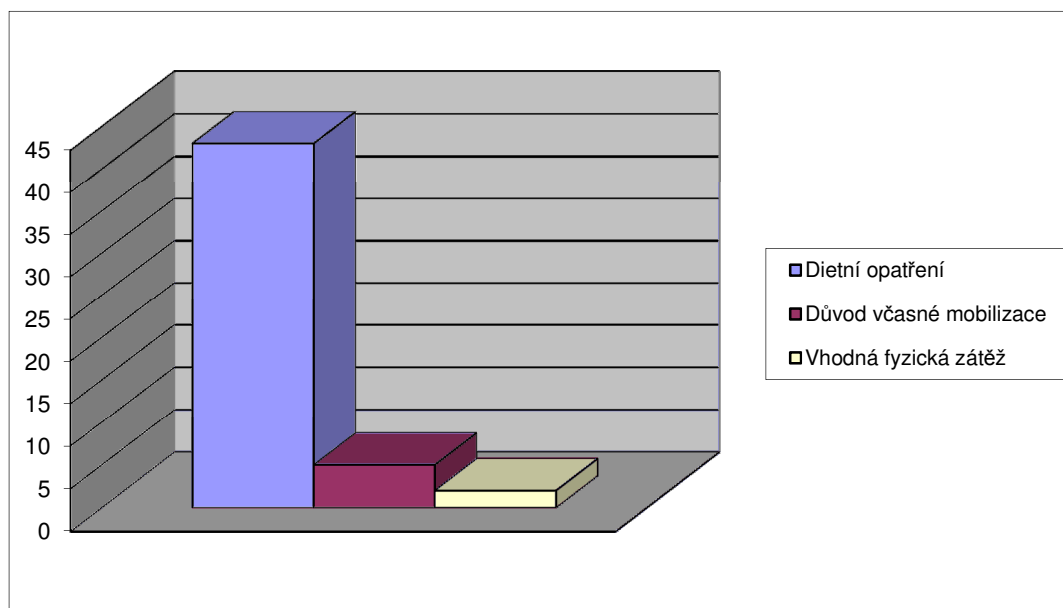
Otázka č.15 Na co se nejčastěji zaměřujete při edukaci pacienta o pooperačním režimu?

Za důležitý aspekt v pooperační péči považujeme důslednou edukaci pacienta. Výše uvedená otázka se dotazuje na obsah edukace, kterou sestra pacientovi poskytuje. Záměrem této otázky bylo zjistit co je podle sester důležité pacientovi sdělit a o čem důkladně poučit.

Tabulka č.15 Zaměření edukace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dietní opatření	43	86,0%
Důvod včasné mobilizace	5	10,0%
Vhodná fyzická zátěž	2	4,0%
Celkem	50	100,0 %

Z tabulky plyne, že dotazované sestry se při edukaci pacienta nejčastěji zaměřují na poučení o dietním opatření. Tuto možnost uvedlo 43 (86%) sester. Méně často se vyskytlo poučení pacienta o důvodu včasné mobilizace a to v 5 případech (10%). Nejméně respondenti uváděli doporučení o vhodné fyzické zátěži. Tuto možnost si zvolily dvě sestry (4%).



Graf č.9 Obsah edukace

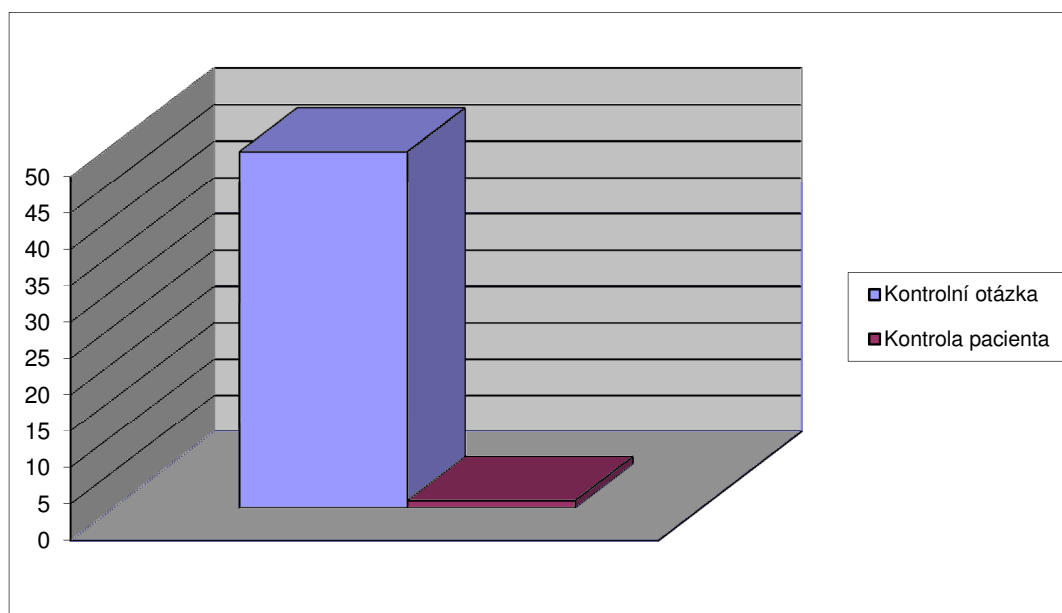
Otázka č.16 Ověřujete si zda Vám pacient porozuměl?

Při edukaci pacienta je důležité aby nám pacient porozuměl. Pokud pacient neporozumí tomu co mu vysvětlujeme může dojít k nedorozumění. Abychom předcházeli nedorozuměním a možným komplikacím s tím spojených, je důležité přesvědčit se zda pacient rozumí tomu co mu říkáme. V případě, že respondenti odpověděli na otázku „ANO“ měli možnost dále uvést jak si ověřují zda jim pacient porozuměl.

Tabulka č. 16 Ověření

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	50	100,0%
Ne	0	0,0%
Celkem	50	100,0%

Jak je patrné z tabulky všech 50 dotazovaných sester uvedlo, že si kontrolně ověřují jestli pacient porozuměl jejich poučení. V níže uvedeném grafu je znázorněno jakým způsobem kontrolují pacienta.



Graf č.10 Způsob kontroly

6 Diskuze

V této práci jsem se snažila zjistit, jaké znalosti mají všeobecné sestry o výhodách a nevýhodách laparoskopické operace tříselné kýly. Dalším cílem bylo zjistit, na co se nejčastěji zaměřují při prevenci pooperačních komplikací a posledním cílem bylo zjistit, o čem a jak sestry informují pacienta o pooperačním režimu.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 50 respondentů. Zkoumaný soubor byl dle následujícího kritéria: všeobecná sestra, pracující na chirurgickém oddělení.

K ověření hypotéz byla zvolena kvantitativní metoda pomocí dotazníku. Pro tento výzkum bylo vybráno 10 všeobecných sester pro předvýzkum a 50 sester pro samotný výzkum.

První tři otázky měly identifikační charakter. Sloužily k zjištění délky praxe respondentů a jejich nejvyššímu vzdělání.

Otázky číslo 4-7 zjišťovaly informovanost respondentů o výhodách a nevýhodách laparoskopické operace tříselné kýly. Úkolem *otázky č.4* bylo zjistit, jestli dotazované sestry přicházejí do styku s laparoskopickou operační technikou a bylo zjištěno, že 70% respondentů se s touto technikou setkává často. *Otázka č.5* zjišťovala názor respondentů na výhodnost laparoskopické operace. Z výsledku plyne, že 94% respondentů se domnívá, že je laparoskopická operace výhodnější.

Otázkami č.8-12 mělo být zjištěno jak respondenti předcházejí pooperačním komplikacím. Zda jsou si dotazované sestry vědomy možnosti vzniku pooperačních komplikací je zkoumáno v *otázce č.8*. Výsledek ukazuje, že všech 100% respondentů si je této možnosti vědomo. *Otázkou č.9* bylo zjištěno, že podle dotazovaných je pacient po operaci nejvíce ohrožen vznikem infekce. Takto odpovědělo 29 dotazovaných. *Otázka č.10* navazovala na předchozí otázku a měla za úkol zjistit, zda už se dotazované s nějakou pooperační komplikací setkaly. Ze získaných dat vzešel výsledek, že ve třech případech se respondenti setkali s infekcí operační rány a ve dvou případech s uvolněním sítky. Úkolem *otázek č.11 a 12* bylo zjistit, na co se sestry nejčastěji zaměřují při prevenci pooperačních komplikací a jakým způsobem jim předcházejí. Bylo zjištěno, že 40 respondentů se při prevenci pooperačních komplikací nejčastěji zaměřuje na prevenci vzniku infekce. Jako nejčastější způsob předcházení pooperačním komplikacím respondenti nejvíce uváděli aseptický postup při převazování operačních ran. Tento způsob uvedlo 37 respondentů.

Otázky č.13-16 měly za cíl zjistit, o čem sestry nejčastěji informují pacienta a jaký způsob předávání informací upřednostňují. Úkolem otázky č.13 bylo zjistit, zda se respondenti na edukaci pacienta podílejí. Výsledek ukazuje, že 48 dotazovaných sester se na edukaci pacienta podílejí společně s lékařem. V otázce č.14 bylo úkolem zjistit, jaký způsob předávání informací při edukaci respondenti upřednostňují. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že nejčastějším způsobem předávání informací je rozhovor. Z celkového počtu respondentů takto odpovědělo 43 dotazovaných. V 7 případech respondenti uvedli, že kombinují rozhovor spolu s informačním letákem. Otázka č.15 byla zaměřena na obsah edukace. Největší skupina, která tvoří 43 respondentů odpověděla, že nejčastěji pacienta informují o dietním opatření. Poslední otázka č.16 zjišťovala jestli si respondenti ověřují zda pacient jejich edukaci porozuměl. Z výsledku vyplývá, že všech 50 dotazovaných si nějakým způsobem ověřuje zda jim pacient porozuměl. V jednom případě je to pozorování pacienta a ostatních 49 položeni kontrolní otázky.

Hypotéza č.1 Předpokládám, že více jak 75% sester je informována o výhodách a nevýhodách laparoskopické operace.

Ke zhodnocení výsledků této hypotézy slouží výsledky, které jsou uvedeny v tabulkách č.6 a č.7. Otázky byly tvořeny tak, aby respondentům nedávaly nápodědu a respondenti zde uváděli své vlastní názory.

Otázka č.6, zjišťuje zda jsou sestry informovány o výhodách laparoskopické operace tříselné kýly. Na tuto otázku odpovídalo pouze 47 respondentů protože 3 sestry si myslí, že laparoskopie sebou nepřináší žádné výhody oproti klasické metodě. Každý respondent uvedl jednu, pro něj nejpřínosnější, výhodu. Nejvíce uváděnou odpovědí (48,9%) byla rychlejší rekonvalescence. Lepší kosmetický efekt uvedlo 10 sester (21,3%). 23,4% respondentů odpovělo, že největší výhodou je menší traumatizace tkání a tři sestry si myslí, že laparoskopická operace přináší největší výhodu v podobě menší pooperační bolestivosti.

Otázka č.7 zjišťuje, zda mají sestry informace o nevýhodách laparoskopické operace tříselné kýly. 36 sester(72%) odpovědělo, že laparoskopická operace tříselné kýly nemá žádnou nevýhodu. Vyšší finanční náročnosti této techniky si je vědomo 12 sester (24%) a menší přehlednosti uvedly pouze 2 sestry.

Z celkového počtu 50 respondentů si je 47 (94%) respondentů vědomo, že laparoskopická technika sebou přináší jisté výhody. Na otázku zjišťující vědomosti o nevýhodách laparoskopické operace uvedlo 36 dotazovaných (72%), že laparoskopická technika operace žádnou nevýhodu nemá. Pouze 14 respondentů (28%) si myslí, že tato technika operace tříselné kýly má i nevýhody.

Hypotéza č.1 je s výsledky v souladu částečně.

Hypotéza č.2 Předpokládám, že více jak 50 % sester se při prevenci pooperačních komplikací nejčastěji zaměřuje na zamezení vzniku infekce.

Ke zjištění platnosti této hypotézy slouží otázka č.11. Doplnují ji otázky č.8, 9 a 12.

U otázky č.8 všech 50 respondentů (100%) uvedlo, že si je vědomo možnosti vzniku pooperačních komplikací.

Otázka č.9 zjišťuje názor sester na to, jakou pooperační komplikací je pacient nejvíce ohrožen. Nejčastěji uváděná odpověď byla prevence vzniku infekce. Tuto možnost si zvolilo 29 dotazovaných (58%).

Otázka č.12 popisuje jakým způsobem sestry předcházejí pooperačním komplikacím. Aseptický postup si vybralo 37 dotazovaných (74%), včasnou aktivizaci a bandáže DK uvedlo 12 dotazovaných (24%) a v jednom případě byly uvedena edukace pacienta o dietním opatření.

Otázka č.11 má za cíl zjistit na co sestry kladou důraz při prevenci pooperačních komplikací. 40 respondentů (80%) uvedlo, že nejčastěji se zaměřují na prevenci vzniku infekce. Na prevenci vzniku tromboembolické nemoci se nejčastěji zaměřuje 9 (18%) z celkového počtu dotazovaných. Na předcházení komplikací spojených s dietní chybou se zaměřuje jedna sestra.

Z celkového počtu 50 respondentů se 40 (80%) respondentů nejčastěji zaměřuje na prevenci vzniku infekce.

Hypotéza č.2 je v souladu s výsledky

Hypotéza č.3 Domnívám se,že více jak 75% sester nejčastěji informuje pacienta o změně diety a to formou rozhovoru.

Ke zhodnocení platnosti této hypotézy slouží otázka č.14 a 15. Doplnuje je otázka č.13.

Otázka č.14 sloužila ke zjištění jaký způsob předávání informací respondenti upřednostňují. Největší zastoupení odpovědí mělo předávání informací pomocí rozhovoru. Tuto odpověď si zvolilo 43 (86%) dotazovaných. Kombinaci rozhovoru a informačního letáku upřednostňuje 7 (14%) dotazovaných.

Otázka č.15 popisuje o čem sestry pacienta nejčastěji edukují. Nejvíce uváděnou odpovědí bylo edukování pacienta o dietním opatření. Edukace pacienta o dietním opatření bylo zmíněno ve 43 případech (86%). Důvod včasné mobilizace uvedlo 5 (10%) a vhodnou fyzickou zátěž zmiňují 2 (4%) respondenti.

Otázka č.13 zjišťuje jestli se sestry podílejí na edukaci pacienta. 48 respondentů (96%) uvedlo, že na edukaci pacienta se podílejí společně s lékařem. Dvě sestry uvedly, že pacienta edukují jen sestry.

Z celkového počtu 50 respondentů se nejčastěji při edukaci pacienta zaměřuje na poučení o dietním opatření celkem 43 (86%) dotázaných.

K předávání informací je nejčastěji používána ústní forma. Ústní forma byla zmíněna v 43 (86%) případech.

Hypotéza č.3 je v souladu s výsledky.

7 Doporučení pro praxi

Laparoskopická chirurgie sebou přináší nesporné, všeobecně známé výhody, které pacientovi poskytují lepší pooperační komfort. Jak je ale známo nic není zadarmo a tak na druhou stranu má i své nevýhody, jako je například vyšší finanční náročnost nebo menší přehlednost. Proto je třeba mít na paměti tyto skutečnosti a před plánováním operace vše pečlivě zvážit.

Důležitou součástí úspěšné léčby je i pooperační péče. Každý zákrok může být provázen pooperačními komplikacemi a to platí i u laparoskopické operace tříselné kýly. Proto je důležité komplikacím aktivně předcházet a dokázat včas rozpoznat jejich možný rozvoj.

Další součástí pooperační péče je poučení pacienta o pooperačním režimu. Je důležité, aby pacient věděl jaká fyzická zátěž je pro něj vhodná, jak pečovat o operační ránu a byl seznámen s dietním opatřením. Řádnou edukací je možno předcházet možnému vzniku komplikací. Je důležité s pacientem komunikovat a poučit ho, aby nám kdykoli sdělil své potíže. V neposlední řadě by jsme si měli ověřovat zda nám pacient porozuměl.

8 Závěr

Mezi nejčastěji prováděné chirurgické zákroky patří operace tříselné kýly. Proto jsem si toto téma vybrala pro svou práci. Vývojem docházelo ke zdokonalování operační techniky a do popředí se dostala laparoskopická chirurgie, která sebou nese jisté výhody, mezi něž patří menší traumatizace tkání, rychlejší rekonvalescence nebo menší jizva.

Cílem této práce bylo zjistit, informovanost všeobecných sester o výhodách a nevýhodách laparoskopické operace a na co se nejčastěji zaměřují při prevenci pooperačních komplikací a při edukaci pacienta.

Tato práce se dělí na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývala definicí pojmů, popisovala možné komplikace a operační techniky, nastiňovala jaký přínos pro pacienta sebou laparoskopie přináší. V závěru teoretické části jsem se zabývala ošetrovatelskou péčí.

V praktické části jsem se snažila pomocí dotazníkového šetření zjistit, zda jsou dotazované sestry obeznámeny s problematikou výhod a nevýhod laparoskopické operace tříselné kýly. Výsledky ukázaly, že respondenti jsou obeznámeni s výhodami této techniky, ale většina dotazovaných si není vědoma nevýhod. Dále jsem se pokusila zjistit, na co se nejčastěji při prevenci pooperačních komplikací. Bylo zjištěno, že nejčastěji věnují pozornost prevenci vzniku infekce. Poslední cíl této práce bylo zjistit, o čem a jak sestry edukují pacienta. Z výsledku vyplynulo, že nejčastěji sestry informují pacienta o dietním opatření a formou rozhovoru.

Ze stanovených hypotéz byly dvě v souladu s výsledky šetření a jedna byla v souladu částečně.

Seznam použité literatury

- 1) MICHALSKÝ,PAFKO,SATINSK.-Operacní léčení tříselné kýly, 198 s., Grada 2000, ISBN80-7169-971-3
- 2) ČERNÝ a kol.-Špeciálna chirurgia (chirurgia brušných orgánov a retroperitonea), Osveta 1992, ISBN80-217-0424-1
- 3)NEJEDLÁ,SVOBODOVÁ,ŠAFRÁNKOVÁ-Ošetrovatelství III/2, 158s., Informatorium 2004, ISBN80-7333-031-8
- 4) PAFKO a kol.-Praktická laparoskopická a torakoskopická chirurgie, 108s., Grada 1998, ISBN80-7169-532-7
- 5) FRANTZIDES-Laparoscopic and thoracoscopic surgery, Mosby 1995, ISBN0-8151-3290-5
- 6) KATKHOUDA-Advnced laparoscopic surgery(Techniques and tips), W B Saunders 1998, ISBN0-7020-2039-7
- 7) DARZI,TALAMINI,DUNN-Atlas of laparoscopic surgical technique, W B Saunders 1997, ISBN0-7020-2011-7
- 8) FRYC,RYSKA-Digestivn. endoskopie a laparoskopick. chirurgie,Praha publishing 1996, ISBN80-902140-0-2
- 9) MacFADYEN,PONSKY-The surgical clinics of north america-Laparoscopy for General Surgeon, W B Saunders 1992, ISSN0039-6109
- 10) DUDA,CZUDEK,kol-Miniinvazivní chirurgie, Nemocnice Podlesí 1996
- 11) KRŠKA a kol.-Miniinvazivní intervenční medicína, Praha Triton 2001, 175 s., ISBN80-7254-162-5

- 12) LICHTENSTEIN-Plastika kýly-nové směry, Jinočany HandH 1994, ISBN80-85787-70-9
- 13) ŠEDÝ- Chirurgická anatomie hernií, Praha Triton 2007, ISBN978-80-7254-923-8
- 14) CZUDEK a kol.,-Jednodenní chirurgie, 128s., Grada 2009, ISBN978-80-247-1786-9
- 15) SLEZÁKOVÁ a kol.-Ošetřovatelství v chirurgii 1, Grada 2010, 264s., ISBN978-80-247-3129-2
- 16) www.wehealny.org
- 17) www.drugs.com
- 18) www.torosgroup.com
- 19) www.medicalexpo.com
- 20) www.davol.com

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?.....	32
Tabulka č. 2 Jak dlouho pracujete na chirurgickém oddělení.....	33
Tabulka. 3 Jaké máte nejvyšší ukončené vzdělání?.....	33
Tabulka č.4 Jak často se sestry setkávají s laparoskopickou operací tříselné kýly.....	34
Tabulka č. 5 Je laparoskopická operace výhodnější než klasická?.....	35
Tabulky č.6 Výhody laparoskopické operace.	35
Tabulka č.7 Nevýhody laparoskopie.....	36
Tabulka č.8 Možnost pooperačních komplikací.....	37
Tabulka č.9 Pooperační komplikace.....	38
Tabulka č.10 Četnost setkání s pooperační komplikací.....	39
Tabulka č.11 Prevence pooperačních komplikací.....	40
Tabulka č.12 Způsob prevence pooperačních komplikací.....	41
Tabulka č.13 Kdo edukuje pacienta o pooperačním režimu.....	42
Tabulka č.14 Způsob předávání informací.....	43
Tabulka č.15 Zaměření edukace.....	43
Tabulka č. 16 Ověření.....	45

Seznam grafů

Graf č.1 Nejvyšší ukončené vzdělání.....	34
Graf č.2 Výhody laparoskopické operace.....	36
Graf č.3 Nevýhody laparoskopie.....	37
Graf č.4 Pooperační komplikace.....	38
Graf č.5 Pooperační komplikace s kterou jste se setkala.....	39
Graf č.6 Prevence pooperačních komplikací.....	40
Graf č.7 Preventivní opatření.....	41
Graf č. 8 Edukace pacienta.....	42
Graf č.9 Obsah edukace.....	44
Graf č.10 Způsob kontroly	45

Seznam příloh

Příloha č.1 Kýla

Příloha č.2 Tříselná kýla

Příloha č.3 Inquinální pás

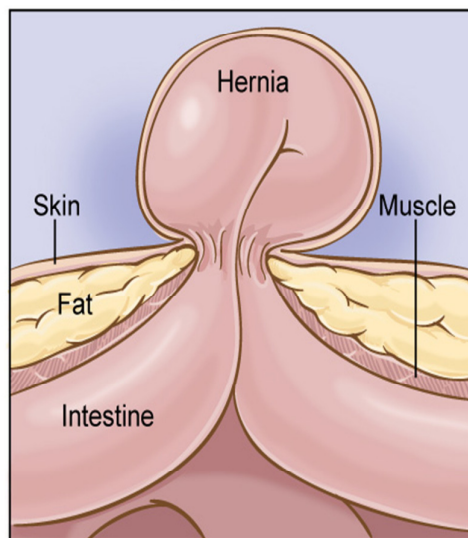
Příloha č.4 Veressova jehla

Příloha č.5 Polypropylenová síťka

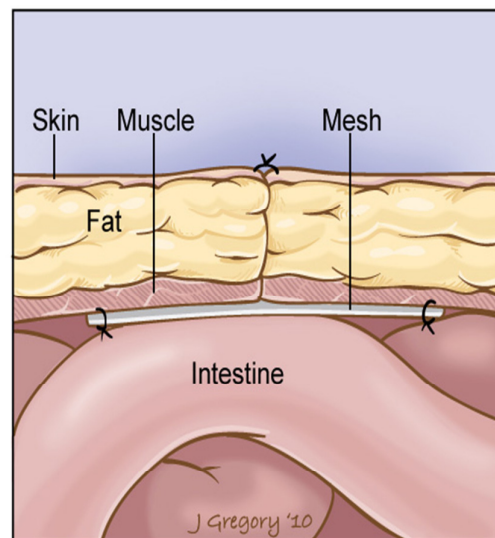
Příloha č.6 Dotazník

Příloha č.7 Předvýzkum

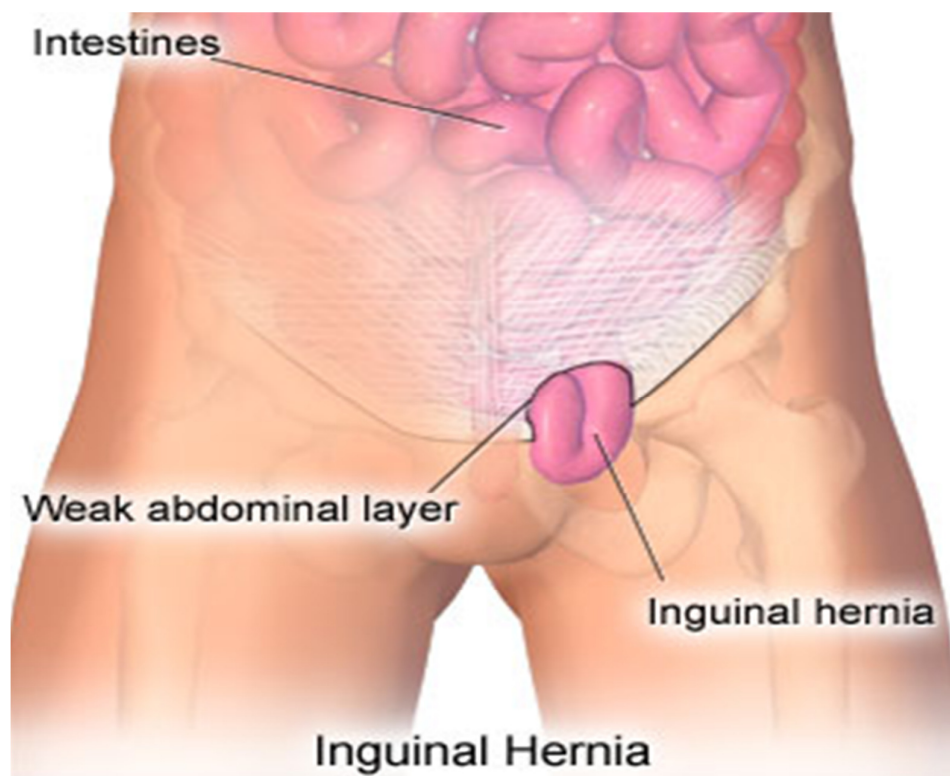
Typical Hernia



After Repair with Mesh



Příloha č.2 Tříselná kýla



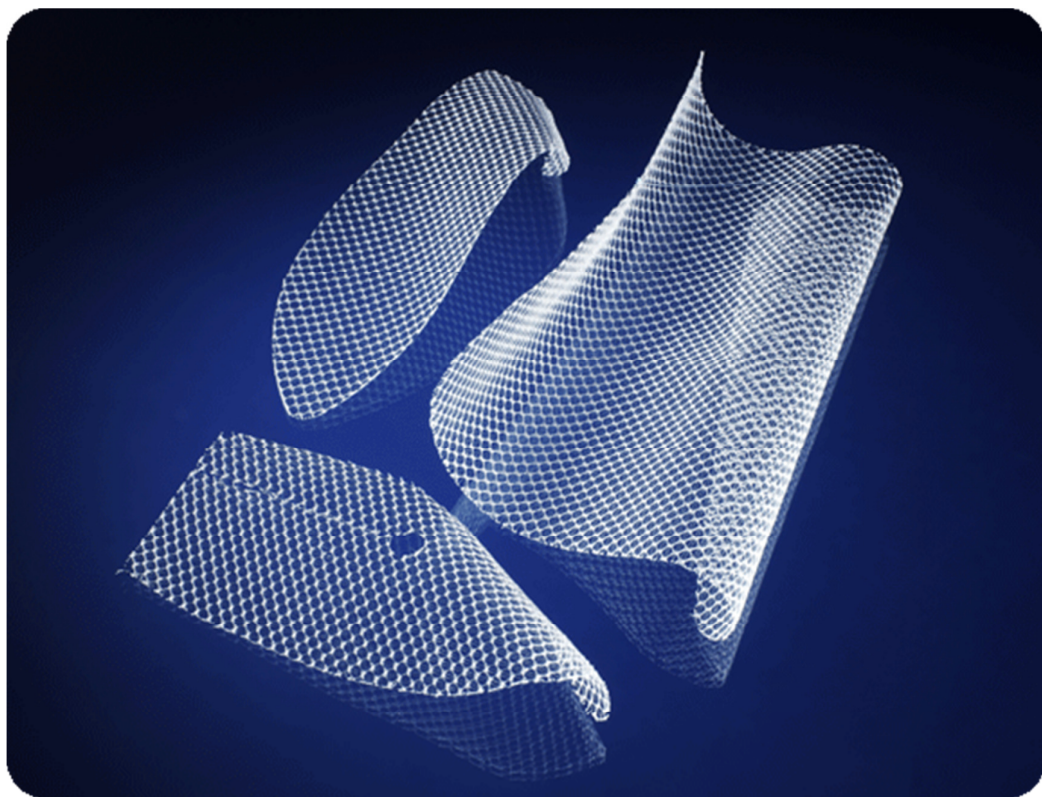
Příloha č.3 Inquinální pás



Příloha č. Verresova jehla



Příloha č.5 Polypropylenová síťka



Příloha č.6 Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Nikola Knajflová a jsem studentka 3.ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií při Technické universitě v Liberci. Ráda bych Vás poprosila o laskavé vyplnění tohoto dotazníku. Vyplněním mi poskytnete informace, které mi pomohou při vypracování mé bakalářské práce s názvem Ošetřování pacienta po operaci tříselné kýly laparoskopickým přístupem. Dotazník je anonymní a veškeré informace v něm získané budou sloužit pouze ke studijním účelům.

Děkuji Knajflová

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) 0-5 let
- b) 5-15 let
- c) 15- 30 let
- d) 30 let a více

2. Jak dlouho pracujete na chirurgickém oddělení?

- a) 0-5 let
- b) 5-15 let
- c) 15- 30 let
- d) 30 let a více

3. Jaké máte ukončené vzdělání?

- a) střední
- b) střední+specializace
- c) vyšší
- d) vysokoškolské

4. Setkáváte se často s laparoskopickou operací tříselné kýly?

- a) ano
- b) ne

5. Domníváte se, že je laparoskopická operace výhodnější řešení než klasická operace?

- a) ano
- b) ne (přejděte na otázku č.7)

6. Co považujete za výhodu laparoskopické operace pro pacienta?

Uveďte:.....

7. Jaká je podle Vás nevýhoda laparoskopie?

Uveďte:.....

8. Myslíte si, že laparoskopie mohou být provázeny pooperačními komplikacemi?

- a) ano
- b) ne (přejděte na otázku č.13)

9. Jakou pooperační komplikací je podle Vás pacient nejvíce ohrožen?

- a) riziko uvolnění sítěky
- b) vznik infekce
- c) komplikace spojené s dietní chybou
- d) embolie
- e) jiné:.....

10. Už jste se s nějakou pooperační komplikací setkala?

- a) ano-s jakou:.....
- b) ne

11. Na co se nejčastěji zaměřujete při prevenci pooperačních komplikací?

- a) zamezení vzniku infekce
- b) prevence trombembolické nemoci
- c) předcházení komplikacím spojené s dietní chybou
- d) jiné:.....

12. Jak se snažíte předcházet pooperačním komplikacím

prosím uveďte:.....

13. Kdo edukuje pacienta o pooperačním režimu?

- a) lékař
- b) sestra
- c) lékař i sestra

14. Jaký způsob předávání informací upřednostňujete?

- a) rozhovor
- b) informační leták
- c) rozhovor+informační leták
- c) jiné:.....

15. Na co se nejčastěji zaměřujete při edukaci pacienta o pooperačním režimu?

- a) dietní opatření
- b) důvod včasné mobilizace
- c) vhodná fyzická zátěž

16. Ověřujete si zda Vám pacient porozuměl?

- a) ano-jak:.....
- b) ne

Příloha č.7 Předvýzkum

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?				
0-5 let	5-15 let	15-30 let	30 a víc	-
6 (60%)	3 (30%)	1 (10%)	0 (0%)	-
Jak dlouho pracujete na chirurgickém oddělení?				
0-5 let	5-15 let	15-30 let	30 a víc	-
6 (60%)	4 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	-
Jaké máte nejvyšší ukončené vzdělání?				
střední	vyšší	vysokoškolské	-	-
8 (80%)	1 (10%)	1 (10%)	-	-
Setkáváte se často s laparoskopickou operací tříselné kýly?				
Ano	ne	-	-	-
9 (90%)	1 (10%)	-	-	-
Domníváte se, že je laparoskopická operace výhodnější než klasická operace?				
Ano	Ne	-	-	-
9 (90%)	1 (10%)	-	-	-
Co považujete za výhodu laparoskopické operace pro pacienta?				
Menší traumatizace tkání	Lepší kosmetický efekt	Kratší doba hospitalizace	-	-
2 (20%)	5 (50%)	3 (30%)	-	-
Jaká je podle Vás nevýhoda laparoskopie?				
Vyšší finanční náročnost	Menší přehlednost	Žádná není	-	-
2 (20%)	1 (10%)	7 (70%)	-	-
Myslíte si, že laparoskopie mohou být prováděny pooperačními komplikacemi?				
ano	Ne	-	-	-
10 (100%)	0 (0%)	-	-	-
Jakou pooperační komplikací je podle Vás pacient nejvíce ohrožen?				
Riziko uvolnění sítětky	Vznik infekce	Komplikace spojené s dietní chybou	Embolie	-
1 (10%)	6 (60%)	1 (10%)	2 (20%)	-
Už jste se s nějakou pooperační komplikací setkala?				
Ano	Ne	-	-	-
2 (20%)	8 (80%)	-	-	-
Na co se nejčastěji zaměřujete při prevenci pooperačních komplikací?				
Zamezení vzniku infekce	Prevence TEN	Prevence komplikací spojených s dietní chybou	-	-
7 (70%)	2 (20%)	1 (10%)	-	-
Jak se snažíte předcházet pooperačním komplikacím?				
Bandáže+aktivizace	Aseptický postup	Edukací o dietě	-	-
2 (20%)	7 (70%)	1 (10%)	-	-

Kdo edukuje pacienta o pooperačním režimu?				
Lékař	Sestra	-	-	-
7 (70%)	3 (30%)	-	-	-
Jaký způsob předávání informací upřednostňujete?				
Rozhovor	Informační leták	-	-	-
10 (100%)	0 (0%)	-	-	-
Na co se nejčastěji zaměřujete při edukaci pacienta o pooperačním režimu?				
Dietní opatření	Důvod včasné mobilizace	Vhodná fyzická zátěž	-	-
7 (70%)	2 (20%)	1 (10%)	-	-
Ověřujete si zda Vám pacient porozuměl?				
ano	Ne	-	-	-
10 (100%)	0 (0%)	-	-	-