

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Barbora Ostrčilová

Stravování pacientů po cholecystektomii

Diet of patients after cholecystectomy

Bakalářská práce

Praha, květen 2024

Autor práce: Barbora Ostrčilová

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytejčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Renaty Vytejškové a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací.

V Praze dne 10.4.2024

Barbora Ostrčilová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Renatě Vytejškové, za všechny cenné rady, trpělivost a odborné konzultace. Také bych ráda poděkovala své rodině a přátelům, kteří při mně stáli a vždy mi pomohli.

Obsah

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1. ANATOMIE ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST	8
2. FYZIOLOGIE ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST	9
3. ONEMOCNĚNÍ ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST PŘEDCHÁZEJÍCÍ CHOLECYSTEKTOMII 11	
3.1 ŽLUČOVÉ KONKREMENTY	11
3.1.1. Cholecystolitiáza	11
3.1.2. Choledocholitiáza	13
3.2. ZÁNĚTLIVÁ ONEMOCNĚNÍ ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST	15
3.2.1. Akutní kalkulózní cholecystitida	15
3.2.2. Chronická kalkulózní cholecystitida	16
3.2.3. Akutní cholangitida.....	17
3.2.4. Chronická cholangitida	18
4. DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST	18
4.1. ANAMNÉZA	18
4.2. FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	19
4.3. LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	19
4.4. ZOBRAZOVACÍ METODY	21
5. CHOLECYSTEKTOMIE.....	22
5.1. CHOLECYSTEKTOMIE KLASICKÁ.....	22
5.2. CHOLECYSTEKTOMIE LAPAROSKOPICKÁ	23
5.3. KOMPLIKACE CHOLECYSTEKTOMIE	24
5.4. PŘEDOPERAČNÍ PÉČE A PŘÍPRAVA	25
5.5. POOPERAČNÍ PÉČE	26
6. EDUKACE	28
6.1. ZÁKLADNÍ POJMY V EDUKACI	28
6.2. PROCES EDUKACE.....	29
6.3. VLASTNOSTI EDUKÁTORA	29
6.4. EDUKACE PACIENTA PO CHOLECYSTEKTOMII	30
7. DIETA PŘI ONEMOCNĚNÍ ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST	31
7.1. VHODNÉ POTRAVINY PŘI CHRONICKÉM ONEMOCNĚNÍ ŽLUČNÍKU	33
7.2. VHODNÉ POTRAVINY PŘI AKUTNÍM ONEMOCNĚNÍ ŽLUČNÍKU A ŽLUČOVÝCH CEST	33
VÝZKUMNÁ ČÁST	35
8. CÍL VÝZKUMU	35
9. HYPOTÉZY.....	35
10. METODIKA VÝZKUMU	35
11. CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ	36
12. VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA	37
13. VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ	58
DISKUZE.....	60

ZÁVĚR	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
SEZNAM ZKRATEK.....	70
SEZNAM TABULEK.....	71
SEZNAM GRAFŮ.....	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	73
PŘÍLOHY	74

Úvod

Téma mé bakalářské práce, stravování pacientů po cholecystektomii, jsem si vybrala především kvůli své osobní zkušenosti s cholelitiázou a následnou laparoskopickou cholecystektomií. Samotnou mě před zákrokem zajímalo, jak se budu moci po cholecystektomii stravovat a nyní se o tom chci dozvědět ještě více a případně by má bakalářská práce mohla být pro někoho před cholecystektomií užitečná. Cílem mé bakalářské práce je zmapovat a zanalyzovat, jak cholecystektomie a edukace ovlivnila stravovací režim mých respondentů.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou (empirickou). V teoretické části se budu zabývat jak anatomii a fyziologií žlučníku a žlučových cest, tak i jejich nejčastějšími onemocněními jako je cholelitiáza, cholecystitida a cholangitida. Dále se chci zaměřit na diagnostiku a terapii těchto onemocnění a neposlední radě i na dietu, kterou člověk s onemocněním žlučníku či žlučových cest musí dodržovat jak pár týdnů po cholecystektomii, tak nejlépe i po celý svůj život, což může mít výrazný vliv na zdravotní stav pacienta.

V praktické části budu provádět kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Dotazníky budou rozdány jak v tištěné podobě, tak rozeslány elektronicky. Sběr dat pomocí vytištěných dotazníků bude probíhat v Ústřední Vojenské nemocnici na Oddělení léčebné výživy ve spolupráci s vedoucí nutriční terapeutkou Jaroslavou Jankovou. Elektronické dotazníky budou rozeslány mezi mé známé a přátele a také ve skupině Žlučníkáři na platformě Facebook. Pomocí dotazníků si chci ověřit, jak proběhla edukace pacientů po operaci a jak porozuměli žlučnickové dietě. Také mě zajímá, zda i po odstranění žlučníku pacienti stále pociťují zažívací problémy, které jsou spojené se stravováním, a jak případné problémy řeší.

Teoretická část

1. Anatomie žlučníku a žlučových cest

Žlučník je tělesný orgán hruškovitého tvaru s délkou přibližně 8 až 12 centimetrů a objemem 50 – 80 mililitrů. Je umístěný pod spodním okrajem pravého laloku jater a je orgánem skládajícím se ze tří hlavních segmentů: zakončení (*fundus*), střední části (*corpus*) a úzkého koncového úseku (*collum*). Zakončení, neboli nejširší část, je uzavřeno a dotýká se spodní části břicha, přesně ve spojnici mezi medioklavikulární linií a obloukem žeber. Střední část žlučníku leží v jámě zvané *fossa vesicae biliaris* a je fixována pojivovou tkání. Přejít mezi střední částí a úzkým koncovým úsekem je znám jako infundibulum. Úzký koncový úsek pak ústí do žlučovodu (*ductus cysticus*) o délce 2 až 5 centimetrů. Vnitřní strukturu tohoto vývodu charakterizuje závitnice (*plica spiralis*), která umožňuje plynulý tok žluči oběma směry, přesto může být příčinou komplikací při průchodu žlučových kamenů (6,7).

Sliznice žlučníku je vytvořena z mukózních žlázek a také vrstvou cylindrických buněk. Stěna žlučníku je tvořena vrstvou hladké svaloviny, což umožňuje jeho kontrakce. Z vrchu je volná plocha žlučníku kryta peritoneem, které přechází z viscerální plochy jater (4, 18).

Většinu krevního zásobení žlučníku zajišťuje žlučnicková tepna, *arteria cystica*, odvětvující se z pravé jaterní tepny. Tato tepna překříží žlučnickový vývod a vytváří síť ve stěně žlučníku. Odtok krve z oblasti žlučníku zabezpečuje *vena cystica*, která je součástí portálního systému. Lymfatická tekutina je odváděna lymfatickými uzlinami umístěnými kolem krčku žlučníku (*collum vesicae biliaris*) a kolem žlučovodů, kde se lymfatické cévy propojují s lymfatickými cévami slinivky břišní (4).

Žlučové cesty, které přenášejí žluč z jater, se dělí na intrahepatální a extrahepatální. Intrahepatální cesty začínají jako drobné žlučové kapiláry mezi jaterními buňkami. Tyto kapiláry se postupně spojují v rámci jaterního parenchymu, vytvářejíce intralobulární žlučovody, neboli *canaliculi biliferi intralobulares*. Po jejich spojení vznikají segmentové žlučovody. Segmentové žlučovody se slévají do dvou hlavních kanálů jednotlivých laloků jater, známých

jako pravý a levý jaterní vývod, které opouští játra skrze bránu zvanou *porta hepatis*. Tyto dva vývody po opuštění jater dávají vzniknout hlavnímu jaternímu kanálu, *ductus hepaticus communis*, když se spojí dohromady. Tento vývod má délku přibližně 6 až 8 centimetrů a rozprostírá se v pojivu mezi játry a dvanáctníkem, známém jako *ligamentum hepatoduodenale*. Zde se do něj napojuje vývod odvádějící žluč ze žlučníku, čímž vzniká hlavní žlučovod, *ductus choledochus*. Tento hlavní žlučovod leží před *vena portae* a napravo od *arteria hepaticae* a směřuje až k sestupné části dvanáctníku, kde ústí společně s vývodem pankreatu, *ductus pancreaticus major*, na Vaterské papile. V klidovém stavu je toto místo uzavřeno svalovými vlákny, *musculus sphincter ampullae hepatopancreaticae*, známými jako Oddiho svěrač. Za tímto svěračem se žluč hromadí, což zvyšuje tlak ve žlučových cestách. *Ductus choledochus* se naplní a žluč přetéká do žlučníku přes *ductus cysticus* (7, 18).

2. Fyziologie žlučníku a žlučových cest

Žluč, která má žlutozelenou barvu, je produkována v játrech a ukládána ve žlučníku. Jaterní buňky ji vylučují do malých žlučových kanálků v jaterním lalůčku. Poté prostřednictvím dvou jaterních vývodů proudí do *ductus hepaticus communis* a dále, po spojení s vývodem žlučníku, pokračuje do *ductus choledochus* a nakonec do duodena. Mezi jednotlivými jídly, kdy je Oddiho svěrač uzavřený, nemůže žluč do duodena odtékat, a proto se hromadí ve žlučníku, kde dochází k jejímu zahuštění díky absorpci vody. Jakmile potrava vstoupí do tenkého střeva, svěrač se uvolní, což umožňuje odtok žluči. Ze žlučníku do duodena je žluč vytlačována pomocí kontrakcí žlučníku, které stimuluje cholecystokinin. Tento hormon je produkován buňkami duodena při styku trávicí směsi bohaté na tuky se střevní stěnou.

Játra za jeden den vyprodukují zhruba 600 – 100 mililitrů žluči, může to být však i více. Žluč se skládá z natriových a draselných solí žlučových kyselin, které jsou spojené s aminokyselinami glycinem a taurinem. Kromě toho ve žluči nalezneme látky jako bilirubin a biliverdin, cholesterol, lecitin a různé elektrolyty. Když je ve žluči vysoká úroveň hydrogenuhličitanových iontů (s pH mezi 8,2 a 9,3), přispívá to k neutralizaci kyselého obsahu, který přichází ze žaludku (25).

Žluč plní řadu zásadních funkcí v těle. Hraje klíčovou roli v absorpci vitaminů rozpustných v tucích, jako jsou vitamíny A, D, E a K. Dále se podílí na

trávicím procesu, neboť aktivuje jak střevní, tak i pankreatické enzymy. Pomáhá také udržovat iontovou rovnováhu prostřednictvím sekrece hydrogenuhličitanu, což přispívá k neutralizaci kyselého obsahu žaludku a střev. Navíc je nezbytná pro enterohepatální oběh, což je proces nesmírně důležitý pro správné fungování lidského organismu (4).

Primární žlučové kyseliny, jako jsou kyselina cholová a kyselina chenodeoxycholová, se vytvářejí z cholesterolu v játrech a jsou důležitou součástí žluči, která směřuje do střev. V tlustém střevě tyto kyseliny podléhají účinkům bakterií a transformují se na sekundární žlučové kyseliny, kyselinu deoxycholovou a lithocholovou. Tyto kyseliny a jejich soli hrají v trávicím procesu klíčovou roli a mají dvě hlavní funkce. Především pomáhají snižovat povrchové napětí a spolu s fosfolipidy a monoacylglyceroly umožňují emulgaci tuků, což je připravuje na trávení a vstřebávání. Dále se podílejí na vstřebávání mastných kyselin, monoacylglycerolů, cholesterolu a dalších lipidů prostřednictvím tvorby micel, které udržují tuky v roztoku a usnadňují jejich transport k resorpčním místům ve střevě. Drtivá většina žlučových solí (asi 95 %) se vstřebává v konečných částech tenkého střeva, následně jsou přeneseny portální krví zpět do jater v procesu zvaném enterohepatální oběh. V játrech hepatocyty tyto soli opět zachytávají a společně s nově vytvořenými žlučovými kyselinami je vylučují do žluči. Zbytek žlučových solí je vyloučen stolicí. Soli jsou nezbytné pro efektivní trávení a vstřebávání tuků v duodenu, stejně jako pro eliminaci některých odpadních látek z krve, jako jsou cholesterol a bilirubin.

Regulace sekrece žluči funguje na principu zpětné vazby, kde žlučové soli resorbované zpět ze střeva potlačují tvorbu nových žlučových kyselin v hepatocytech. Jakmile jsou tyto soli znovu vyloučeny do žlučových kanálků, působí jako přirozené choloretikum, což znamená, že zvyšují množství vylučované žluči. Podobně působí sekretin, který zvyšuje množství vody a bikarbonátů ve žluči. Množství vylučované žluči je také ovlivněno kontrakcemi žlučníku, což obvykle stimuluje cholecystokinin (CCK) nebo zvýšená aktivita parasymptického nervového systému. Kontrakce žlučníku také kromě CCK vyvolávají i cholagoga, např. tuky, vaječné žloutky, $MgSO_4$ (4, 25).

3. Onemocnění žlučníku a žlučových cest předcházející cholecystektomií

3.1 Žlučové konkrementy

Konkrementy ve žlučníku jsou velice častým onemocněním, které postihuje zhruba 10-20% populace a z toho 2-3 krát více ženy. Nejvíce se toto onemocnění vyskytuje u lidí nad 40 let. Ženy tímto onemocněním trpí hned z několika důvodů, a to například kvůli jiné hormonální situaci, jelikož estrogény podporují tvorbu cholesterolu v játrech. Proto u disponovaných osob je nebezpečné podávání i antikoncepčních tablet. Dalším rizikovým faktorem u žen je i těhotenství, kdy dochází k velmi výrazným hormonálním změnám. Žlučové konkrementy lze klasifikovat na konkrementy cholesterolové, pigmentové nebo smíšené (18, 22).

Cholesterolové kameny, které se objevují ve 90 až 95 % případech především v ekonomicky rozvinutých zemích, mají žlutou až hnědou barvu. Mohou být tvořeny čistě cholesterolem až do 95 % a často se vyskytují jednotlivě; tyto se vyskytují přibližně v 17 % případů a nejsou viditelné na rentgenových snímcích. Existují i smíšené typy, které obsahují i jiné látky – například mucin a kalciumkarbonát (1, 4).

Pigmentové konkrementy mohou mít hnědou nebo černou barvu. Černé kameny, vypadající jako uhlí a vyskytující se v 6 až 10 % případů, jsou tvořeny především polymerem kalciumbilirubinátu, jsou tvrdé a četné a díky vysokému obsahu vápníku jsou viditelné na rentgenových snímcích. Tyto se nejčastěji vyskytují ve žlučníku u pacientů s hyperhemolýzou. Hnědé kameny mají hrubou strukturu, jsou křehké a mastné, obsahují asi 50 % cholesterolu a další látky jako kalciové soli mastných kyselin a bilirubin. Častěji se nacházejí ve žlučových cestách, u lidí s vyšším věkem a infekcemi E. coli jako rizikovými faktory.

Kameny mohou být lokalizovány přímo ve žlučníku, což je známo jako cholecystolitiáza, nebo ve žlučových cestách, v případě choledocholitiázy (4, 8).

3.1.1. Cholecystolitiáza

Existuje několik faktorů, které mohou přispět k vytvoření kamenů v žlučníku. To může zahrnovat výrobu žluči s vysokým obsahem cholesterolu, tvorbu

krystalků cholesterolu uvnitř žlučníku a obtíže s řádným vyprázdněním žlučníku. Normálně je cholesterol udržován v rozpuštěném stavu během jeho uvolňování a přenosu díky kombinaci micel a fosfolipidových vezikul. Když je však žluč nasycená cholesterolem, začíná se cholesterol přenášet ve formě cholesterol-fosfolipidových vezikul. Tato kombinace micel a vezikul má však své limity v rozpouštění cholesterolu, a překročení těchto limitů může vést k tvorbě krystalků cholesterolu. Nadměrná přítomnost cholesterolu ve žluči je proto rizikovým faktorem pro vznik cholesterolových kamenů ve žlučníku. Proces tvorby těchto kamenů můžeme rozdělit do tří fází: vznik hypersaturované žluči, nukleace cholesterolu (spojování vezikul s vysokým obsahem cholesterolu) a porucha vyprazdňování žluči, což vede k zadržování a následnému růstu kamenů ve žlučníku (8,18).

Pro cholesterolovou cholelitiázu existuje hned několik rizikových faktorů. Jedním z nich je věk, kdy incidence stoupá s věkem. Dále i předchozí těhotenství u žen, užívání hypolipidemik a estrogenů, vyšší tělesná hmotnost, cukrovka 2. typu, poruchy vyprazdňování žlučníku a také místo, kde nemocný žije. Vyšší incidence výskytu žlučnickových kamenů je v severní a střední Evropě nebo Severní a Jižní Americe.

Žlučnickové kameny se mohou projevit dvěma základními způsoby. Nejčastější asymptomatická verze, kdy pacienti nemají žádné příznaky nemoci. Tato situace se vyskytuje u přibližně 70 % postižených a obvykle se zjistí náhodně při ultrazvukovém vyšetření provedeném z jiných důvodů. U této formy postačuje pravidelná kontrola a cholecystektomie se doporučuje jen nemocným s vyšším rizikem – například těm, kteří mají tzv. porcelánový žlučník, mají kameny větší než 3 cm, trpí cukrovkou, nebo jsou v pořadníku na transplantaci.

Symptomatická forma se naopak projevuje výraznými symptomy, především bolestí známou jako biliární kolika. Bolest přichází náhle, je intenzivní a neúprosná. Typicky se objevuje večer v oblasti pravého podbříšku či nadbříšku a šíří se od pravého žeberního oblouku až k lopatce. Může trvat několik hodin a často není možné najít úlevovou polohu. Biliární koliku často doprovází prudké zvracení, které nepřináší úlevu, a postupně přechází ve zvracení žaludečních šťáv. Záchvaty bolesti nejčastěji vyvolávají tučná jídla (kachna, řízky, majonéza), ale i stres nebo

nachlazení. Pacient s kolikovitou bolestí je neklidný, bledý, může se objevit i třesavka a zimnice. Má lehce nadmuté a meteorické břicho a v pravém podžebří je palpačně stažená břišní stěna. Jedním z nejcharakterističtějších projevů je tzv. Murphyho příznak, což je bolest vznikající během palpace oblasti žlučníku, zvláště při hlubokém nádechu. Kromě biliární koliky je běžným symptomatickým projevem cholelitiázy také biliární dyspepsie. Tento stav se projevuje symptomy jako nevolnost, nadýmání, říhání, nesnášenlivostí tuků, tlakem v pravém podžebří a pocit plnosti. Diagnostika této formy onemocnění se obvykle provádí pomocí abdominální sonografie, která má senzitivitu vyšší než 95 % a dokáže detekovat i malé konkrementy o velikosti menší než 3 mm (1, 18).

Symptomatická forma, konkrétně biliární kolika, se zpočátku léčí konzervativně – nic per os, teplý obklad na podjaterní krajinu, odpočinek na lůžku. Z léků jsou podávána intravenózně analgetika (Novalgin, Algifen) a spasmolytika (Buscopan, Scobutil). Morfium se nepodává, jelikož zvyšuje spasmy Oddiho svěrače. Jakmile dojde ke zklidnění bolesti, následuje dieta. Především se dbá na dostatečný pitný režim a dietu rozšiřujeme opatrně. V mezidobí mezi záchvaty se podávají choleretika, cholagoga a pankreatické extrakty – Isochol, Cholagol, žlučnickové čaje, Pancreolan, prokinetika. Lázeňská léčba pomáhá především s dyspeptickými potížemi, ale může vést i k nepříjemným průjmům. Co se týká léčby, tak u pacientů po prodělané biliární atace je až z 50% pravděpodobné, že se ataka bude opakovat. Také je riziko komplikací jako je akutní cholecystitida, pankreatitida nebo cholangoitida. V chronické fázi je nejlepší a nejúčinnější řešení cholecystektomie, laparoskopická či klasická (1, 4, 18).

3.1.2. Choledocholitiáza

Choledocholitiáza je výskyt žlučových konkrémentů ve žlučových cestách, extrahepatálních i intrahepatálních. Konkrementy jsou zaklíněné ve hlavním žlučovodu, kde nabývají na svém objemu, rozšiřují žlučové cesty a samotným konkrémentem se mohou částečně či úplně uzavřít. Konkrementy je možné rozdělit na primární a sekundární.

Primární se tvoří přímo ve žlučových cestách, a to zvláště v místech, kde se cesty neuzavřou zcela, například v oblastech vrozených nebo zánětlivých stenóz.

Také při chirurgických zákrocích může dojít k jejich vzniku kvůli přítomnosti svorek, šicího materiálu nebo jiných cizích látek.

Sekundární kameny jsou ty, které se uvolnily ze žlučníku během cholecystolitiázy.

Klinický obraz tohoto onemocnění může být asymptomatický, s nálezy kamenů ve žlučových cestách objevenými náhodně během cholecystektomie. Nicméně, často se projevuje bolestmi břicha (až u 75 % postižených), které trvají několik hodin a lokalizují se v oblasti nadbřišku. Dalším projevem je obstrukce žlučových cest, ať už částečná nebo úplná, která se projevuje stálým zvýšením hladin alkalické fosfatázy a GMT. Při dlouhodobější obstrukci může dojít k rozvoji žloutenky. Projevem tohoto onemocnění je akutní cholangitida s příznaky jako je žloutenka nebo třesavka.

Diagnostika choledocholitiázy zahrnuje několik metod. Jednou z nich je sonografie žlučových cest, která dokáže identifikovat jejich rozšíření, ale ukáže přítomnost konkrementů pouze v 15 % případů. V případě nejednoznačných výsledků se doporučuje endosonografie nebo magnetická rezonanční cholangiopankreatikografie (MRCP). Další možností diagnostiky jsou případy pacientů po cholecystektomii, kteří vykazují příznaky jako žloutenka a kolísavé teploty. Nejdůležitější metodou však zůstává cholangiografie, která se může provádět endoskopicky pomocí endoskopické retrogradní cholangiopankreatikografie (ERCP) nebo perkutánně formou perkutánní transhepatální cholangiografie (PTC). Obě tyto techniky cholangiografie mají vysokou úspěšnost detekce, dosahující až 95 % (18, 24).

Komplikace choledocholitiázy mohou být závažné, jako například pankreatitida, která může být až život ohrožující. Dále i cholangitida, která je způsobena stagnací žluče a následnou infikací střevními bakteriemi. Mezi další komplikace řadíme jaterní absces, sepsi, ileus z konkrementu nebo hepatorenální syndrom. Pokud je průběh choledocholitiázy vleklý, tak tím stoupá riziko vzniku sekundární biliární cirhózy (4, 18).

Bolesti, teploty a lehký ikterus často zmizí sami i bez jakékoli terapie. Vážnější průběh už je řešen antibiotickou léčbou. Mezi další možnosti patří i ESWL, což je extrakorporální litotrypse rázovou vlnou. Podle Evropské společnosti

pro gastrointestinální endoskopii (ESGE) je vhodné nabídnout všem pacientům s choledocholitiázou endoskopickou léčbu, pokud jsou schopni endoskopický zákrok podstoupit. Chirurgické řešení se provádí pouze, když selže endoskopická léčba, pacient je v těžkém septickém stavu nebo jsou vytvořené píštěle žlučových cest.

Pokud není možné choledocholitiázu u pacienta odstranit, tak je dle ESGE silně doporučeno zavedení plastického biliárního stentu, který je dočasný a slouží k biliární drenáži (18, 21).

3.2. Zánětlivá onemocnění žlučníku a žlučových cest

3.2.1. Akutní kalkulózní cholecystitida

Toto onemocnění je charakterizováno jako vážný zánět žlučníku, který se často projevuje jako náhlý akutní břišní problém. U velké většiny pacientů, až 90 %, je současně zjištěna přítomnost cholecystolitiázy. Hlavní příčinou akutní kalkulózní cholecystitidy bývá obstrukce hlavního žlučovodu, která je často spojena s biliární kolikou způsobenou konkrementy. Další možnou příčinou může být infekce stěny žlučníku, která vzniká v důsledku obstrukce žlučovodu. Obstrukce ve žlučníku vede k hromadění žluči, což způsobuje zvýšení tlaku uvnitř, rozpínání a edém stěny žlučníku. Tento zvýšený tlak pak působí na kapiláry a lymfatické cévy, což může vyvolat ischemii, tedy nedostatečné prokrvení stěny žlučníku. Důsledkem toho jsou uvolňovány zánětlivé mediátory, které způsobují další poškození. Poškození sliznice žlučníku vede k reabsorpci žlučových kyselin, které dále poškozují sliznici a způsobují rozvoj chemického zánětu, který se šíří. Zpočátku je tento zánět sterilní, ale může dojít k infekci střevními bakteriemi, obvykle *Escherichia coli*, což postihuje celou stěnu žlučníku a vyvolává podráždění pobřišnice.

Mezi hlavní rizikové faktory onemocnění patří cholelitiáza, která ovlivňuje osoby všech věkových kategorií a obou pohlaví. Největší riziko mají obézní ženy ve věku 20 až 50 let. Dalším významným rizikovým faktorem je diabetes mellitus. U 13 až 16 % diabetiků trpících cholelitiázou se může vyvinout akutní cholecystitida s potenciálně vážnějšími komplikacemi.

Samotná cholecystitida se vyskytuje spíše u lidí vyššího věku a u starších osob se může rozvinout náhle i bez jakýchkoliv předešlých příznaků (4, 18, 23).

Klinický obraz tohoto onemocnění je rozmanitý a může zahrnovat od mírného zánětu, který je následkem existující cholelitiázy, až po vážnější případy, jako je empyém žlučníku, gangréna a septické stavy. Projevy tohoto onemocnění jsou podobné, avšak často intenzivnější než u biliární koliky. Typickým příznakem je silná bolest v pravém podžebří, která je výraznější než u biliární koliky a zesiluje při hlubokém nádechu. Většina pacientů (asi 90 %) trpí plynatostí a nevolností, zatímco 50-80 % má ještě problémy se zvracením. Tělesná teplota pacientů se obvykle pohybuje mezi 38-40°C, často spolu se slabostí, mírnou žloutenkou a možnou dehydratací. Běžně je přítomen také Murphyho příznak a břicho bývá vzdučné. V některých případech lze nahmatat zvětšený, tuhý a velmi bolestivý žlučník, což naznačuje akutní hydrops žlučníku.

Správnou diagnózu nám vždy kromě objektivního nálezu a anamnézy potvrdí sonografické vyšetření. USG nám zobrazí přítomné konkrementy, ztlustělou stěnu žlučníku s edémem. Pokud dojde k perforaci, tak se kolem žlučníku hromadí tekutina. Je možné provést i rentgenové vyšetření, které nám zobrazí vysoce postavenou bránci nebo výpotek v pohrudniční dutině (4, 23).

3.2.2. Chronická kalkulózní cholecystitida

Jedná se o nejčastější onemocnění žlučníku u lidí trpících cholecystolitiázou. Žlučník bývá sraštělý, má ztlustělou stěnu s častou kalcifikací. Zánět je způsoben dlouhodobým uzávěrem hlavního žlučového kanálu konkrementem, kdy je žluč odbarvená s přítomností žlučnickového bláta.

Příznaky mohou být velmi mírné a nenápadné. Typicky se může projevit pocit tlaku v oblasti pravého podžebří, který může být doprovázen nevolností. Dalším běžným symptomem je nesnášenlivost určitých jídel, zejména těch s vyšším obsahem tuků, které mohou vyvolat biliární koliku.

Diagnostiku nám potvrdí především ultrazvukové vyšetření. Fyzikální vyšetření není tolik významné, pouze u akutního zánětu je pozitivní Murphyho příznak.

U tohoto onemocnění je jedinou možností k vyléčení cholecystektomie (18, 24).

3.2.3. Akutní cholangitida

Jedná se o zánět žlučových cest. Mechanismus vzniku je buď částečná, či úplná obstrukce odtoku žluče do tenkého střeva a nejčastějšími příčinami bývají konkrementy ve žlučových cestách či sklerozující cholangitida. Někdy může zánět zapříčinit i nádor žlučového stromu. Kvůli porušenému odtoku žluči se v městnající žluči množí střevní bakterie, nejčastěji se jedná o bakterie *E. coli* či *Klebsiellu*. Infekce se dále může rozšířit na intrahepatální i extrahepatální žlučovody. Dokonce se mohou vytvořit i jaterní abscesy.

Zánět obvykle projevuje tzv. Charcotovou triádou, která zahrnuje horečku, žloutenku a bolest. Navíc se často objevují příznaky celkové sepse, jako jsou celková slabost, třesavka, zrychlený srdeční tep a nízký krevní tlak. Během fyzikálního vyšetření je často zjištěno zvětšení jater (hepatomegalie) a v případě septického průběhu i zvětšení sleziny (splenomegalie).

Laboratorní testy potvrzují diagnózu, ukazují zvýšenou hladinu bilirubinu v krvi (hyperbilirubinemii), zvýšený počet bílých krvinek (leukocytóza) a vysokou sedimentaci. V moči je přítomen urobilinogen a bilirubin. Dále je možné provést sonografické vyšetření, při kterém je obvykle viditelné rozšíření jak extrahepatálních, tak i intrahepatálních žlučových cest. Tento nález slouží jako indikace k provedení endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP), což je diagnostický a terapeutický zákrok používaný k vizualizaci a léčbě onemocnění žlučových cest (18, 24).

Jako léčebná metoda se používá drenáž žlučových cest. Tento postup může zahrnovat papilotomii, což je chirurgický zákrok, při kterém se odstraňuje konkrement, nebo lze provést dilataci stenózy. V extrémních případech je možná zevní drenáž žlučových cest nebo umístění endoprotézy. Důležitou součástí léčby je také podávání antibiotik, která pomáhají zabránit nebo léčit případné infekce. Dále je možná i léčba pomocí ursodeoxycholové kyseliny, která je terciální žlučovou kyselinou u člověka. Léčba je bezpečná a výskyt vedlejších příznaků není častý (9, 18).

3.2.4. Chronická cholangitida

Tento chronický zánět je závažný především pro své důsledky, jelikož dlouhodobý přetlak ve žlučových cestách způsobí poškození jater a podmíní vznik sekundární obstrukční cirhóze.

Chronický zánět probíhá mírněji, nemocní pocítují hlavně svědění kůže ještě před projevem ikteru. Dále se objevují i subfebrilie, kachektizace a dyspeptické potíže.

Diagnóza tohoto onemocnění se stanovuje na základě klinických příznaků a laboratorních výsledků, kde dochází ke zvýšeným hodnotám jaterních enzymů, jako jsou GMT (gamma-glutamyltransferáza), ALT (alaninaminotransferáza) a AST (aspartátaminotransferáza). Nejpřesnější diagnostické metody jsou však sonografické vyšetření, endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP) nebo perkutánní transhepatální cholangiografie (PTC).

Léčba zahrnuje endoskopický zákrok při ERCP, kde se odstraní překážka ve žlučových cestách. Součástí léčby jsou také dlouhodobě podávaná antibiotika. V případech, kdy endoskopická léčba není úspěšná, je vhodné přistoupit k transhepatální nebo chirurgické léčbě (18, 23).

4. Diagnostika onemocnění žlučníku a žlučových cest

K diagnostice těchto onemocnění nám pomůže odběr anamnézy, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření a zobrazovací metody (18).

4.1. Anamnéza

Při sbírání anamnézy se zaměřujeme zejména na historii biliárních onemocnění u pacienta i v jeho rodině. Zjišťujeme také případný výskyt hyperurikémie, hyperlipoproteinémie, obezity a diabetu mellitu. Dalším důležitým faktorem je těhotenství, neboť ženy, které již rodily, mají zvýšené riziko výskytu žlučových kamenů. Kromě informací o minulých onemocněních zjišťujeme také současné příznaky, jako jsou bolesti, dyspepsie, změny v tělesné hmotnosti, nebo užívání hormonální antikoncepce (4).

4.2. Fyzikální vyšetření

Při vyšetření pohledem je pro nás klíčové sledovat barvu kůže a sliznic, konkrétně projevy ikteru nebo subikteru. Dále můžeme zaznamenat pruritus, neboli svědění kůže. U pacientů s dlouhodobou cholestázou často pozorujeme symptomy zvýšeného sklonu ke krvácení, a to jak na dolních končetinách, tak z nosní dutiny nebo na sliznicích. Pohled nám ale mimo tyto aspekty neposkytuje další podstatné informace.

Vyšetření poklepem je důležité hlavně pro zjištění bolestivosti, což je typické u akutních cholecystitid. Pomocí poklepu zjišťujeme, zda se zánět rozšířil na pobřišnici.

Palpace, tedy hmatové vyšetření, je pravděpodobně nejvýznamnější. Pomocí něj zjišťujeme velikost, bolestivost a konzistenci žlučníku a jeho okolí.

Hmatově lze zjistit zvětšení žlučníku, neboť za běžných okolností není žlučník hmatatelný. Při palpaci cítíme polokulovitý útvar, který je schopen pohybu do stran. Zvětšení žlučníku je obvykle způsobeno jeho hydropsem, kdy je naplněn tekutinou v důsledku uzavření *ductus cysticus*. Může se také vyskytnout napjatý a bolestivý žlučník, který se stahuje kvůli souvisejícímu zánětu. Trvalou hmatnost žlučníku způsobují nádory. V případě obstrukce hlavního žlučovodu, obvykle v oblasti hlavy slinivky břišní nebo u Vaterské papily, je žlučník zřetelně zvětšený a napjatý, což je spojeno s obstrukčním ikterem, známým jako Courvoisierův příznak. Během zánětu je žlučník velmi bolestivý na dotek a objevuje se Murphyho příznak - lékař umístí prst na oblast žlučníku a požádá pacienta o hluboký nádech, který však kvůli intenzivní bolesti není možný (4).

4.3. Laboratorní vyšetření

Mezi nejčastěji odebírané laboratorní hodnoty řadíme **ALP**, **GMT**, **bilirubin**, **AST**, **ALT**, **cholesterol**, nádorové markery (CA 19-9, CEA), imunologické vyšetření (ANA, AMA) a **zánětlivé parametry** (18).

U zánětlivých parametrů pozorujeme hlavně sedimentaci erytrocytů, leukocytózu a zvýšené CRP. Vyšetření je zásadní, jelikož většinu onemocnění žlučníku a žlučových cest doprovází zánět.

Aminotransferázy (ALT, AST) se při onemocnění žlučníku a žlučových cest určují vždy kvůli možné reakci jater na dané biliární onemocnění.

Bilirubin je zvýšený při přítomném ikteru, který vzniká při obstrukci žlučovodů.

Alkalická fosfáza (ALP) je enzym, který je zvýšený hlavně u poruch odtoku žluče, intrahepatální a extrahepatální cholestázy. Hodnota ALP je také brzce zvýšená u tumorózních procesů v játrech.

Gamma-glutamyltranspeptidáza (GGT), což je glykoprotein vázaný na buněčné membrány, hraje roli v přenosu γ -glutamyl skupiny z glutamylpeptidů, hlavně z glutationu, na jiné aminokyseliny, peptidy a vodu. Hladiny GGT se zvyšují v případě cholestáz a jaterních poškození, kde mohou dosáhnout až 10 až 20násobku normálních hodnot. Současný nárůst hladin alkalické fosfatázy nám pomáhá potvrdit diagnózu. Zvýšené hladiny GGT se objevují také u metastatických nádorů v játrech.

Cholesterol se obvykle zvyšuje u všech forem cholestáz, přičemž u chronických forem dosahuje nejvyšších hodnot. U obstrukčního ikteru dochází k nárůstu plazmatických lipoproteinů v LDL frakci a k poklesu hladiny HDL cholesterolu.

Nádorové markery jsou makromolekulární látky, jejichž koncentrace se mění v závislosti na typu a růstu nádoru a běžně se vyskytují v nízkých hladinách. Marker CA 125 je indikátorem karcinomu v oblasti žlučových cest, ale může také ukazovat na onemocnění jater a pankreatu. Zvýšená hladina CA 19-9 je charakteristická pro biliární tumory, avšak ne každý nádor tento marker produkuje. V takových případech se vyšetřuje hladina CA 50, kde zvýšené hodnoty mohou signalizovat adenokarcinom žlučových cest.

Důležité je i vyšetření hodnot amyláz v moči i v séru, jelikož jejich zvýšené hodnoty naznačují přidruženou pankreatitidu (4).

4.4. Zobrazovací metody

Ultrazvukové vyšetření (UZ) je základní zobrazovací metoda, díky které můžeme získat informace o velikosti a obsahu žlučníku či tloušťce jeho stěny. Také pomocí UZ můžeme pozorovat evakuační funkci žlučníku po předešlé stimulaci. Toto vyšetření je také spolehlivé při zobrazení rozšíření žlučových cest.

Výpočetní tomografie (CT) je cenným diagnostickým nástrojem, který se často využívá k detekci jak primárních, tak sekundárních nádorů v břišních orgánech a lymfatických uzlinách. CT je také efektivní v zobrazování rozšíření žlučových cest.

Další důležitou radiologickou technikou je perkutánní transhepatální cholangiografie (PTC). Tato metoda zobrazuje žlučové cesty pomocí kontrastní látky, která se aplikuje tenkou jehlou přes mezižeberní prostor a hrudní stěnu až do jaterního parenchymu a do žlučovodu. Kromě diagnostických možností PTC také umožňuje provádění terapeutických zákroků, jako je drenáž žlučových cest (23, 24).

Jednou z jednoduchých diagnostických metod je nativní snímek břicha, který může odhalit kalcifikované konkrementy, biliární ileus, emfyzematózní cholecystitidu nebo porcelánový žlučník.

Magnetická rezonance, konkrétně MR-cholangiografie, je další užitečná technika, která se využívá k detailnímu zobrazení žlučovodů bez nutnosti použití kontrastní látky. Tato metoda poskytuje vysoké rozlišení obrazu a je obzvláště užitečná pro vyšetření žlučových cest (18).

Modernější metodou je endoskopická ultrasonografie (EUS). Pomocí vysokofrekvenční sondy zavedené do žaludku a duodena se vyšetří oblast Vaterovy papily, pankreatu a extrahepatální části žlučovodů.

Zásadní zobrazovací metodou je též endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP). Pacient leží na levém boku a ústy je pod RTG kontrolou zaveden duodenoskop k Vaterské papile, která se kanyluje. Poté se do žlučových cest aplikuje kontrastní látka a provede se RTG snímek. Je to invazivní metoda, u které hrozí poškození pankreatu a tím vznik akutní pankreatitidy. Proto se k diagnóze více využívají metody zmíněné výše. Podle ESGE je ale terapeutické

ERCP bezpečné i efektivní u těhotných žen, pokud je výkon prováděn zkušeným endoskopistou a plod není vystavován vysoké radiační zátěži (21, 24).

5. Cholecystektomie

Historicky první operaci odstranění žlučníku, cholecystektomii, uskutečnil Johann Carl Langenbuch v Berlíně v roce 1882. V Praze byla tato operace poprvé provedena v roce 1891 na České chirurgické klinice, a to pod vedením Karla Maydla. Co se týče techniky operace, rozlišujeme klasickou cholecystektomii, která zahrnuje otevřený chirurgický zákrok, a laparoskopickou cholecystektomii. Laparoskopická cholecystektomie je modernější a méně invazivní metoda, při které se používá laparoskop, což umožňuje provádět operaci přes menší řezy (4).

5.1. Cholecystektomie klasická

Dnes se jedná spíše o výjimečný výkon a ve většině případů se dává přednost formě laparoskopické. Před operačním výkonem u cholecystitidy, choledocholitiázy a u pacientů nad 70 let je vhodné podávat pacientovi antibiotika jako prevenci infekce. Oproti laparoskopické operaci je nevýhodou větší riziko vzniku kýly v jizvě po větším pooperačním řezu a také větší bolesti v operační ráně a pomalejší návrat funkcí břišních orgánů. Výhodou je však větší přehlednost v břišní dutině.

U otevřené cholecystektomie jsou určitá rizika jako je například peritonitida (0,1%), poranění žlučového (0,3%), absces (0,2%) nebo poranění cév *vena portae* a *arteria hepatica* (0,1%). Dalším rizikem je to, že průběh hlavního žlučového může být velmi variabilní a může dojít k záměně s *ductus hepaticus*. Také je riziko záměny *arteria cystica* s *arteria hepatica dextra*.

Pacient je v celkové anestezii a leží na zádech. První řez se provádí jako příčný v pravém nadbříšku. Je možné vést řez i subkotálně vpravo, ale po tomto přístupu jsou méně příznivé kosmetické výsledky. Dále se provádí preparace Calotova trojúhelníku pod žlučníkem po nasazení dvou jaterních háků. Preparuje se hlavní žlučovod a vývod žlučníku směrem ke žlučníku a u toho se přetne povrchní peritoneální přechod, což nám umožňuje dobře identifikovat struktury. Jako další se uvolní *ductus cysticus*, který se obejde Overholtovou svorkou a poté se přeruší v blízkosti žlučového mezi dvěma svorkami. Pokud je možná přítomnost

choledocholitiázy, tak se před protětím provede cholangiografie, která zobrazí hlavní žlučovod a jeho vyprazdňování do duodena. Následně je přerušena *arteria cystica*, která je proximálně zjištěna opichovou ligaturou. Mezi poslední kroky řadíme samotné odstranění žlučníku z jaterního lůžka za mírného tahu. S pomocí nůžek a diatermie a hemostatických látek zastavíme případné krvácení. Pokud je potřeba, tak se provede i podjaterní drenáž, ale to především v komplikovaných případech (26, 28).

5.2. Cholecystektomie laparoskopická

Laparoskopická cholecystektomie je velice rozšířený výkon. Mezi jeho kontraindikace řadíme například nitrobřišní srůsty či podezření na malignitu, v tom případě se zvolí cholecystektomie klasická. Je to šetrný výkon, po němž zůstávají malé jizvy a pobyt v nemocnici je kratší.

U zánětlivých onemocnění či věku nad 70 let se také podávají antibiotika jako prevence infekce.

I tento typ cholecystektomie má rizika stejná jako otevřená cholecystektomie. Má však mnoho výhod, například menší pooperační bolesti, rychlejší obnovení funkce břišních orgánů a rychlejší návrat do běžného života.

Pacient je v celkové anestezii a leží na zádech. Přístup je pomocí 3 - 4 trokarů a průběh operace je sledován televizní technikou. První z nich je založen supraumbilikálně a ostatní jsou zavedeny v průběhu subkostálního řezu. Založí se Verresova jehla a při její správné poloze, což si ověříme instilací fyziologického roztoku a kapkovým testem, se založí pneumoperitoneum pomocí přibližně čtyř litrů kysličníku uhličitého a může se zavést trokar optiky. Břišní dutina se prohlédne na obrazovce a hledají se případné srůsty, které se mohou odstranit tupě nebo monopolární energií. Zavedou se trokary a úchopové kleště, kterými se uchopí žlučník a luxuje se kraniálně. Identifikuje se Calotův trojúhelník, otevře se a protne se jeho peritoneální kryt. Jsou přerušeny vazivové můstky a drobná krvácení se zastaví koagulací. Oddělíme *ductus cysticus* od hlavního žlučovodu a také vypreparujeme *arteria cystica*. Po důkladné identifikaci struktur se zasvorkuje a nůžkami se přeruší *ductus cysticus*. Stejným způsobem se přeruší i *arteria cystica*. Po přerušení těchto struktur se může retrográdně odstranit žlučník a hlídat, zda

nedochází ke krvácení, popřípadě se musí ošetřit diatermií. Po zastavení krvácení se přeruší i poslední vazivové poutko mezi játry a žlučníkem, což se může provést koagulací a nůžkami. Po uvolnění všech struktur se může žlučník extrahovat skrze supraumbilikální trokar úchopovými kleštěmi. Zavedou se rozvírací kleště, které nám rozšíří otvor trokaru a žlučník se snadno vytáhne, buď v oblasti pupku nebo v epigastrické oblasti. Dále se všechny porty odvzdušní kvůli tomu, aby se odstranil veškerý zbytkový plyn. Incize se následně uzavírají stehem a může se zavést drén (14, 19, 26, 28).

5.3. Komplikace cholecystektomie

Komplikace u tohoto výkonu můžeme rozdělit na časné a pozdní.

Mezi časné komplikace lze zařadit krvácení do břišní dutiny a do trávicí trubice, pooperační pankreatitidu, únik žluči do dutiny břišní, poruchy drenáže žlučových cest, pooperační ikterus nebo jaterní selhání. Jednou z nejzávažnějších komplikací je poranění žlučových cest, které i přes spolehlivost laparoskopické cholecystektomie nelze eliminovat. Často je provedena rekonstrukce žlučového systému ještě při operaci, ale může se toto poranění přehlédnout. To se po operaci projevuje neurčitými bolestmi břicha, horečkou, žloutenkou a únikem žluči z drenáže. Dále se mohou objevit i komplikace v místě operační rány, jako je její infekce, tvorba abscesů a hematomů.

K pozdním komplikacím patří záněty žlučových cest, přetrvávající kameny ve žlučovodech, nebo takzvaný postcholecystektomický syndrom. Tento stav zahrnuje komplikace, které se mohou objevit po odstranění žlučníku, jako jsou biliární koliky a trávicí obtíže. Pacienti mohou zažívat nově vzniklé problémy, jako jsou nadýmání, nesnášenlivost určitých jídel a kolikovitě bolesti, a to i bez zřetelné příčiny. Léčba těchto pozdních komplikací bývá složitá a často ne příliš efektivní, přičemž se obvykle uchyluje k lázeňským kúram a podávání léků podporujících tvorbu a vylučování žluči, společně s uklidňujícími přípravky. Dle studie z roku 2019 v USA trpí po operaci až 40% pacientů zažívacími obtížemi. Konkrétně v USA se jedná o 280 000 lidí ročně, kteří si i po operaci stěžují na dlouhodobé zažívací potíže (4, 15, 16, 17).

5.4. Předoperační péče a příprava

Kapitolu předoperační přípravy budu zpracovávat na základě mé zkušenosti z odborné praxe v Ústřední Vojenské nemocnici na chirurgickém oddělení.

Předoperační přípravu můžeme rozdělit na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední.

V rámci dlouhodobé předoperační přípravy si pacient zajišťuje komplexní interní vyšetření, které nesmí být starší déle než 14 dnů. Toto vyšetření zahrnuje screeningové vyšetření krve i moči, fyzikální vyšetření, EKG a rentgen srdce a plic.

Krátkodobá příprava probíhá 24 hodin před operací. Pacient je přijat dle zvyklosti oddělení den před výkonem na chirurgické oddělení, nebo v den operace v rámci jednodenní chirurgie. Sestra seznámí pacienta s oddělením a je od něj odebrána ošetrovatelská anamnéza, především se sestra zaměří na problémy spojené s onemocnění žlučníku - dyspeptické potíže. Zkontroluje veškerou pacientovu dokumentaci a předoperační vyšetření. Pacient je zhodnocen ve všech oblastech - riziko pádu, riziko vzniku dekubitů, nutriční stav. Sestra dále stanoví ošetrovatelské diagnózy a sestaví ošetrovatelský plán. Pacient také musí navštívit anesteziologa, u kterého proběhne odebrání lékařské anamnézy (především dřívější zkušenosti z anestezií, onemocnění srdce), podepíše souhlas s celkovou anestezií a anesteziolog mu průběh anestezie podrobněji popíše. Anesteziolog v rámci psychické přípravy může pacientovi naordinovat léky na spaní a premedikaci těsně před výkonem. Dále za pacientem přijde jeho operatér, který s ním opět probere veškeré potíže a následně se podepíše informovaný souhlas s výkonem. Pacienta edukuje i sestra a to z ošetrovatelského hlediska. Dle ordinací lékaře sestra zavede periferní žilní vstup a aplikuje tekutiny či jinou medikaci v rámci předoperační přípravy. Například při zánětech žlučníku sestra podává antibiotika.

Bezprostřední příprava probíhá 2 hodiny před výkonem, kdy sestra zajišťuje kompletní předoperační přípravu pacienta. Sestra pacienta poprosí o důkladnou hygienu antibakteriálním mýdlem a klipování ochlupení, následně si operační pole zkontroluje, popřípadě odstraní zbylé ochlupení. Dezinfekce pupku se zde již neprovádí. Sestra zkontroluje lačnění pacienta tím, že se ho dotáže, kdy naposledy jedl a pil. Správně by pacient neměl jíst minimálně 6 hodin a pít 2 hodiny. V případě rizika vzniku tromboembolické nemoci se pacientovi provedou bandáže dolních

končetin nebo se podají nízkomolekulární hepariny. Těsně před odjezdem na sál sestra zkontroluje, zda je pacient vyprázdněný, popřípadě vyzve pacienta, aby si došel na toaletu. Sestra pacienta identifikuje, zkontroluje fyziologické funkce a také sundání veškerých šperků či umělého chrupu. Na výzvu z operačního sálu sestra podává premedikaci, po které již pacient nesmí vstávat z lůžka, jelikož působí sedativně. Poté je již pacient odvezen na operační sál k výkonu (12).

5.5. Pooperační péče

Pooperační péči budu popisovat především ze zkušeností z odborné praxe v Ústřední Vojenské nemocnici v Praze.

Pacient je po operačním výkonu přesunut na dospávací pokoj, kde je ještě zhruba 2 hodiny pod neustálým dohledem, dokud neodezní účinky celkové anestezie. Po stabilizaci stavu je přeložen na standardní chirurgické oddělení. Pokud je jeho stav kritický a potřebuje nepřetržitou monitoraci, tak je přeložen na jednotku intenzivní péče. Pooperační péče závisí na stavu pacienta a na pokynech lékaře. Po překladi na oddělení je potřeba pacienta dle ordinací monitorovat. Sledovat jeho vědomí, dechovou frekvenci, saturaci, krevní tlak a srdeční frekvenci. O časovém intervalu monitorace rozhoduje operatér a anesteziolog. Sledují se především projevy krvácení a šoku. Dle ordinace lékaře a stavu pacienta se také provádí odběry krve na krevní obraz a biochemické vyšetření - bilirubin, AST, ALT. Po odeznění celkové anestezie se u pacientů mohou objevit bolesti operační rány. Je důležité bolest pravidelně monitorovat a reagovat na ni analgetiky dle ordinace lékaře, jelikož léčba bolesti je zásadní. Bolesti se často objevují například v oblasti epigastria a hypogastria, zároveň i v oblasti zad a ramene, což je způsobeno zbytkem nevstřebaného oxidu uhličitého. Analgetika se nejčastěji podávají intravenózní cestou. Při silných bolestech je možné pacientovi podat i opiáty, pokud je lékař naordinoval. Sestra dále musí kontrolovat i operační ránu. Ta je již na operačním sále překryta sterilním obvazem a tento obvaz by se na ráně měl nechat nejlépe 48 hodin. Mezitím sestra kontroluje případný prosak krytí nebo i okolní zarudnutí. Při převazech sestra sleduje krvácení, zarudnutí, hematomy, sekret vycházející z rány nebo otoky. Pacient zároveň musí být edukován o činnostech, které zvyšují nitrobršní tlak, například kašel. Při těchto činnostech si pacient musí

na ránu lehce přitlačit ruku nebo polštář. Zvýšený nitrobršší tlak totiž může způsobovat bolest, ale i dehiscenci rány nebo kýlu. Do operační rány může být zaveden drén (např. Redonův drén), ale je to volba operatéra. Dále může být i zaveden T-drén, který se zavádí do *ductus choledochus* a je napojený na sběrný sáček na samospád. V případě zavedení je sledováno okolí drénu, jeho funkčnost, odpad z drénu, jeho množství i barvu. Sestra si všímá i možné přítomnosti infekce - zarudnutí, zápach.

Sestra pečuje i o výživu a vyprazdňování pacienta. Po operaci sleduje, zda se spontánně vymočil do 6-8 hodin po výkonu, jinak se musí zavést PMK. Kontroluje dále i hydrataci, diurézu nebo bilanci tekutin, pokud si to pacientův stav vyžaduje. Tekutiny ihned po operaci dostává pacient nejprve intravenózně. Příjem tekutin per os lze zahájit zhruba až 2 hodiny po výkonu. Pevnou stravu může pacient přijímat již první pooperační den. Pacienti především dostávají suchary nebo staré pečivo. Dieta se však odvíjí i od stavu pacienta. Nežádoucím účinkem celkové anestezie totiž může být nauzea nebo i zvracení, na to sestra reaguje podáním antiemetik dle ordinace lékaře. Zhruba za 2 - 3 dny se obnoví střevní peristaltika, mezitím by však pacient měl pociťovat odchod plynů a i to sestra musí sledovat.

Jako prevence vzniku tromboembolické nemoci a stimulace střevní peristaltiky by se měl pacient časně vertikalizovat. Sestra musí pacienta edukovat, jak správně vstávat. Břšší stěna se musí co nejméně namáhat, proto se pacientům vysvětluje, aby se zvedali přes bok do sedu. Pokud vertikalizace není možná, tak sestra s pacientem alespoň cvičí dolní končetiny a zároveň kontroluje barvu, teplotu či otok dolních končetin, což značí příznaky trombózy.

Propuštění pacienta záleží na jeho stavu, nejdříve však může být propuštěn první pooperační den po laparoskopické cholecystektomii. Vzhledem k brzkému propuštění je pacient informován o všech možných komplikacích a v případě jejich vzniku musí okamžitě kontaktovat lékaře. Stehy jsou pacientům odstraněny zhruba po 7 - 10 dnech dle ordinace lékaře. Rekonvalescence pak v domácím prostředí trvá přibližně 2 - 3 týdny. Pro propuštění však musí splňovat určité podmínky. Mezi ně se řadí kontrolovaná bolest, spontánní močení a odchod plynů, tolerance diety a pohybového režimu, nemá poruchu hojení rány, nejeví známky infekce či pooperačních komplikací. Sestra ho také před propuštěním edukuje například v péči

o ránu, dietě, o pohybu nebo o zvládnání bolesti. Tyto části budou více rozebrány v kapitole „Edukace” (12).

6. Edukace

Slovo edukace pochází z latinského *educō, educare*, což si můžeme vyložit jako vychovávat nebo vést vpřed. Podle Juřeníkové (2010, strana 9) „pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“. Pod pojmem edukace si také můžeme představit výchovu a vzdělání člověka s tím, že oba tyto pojmy se propojují (13).

6.1. Základní pojmy v edukaci

V edukaci se vyskytuje hned několik pojmů, které je třeba vysvětlit.

Edukačním procesem se rozumí činnost, při které se člověk učí záměrně či nezáměrně. Tento proces probíhá celý život již od narození, například když se dítě učí mluvit. Do tohoto procesu se řadí následující pojmy - edukátor, edukant, edukační konstrukty a edukační prostředí.

Edukátor je osoba, která edukuje někoho dalšího. V nemocničním prostředí se nejčastěji jedná o lékaře, sestry, fyzioterapeuty nebo nutriční terapeuty.

Edukantem je naopak osoba, která se učí novým znalostem a dovednostem od edukátora. Ve zdravotnictví je jím nejčastěji pacient.

Mezi edukační konstrukty řadíme například plány, zákony nebo edukační materiály a ty mají vliv na kvalitu edukačního procesu.

Posledním pojmem je edukační prostředí, což je místo, kde daná edukace probíhá. Na prostředí má vliv hned několik faktorů, například barva, osvětlení, atmosféra nebo nábytek.

Dále se můžeme setkat i s edukačním standardem. Tím se rozumí závazná norma, která udržuje požadované úrovně kvality edukace. Standardy se v praxi nejčastěji používají u klienta s konkrétním onemocněním.

Edukace nám slouží k prevenci onemocnění, navrácení či udržení zdraví a také ke zlepšení kvality života nemocného. Využít ji můžeme v primární prevenci u zdravých jedinců k udržení jejich zdraví, v sekundární prevenci u nemocných pro zaměření na prevenci vzniku komplikací a jejich uzdravení, nebo v terciární

prevenci u jedinců s nezvratným stavem na zaměření zlepšení kvality života. Edukaci dále můžeme rozdělit na základní, reedukační a komplexní. Základní edukace je učení úplně nových znalostí a dovedností, například první edukace pacienta. Při reedukační edukaci se navazuje již na předchozí edukaci a již získané znalosti se prohlubují. Komplexní edukaci si můžeme představit jako kurzy, při kterých jsou etapově podávány ucelené vědomosti (13).

6.2. Proces edukace

Celý proces edukace můžeme rozdělit celkem do pěti fází - počáteční pedagogická diagnostika, projektování, realizace, upevnění a prohloubení učiva, zpětná vazba.

Ve fázi počáteční pedagogické diagnostiky edukátor odhaluje úroveň vědomostí a dovedností a zjišťuje si tak edukační potřeby edukanta. Toho dosáhne například pozorováním nebo rozhovorem.

Při fázi projektování si edukátor plánuje cíl, formu i obsah edukace, pomůcky, časový rozvrh a podobně.

Fáze realizace začíná motivací edukanta, po které následuje expozice, kde se edukantovi zprostředkují nové poznatky. Navazující je fixace, při které se získané poznatky ověřují a opakují. Poté následuje průběžná diagnostika, u které se ověřuje a testuje pochopení získaných dovedností. Při poslední fázi aplikace pozorujeme edukanta, jak nové poznatky umí aplikovat a používat v praxi.

Fáze upevňování a prohlubování učiva slouží k uchování poznatků v dlouhodobé paměti edukanta. Nové dovednosti se musí v pravidelných intervalech opakovat a procvičovat, aby došlo k jejich fixaci.

V poslední fázi zpětné vazby se hodnotí jak výsledek edukanta, tak i práce edukátora. Dochází tak ke zpětné vazbě mezi oběma osobami (13).

6.3. Vlastnosti edukátora

Edukátor musí splňovat hned několik vlastností. Řadí se mezi ně i charakterové vlastnosti. Musí být trpělivý, tolerantní, zodpovědný ale také spravedlivý. Dále by měl být edukátor ve zdravotnictví zručný a obratný, rychle by měl řešit problémy. Důležitý je i pozitivní vztah k ostatním lidem a dobře komunikovat. V neposlední řadě jsou významné odborné znalosti a dovednosti.

Edukátor musí být pro edukanta podporou a jeho poradcem a poskytovat mu veškeré své dovednosti a znalosti. Tvoří, projektuje a koordinuje celý edukační proces a na konci edukace plní roli hodnotitele.

Aby byla jeho práce kvalitní, měl by hodnotit i sám sebe v rámci sebereflexe. Pomáhá to do budoucna k vyvarování se chyb a tím zlepšování celého procesu edukace. Edukátor může svoji práci zhodnotit sám, ale také s edukantem pomocí rozhovoru či dotazníku (13).

6.4. Edukace pacienta po cholecystektomii

Základem edukace pacienta po cholecystektomii je rozšířit jeho povědomí ohledně stravovacího režimu. Pacienta poučuje lékař, sestra či nutriční terapeut – záleží na zvyklosti oddělení. Z mých zkušeností téměř vždy pacienty edukovala o dietním režimu po operaci sestra. Nutriční terapeut přišel, pokud měl pacient například problém s nadváhou. Pokud má oddělení, kde pacient leží, k dispozici písemný materiál ohledně pooperačního režimu, tak mu ho sestra či nutriční terapeut předá a společně s ním jednotlivé body projde.

Pacient je poučen vždy před propuštěním a je zdůrazněno, že dieta by se měla dodržovat alespoň 4 až 6 týdnů po operaci. Během hospitalizace se pacienti stravují dietou 4S s omezením tuků, která je hlavně založena na sacharidech, to vše je pacientovi vysvětleno. Sestra pacientovi vysvětlí, že dieta s omezením tuků, kterou bude dodržovat, je snadno stravitelná a jakým potravinám by se měl vyvarovat. Sdělí, že pro něj není vhodné stravu smažit nebo grilovat a má raději zvolit vaření a dušení stravy. Dále je zmíněno, že strava by neměla být kořeněná a příliš horká nebo naopak příliš studená. U ovoce sestra zmíní, že jsou vhodné druhy bez slupky a nedráždivé – banán, jablko, pomeranč. Zdůrazní i škodlivé druhy ovoce, což mohou být ořechy, maliny nebo angrešt. U mléčných výrobků sestra edukuje pacienta o tom, že lze konzumovat výrobky s obsahem tuku do 30% a dále třeba netučné jogurty nebo netučné mléko. U pečiva zmíní, ať si vybírá již starší bílé pečivo. Pro přípravu pokrmů musí sestra zdůraznit, že lze používat pouze jednodruhové rostlinné oleje a tuky. Jako přílohy může doporučit brambory, rýži nebo nudle. Kromě stravy je nutná pacienta edukovat také o pitném režimu. Musí vybírat tekutiny, které vlažné či lehce teplé a to v množství 2 až 2,5 litru za den.

Sestra také pacienta poučí o zákazu kouření, pití alkoholu a silné kávy. Konkrétní vhodné potraviny u onemocnění žlučníku podrobněji popisují v následující kapitole (10).

Dále je pacient poučen i o pohybovém režimu a případné bolesti. Sestra pacientovi vysvětlí, že bolest se může objevovat v oblasti pravého ramene z důvodu nevstřebaného oxidu uhličitého. Pacientovi doporučí úlevové polohy, mezi které se řadí vzpřímený sed popřípadě i chůze. Ihned po operaci je pacient edukován o tom, že by se měl co nejdříve vertikalizovat a mobilizovat. Sestra ho opět poučí o nutném zvedání přes bok od sedu a šetření břišní stěny. Zdůrazní, že by se měl pacient vyvarovat zvedání těžkých vah. Během prvních týdnů se nedoporučuje zvedat věci těžší než 2,5 kilogramu. Sestra by také měla doporučit vhodné aktivity, například svižnou chůzi nebo jógu (12).

V neposlední řadě je pacient samozřejmě poučen v péči o operační rány a vznikající jizvy. Sestra pacienta poučí, že již 2. den po operaci může do sprchy a ránu si oplachovat vodou s mýdlem bez parfemace a také pravidelně kontrolovat její stav před známkami infekce. Pacient o své rány pečuje tak, aby bylo co nejnižší riziko vzniku velkých hypertrofických a keloidních jizev. Sestra pacienta o péči edukuje následovně. Jizva by měla být udržována v čistotě a rozhodně by se z ní neměly strhávat jakékoliv strupy, měly by se samovolně odloučit. Dále se jizva musí chránit před sluncem alespoň první 3 měsíce a pacient by neměl chodit do solária nebo sauny. Vlivem slunečního záření totiž dochází k pigmentaci jizvy a byla by poté více viditelná. Operační jizva by neměla být příliš natahována například vlivem sportovní aktivity. Pacient by zároveň neměl nosit těsné oblečení ze syntetických materiálů, jelikož jizvu dráždí a ta na to reaguje začerváním a tvrdnutím. Po odstranění stehů je možné provádět tlakovou masáž zhruba třikrát denně a to alespoň 10 minut. Masáž probíhá stlačením jizvy proti spodině a čeká se, než zbledne, poté se tlak uvolní. Zároveň by se jizva měla pravidelně promašťovat po jejím zahojení jako prevence přesychání. Sestra doporučí mastné krémy, jako je Indulona, vazelína nebo měsíčková mast (27).

7. Dieta při onemocnění žlučníku a žlučových cest

Dieta je velice významná součást léčby u pacientů s onemocněním žlučníku. Měla by být správně dodržována dlouhodobě a pestrost stravy je upravena

individuálním požadavkům nemocného. Pokud pacient neumí či nechce vařit, může zvolit možnost krabičkové diety. Existuje spousta programů, kde si pacient zvolí své dietní preference a jídlo je mu sestavené na míru a zároveň je zajištěn nezbytný přísun živin.

Vzhledem k různorodosti onemocnění žlučníku může být dieta rozdílná, liší se například typem onemocnění (akutní či chronické), stavem nemocného (především jeho váha a věk) nebo i dle přidruženého onemocnění, jako je například diabetes mellitus či onemocnění ledvin. Samozřejmě i výběr vhodných potravin je velice individuální, jelikož každý snáší různé potraviny jinak.

Co se týče přípravy jídel, tak by se měl vybrat takový způsob, u kterého se použije co nejméně tuku. Vhodná je proto horkovzdušná a mikrovlnná trouba, varné sklo nebo parní hrnce. Mělo by se z přípravy jídel vyloučit smažení a namísto toho pokrmy vařit ve vodě, péct nebo dusit. Jídla by měla být měkké konzistence a nejdříve se podávají v kašovitě podobě.

U chronického onemocnění žlučníku a žlučových cest se dieta dodržuje dlouhodobě až po celý život. Správně by měla být plnohodnotná jak po stránce energetické, tak i nutriční, aby zajišťovala trvalý přísun základních živin, minerálů a vitamínů. Pro dietu je specifická i pravidelnost jídel, je doporučeno jíst 5 až 6 krát denně a večer pouze lehká jídla a menší porce.

Pro akutní onemocnění žlučníku a žlučových cest (akutní cholecystitida, biliární kolika při litiáze) je dieta zaměřena především na zmírnění obtíží, a proto není kladen takový důraz na její energetickou hodnotu. Je dodržována pouze krátkodobě a zpočátku je z diety úplně vyřazen tuk a je spíše sacharidová. Pokud je pacient již ve špatném nutričním stavu a hospitalizován, tak je potřeba podávat výživu parenterálně. V úplných počátcích je kladen důraz na doplnění tekutin, může být podáván čaj a k němu například suchary. Po zklidnění obtíží a vymizení kolik se může postupně podávat pacientovi třeba rýže nebo bramborová kaše. Pokud pacient toleruje již zmiňované potraviny, mohou se do diety přidat i bílkoviny (maso a nízkotučné mléčné výrobky dle snášenlivosti). Jakmile potíže odezní trvale, tak se strava začíná obohacovat, až se jedná o dietu s normálním obsahem bílkovin a sacharidů, pouze tuky jsou stále omezeny na 40 g za den. Pokud pacient takovou dietu i nadále toleruje, přechází na dietu pro chronická onemocnění

žlučníku s omezením tuku 50 g na den. Jídla jsou solena mírně a měla by být připravována do měkké konzistence a zelenina s brambory se ze začátku diety lisuje (3, 5, 11, 22).

7.1. Vhodné potraviny při chronickém onemocnění žlučníku

V rámci stravování je doporučeno upřednostňovat následující potraviny:

Obilniny a těstoviny: Přednost se dává pšeničné krupici, pšeničné mouce, rýži, rýžové mouce a ovesným vločkám. Těstoviny se volí bez vajec nebo s nízkým obsahem vajec.

Pečivo a pekárenské výrobky: Konzumuje se netučné pečivo z bílé nebo celozrnné mouky, ideálně starší chléb, toustový chléb, starší kynuté pečivo s nízkým obsahem tuků, dětské piškoty a dietní suchary.

Mléko a mléčné výrobky: Upřednostňuje se polotučné nebo netučné mléko a jogurty. Tvaroh a sýry se volí nízkotučné, čerstvé nebo tavené, je nutné se vyhnout pikantním chutím.

Tuky: Používá se nepřepálený kvalitní olej, máslo a rostlinný tuk.

Maso: Doporučuje se libová šunka, kuřecí a drůbeží párky, šunkový a drůbeží salám, telecí, kuřecí, libové hovězí nebo libová vepřová kýta.

Vejce: Bílky jsou povoleny bez omezení, celá vejce a žloutky jsou omezeny na ½ kusu denně.

Ovoce: Preferuje se čerstvé ovoce nebo kompoty, vhodné je nenadýmavé ovoce jako jablka, broskve, pomeranče.

Zelenina: Omezuje se nadýmavá zelenina, ať už čerstvá, mražená nebo ve slaném nálevu, jako jsou mrkev, petržel, květák, ledový salát, rajčata.

Koření: Povolena je petrželka, kopr, pažitka, bazalka, kmín.

Nápoje: Pijí se bylinkové čaje, 100% ovocné šťávy, minerální vody a nízkotučné mléčné výrobky podle snášenlivosti.

7.2. Vhodné potraviny při akutním onemocnění žlučníku a žlučových cest

V rámci diety jsou určité potraviny povoleny:

Pokud jde o obilniny a těstoviny, je možné si dopřát pšeničnou krupici (včetně varianty pro děti), Solamyl, bílou pšeničnou mouku, ovesné vločky a Gustin. Co se týče těstovin, jsou dovoleny, pokud jsou vyrobeny z hladké mouky a neobsahují vajíčka, případně mají nízký obsah vajec.

V oblasti pečiva a pekárenských výrobků jsou povoleny pouze starší kusy bílého pečiva, dietní suchary, piškoty a netučné sušenky bez přidání kakaá.

Co se týče mléka a mléčných výrobků, může se začít konzumovat čerstvé mléko, které může být ředěno vodou. Alternativou je sušené mléko s nízkým obsahem tuku, například produkt Laktino, nebo rýžové mléko. Sýry nejsou součástí povolených potravin a tvarohy by měly být konzumovány pouze ve formě pomazánek se slanou příchutí, v závislosti na vaší toleranci.

Tuky: Po odeznění akutních obtíží se do jídelníčku může začlenit máslo nebo kvalitní oleje, ale jen do hotových jídel v množství 5g. Po asi 10 dnech je možné přidat máslo i jako pomazánka na staré pečivo a ke konci diety zvýšit množství tuků na 10g.

Maso: Po ustoupení akutních potíží (zhruba 4. den) lze zařadit telecí, libové hovězí, holubí bez kůže, kuřecí maso, kapra nebo pstruha. Ke konci diety můžete přidat libovou vepřovou kýtu.

Vejsce: Je povolený vaječný bílek. Celá vejce až po uklidnění akutních obtíží v míře ½ vejce za den.

Ovoce: Strouhaná jablka a jablečné pyré, dětská ovocná výživa, vyzrálé banány a šťávy z kompotů.

Zelenina: Dušená mrkev a dýně, vařená a dušená zelenina (kedlubna, květák a mrkev).

Brambory: Vařené brambory, bramborová kaše, dušené a pečené brambory pouze bez tuku.

Koření: kmín, sůl, petrželka a malé množství kopru.

Nápoje: bylinkové čaje, slabé čaje, naředěné šťávy z ovoce (5, 11, 22, 23).

Výzkumná část

Ve výzkumné části bude mým cílem popsat, zanalyzovat a porovnat získané výsledky z mého dotazníku, který zkoumá stravování pacientů po cholecystektomii a ověřit si mé předem stanovené hypotézy. Zajímá mě, jak si pacienti s dietním režimem poradili, zda měli dostatek informací při propuštění a zda mají po odstranění žlučníku stále nějaké problémy spojené se stravováním.

8. Cíl výzkumu

Pro svůj výzkum jsem si zvolila celkem 2 cíle:

Cíl 1: Zjistit, jak byli respondenti nuceni změnit svůj stravovací režim po operaci.

Cíl 2: Zjistit, zda byli respondenti dostatečně edukováni o dietním režimu po operaci.

9. Hypotézy

Celkem jsem si stanovila 4 hypotézy, které jsem vytvořila na základě výzkumu v bakalářské práci Lucie Malotové (20).

Hypotéza 1: Domnívám se, že více než 50 % respondentům nevyhovuje vyřazení tučných a kořeněných jídel z jídelníčku.

Hypotéza 2: Domnívám se, že u méně než 50 % respondentů stále přetrvávají potíže spojené se stravováním i po odstranění žlučníku.

Hypotéza 3: Domnívám se, že více než 50 % respondentů bylo dostatečně edukováno o dietním režimu po cholecystektomii.

Hypotéza 4: Domnívám se, že více než 50 % respondentům byla doporučena literatura (leták, kniha internet, seznam doporučených potravin) se stravovacím režimem po cholecystektomii.

10. Metodika výzkumu

Ke sběru dat jsem zvolila kvantitativní výzkum. Vytvořila jsem dotazník o 21 otázkách, který obsahuje celkem 13 uzavřených otázek, 7 polouzavřených otázek a 1 otevřenou otázku (viz příloha č. 1). Většina otázek měla na výběr více možných odpovědí. Dotazník jsem distribuovala jak v elektronické podobě, tak i v tištěné podobě. Elektronických dotazníků jsem rozeslala celkem 50, správně vyplněných bylo pouze 47. Dotazník byl rozeslán mezi mé přátele i rodinné známé,

ale také do hromadné skupiny Žlučníkáři na platformě Facebook (viz. příloha č. 2). Vytisknutých dotazníků jsem také rozdala 50, správně vyplněných bylo pouze 43. Dotazníky jsem rozdávala v Ústřední Vojenské nemocnici v Praze ve spolupráci s Jaroslavou Jankovou, vedoucí nutriční terapeutkou. Ta dotazníky rozdávala na různých odděleních v nemocnici s pomocí dalších nutričních terapeutů. Dotazníky byly kompletně anonymní a byly rozdávány po schválení žádosti o provádění výzkumného šetření v ÚVN paní náměstkyní pro nelékařské zdravotnické profese a řízení kvality zdravotní péče (viz. příloha č. 3).

Dohromady jsem tedy rozdala 100 dotazníků a správně vyplněných jsem získala celkem 90. Získaná data jsem ručně přepočítala a dále jsem tyto data vložila do počítačových programů MS Excel a MS Word, kde jsem vytvořila tabulky a grafy. V tabulkách jsou data uvedené v absolutní (počet odpovědí) i relativní četnosti (procentuální zastoupení), v grafech jsou zobrazeny výsledky pouze v relativní četnosti.

11. Charakteristika vzorku respondentů

Respondenti byli pacienti po cholecystektomii, kteří operační zákrok podstoupili v rozsahu 3 až 12 měsíců před vyplněním dotazníku. Jednalo se jak o muže, tak i o ženy v rozsahu 18 až 99 let. O kritériích výběru respondentů před rozdělením dotazníku byli informováni všichni nutriční terapeuti pod vedením vedoucí nutriční terapeutkou. V elektronické podobě dotazníku byla kritéria stanovena v úvodu dotazníku.

12. Výsledky dotazníkové šetření a jejich analýza

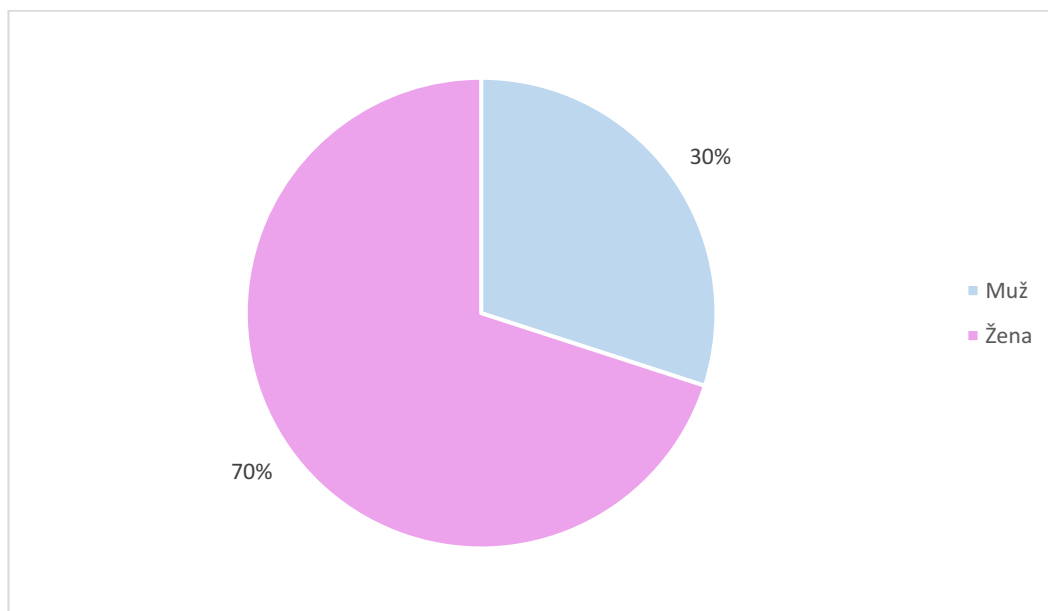
V této kapitole budu zpracovávat výsledky dotazníkového šetření do jednotlivých tabulek a grafů.

Tabulka 1 - Pohlaví

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	27	30 %
Žena	63	70 %
Celkem	90	100 %

Dotazník vyplnilo dohromady 90 respondentů (100 %), z toho se jednalo o 27 mužů (30 %) a 63 žen (70 %).

Graf 1 – Pohlaví

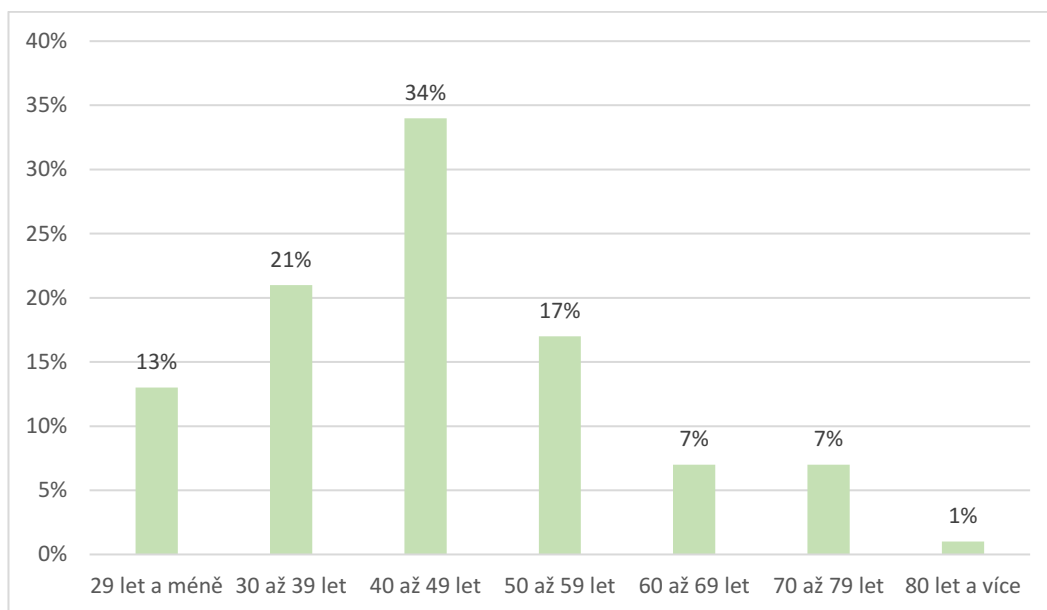


Tabulka 2 - Věk

	Absolutní četnost	Relativní četnost
29 let a méně	12	13 %
30 až 39 let	19	21 %
40 až 49 let	31	34 %
50 až 59 let	15	17 %
60 až 69 let	6	7 %
70 až 79 let	6	7 %
80 let a více	1	1 %
Celkem	90	100 %

V této otázce respondenti zvolili svůj věk. Respondentů ve věku 29 let a méně bylo 12, což tvoří 13 %. Početnější skupinou byli respondenti ve věku 30 až 39 let, kterých bylo celkem 19, což činí 21 %. Nejvíce respondentů bylo ve věku 40 až 49 let, konkrétně 31 respondentů, což odpovídá celkem 34 %. Se stoupajícím věkem se počet respondentů snižuje. Respondentů ve věku 50 až 59 let bylo 15 (17 %), ve věku 60 až 69 let bylo 6 respondentů (7 %), ve věku 70 až 79 bylo také 6 respondentů (7 %) a ve věku 80 let a více pouze 1 respondent (1 %).

Graf 2 - Věk

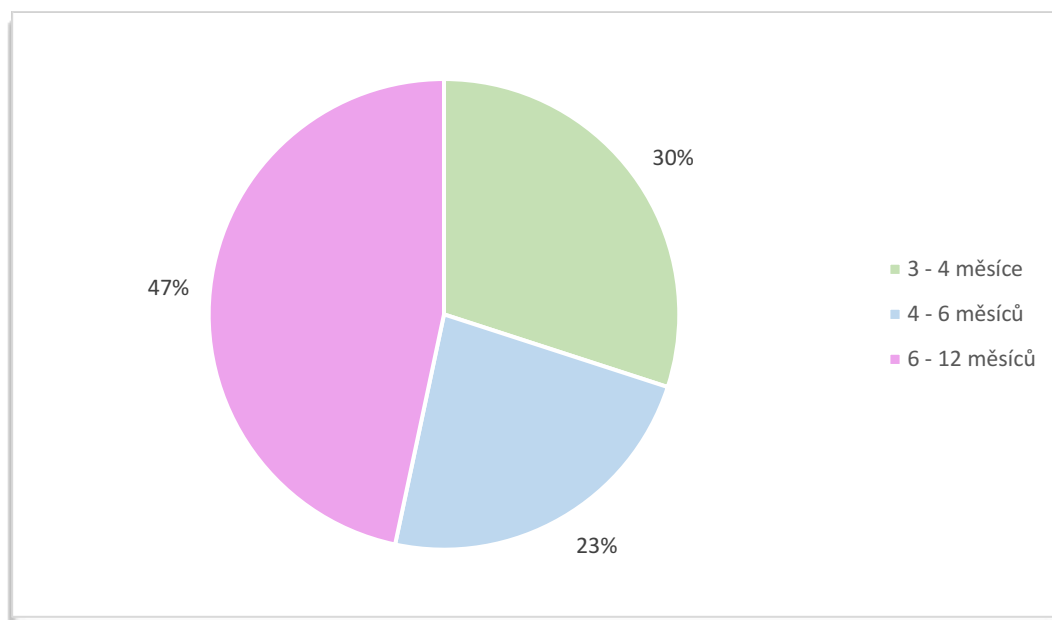


Tabulka 3 - Jak dlouhou dobu jste po cholecystektomii (odstranění žlučníku)?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
3 – 4 měsíce	27	30 %
4 – 6 měsíců	21	23 %
6 – 12 měsíců	42	47 %
Celkem	90	100 %

U této otázky jsem zjišťovala, jak dlouhou dobu jsou respondenti po cholecystektomii. Pro svůj dotazník jsem si stanovila rozmezí 3 měsíce až 1 rok. Toto kritérium jsem si stanovila především kvůli tomu, že právě v tomto období pacienti po operaci nejčastěji dodržují dietní opatření a mohou se začít projevovat zažívací a jiné potíže po postupném přecházení na běžnou stravu. Nejvíce respondentů je po operaci v rozmezí 6 až 12 měsíců, celkem se jedná o 42 respondentů, což odpovídá 47 %. Druhou nejpočetnější skupinou je 27 respondentů (30 %), kteří jsou po operaci 3 – 4 měsíce. Poslední a nejméně početnou skupinou jsou respondenti 4 – 6 měsíců po operaci, což je celkem 21 respondentů (23 %).

Graf 3 - Jak dlouhou dobu jste po cholecystektomii (odstranění žlučníku)?

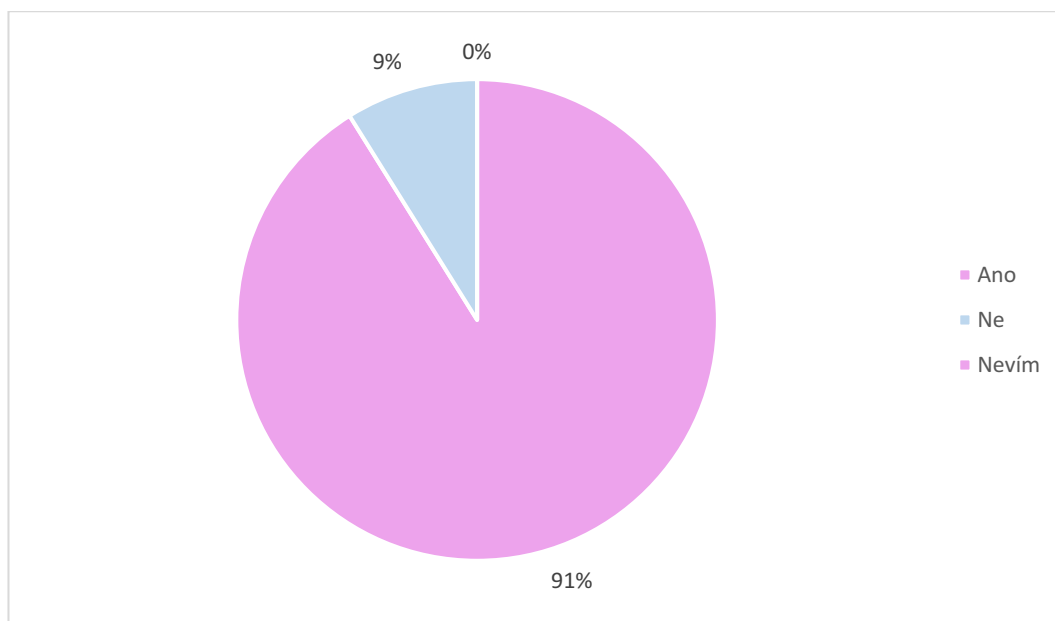


Tabulka 4 - Byl(a) jste při propuštění informován(a) o způsobu stravování po operaci?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	82	91 %
Ne	8	9 %
Nevím	0	0 %
Celkem	90	100 %

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti byli jakýmkoliv způsobem informování o jejich stravovacím režimu po operaci, ať už se jednalo o dostatečné poučení, či nedostatečné. Až 82 respondentů bylo o stravovacím režimu nějakým způsobem informováno, což je 91 % z celkového počtu respondentů. Zbytek činilo 8 respondentů (9 %), kteří nebyli o stravovacím režimu informování vůbec.

Graf 4 - Byl(a) jste při propuštění informován(a) o způsobu stravování po operaci?

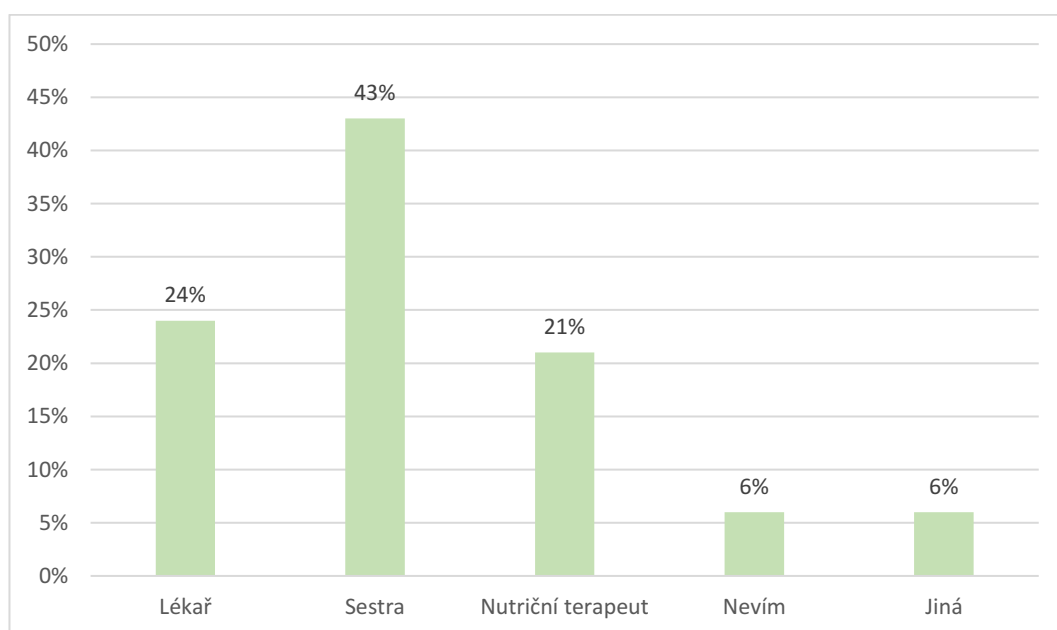


Tabulka 5 - Kdo Vás o stravovacím režimu po operaci informoval?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lékař	27	24 %
Sestra	48	43 %
Nutriční terapeut	23	21 %
Nevím	7	6 %
Jiná	6	6 %
Celkem	111	100 %

Zde mě zajímalo, kdo přesně respondenty o stravovacím režimu po operaci informoval. Respondenti u této otázky mohli označit více odpovědí. Nejvíce respondentů (43 %) označilo, že je o stravovacím režimu informovala sestra. Další nejpočetnější skupinou bylo 27 respondentů (24 %), které edukoval o stravovacím režimu lékař. Dále 23 respondentů (21 %) označilo, že je o stravování označil nutriční terapeut. Druhou nejméně početnou skupinou respondentů byli ti, kteří označili odpověď „Nevím“. Celkem se jednalo o 7 respondentů (6 %). V této otázce měli respondenti možnost i napsat svoji vlastní odpověď, což si zvolilo 6 respondentů. Ve všech případech se jednalo o respondenty, které nikdo o stravování neinformoval.

Graf 5 - Kdo Vás o stravovacím režimu po operaci informoval?

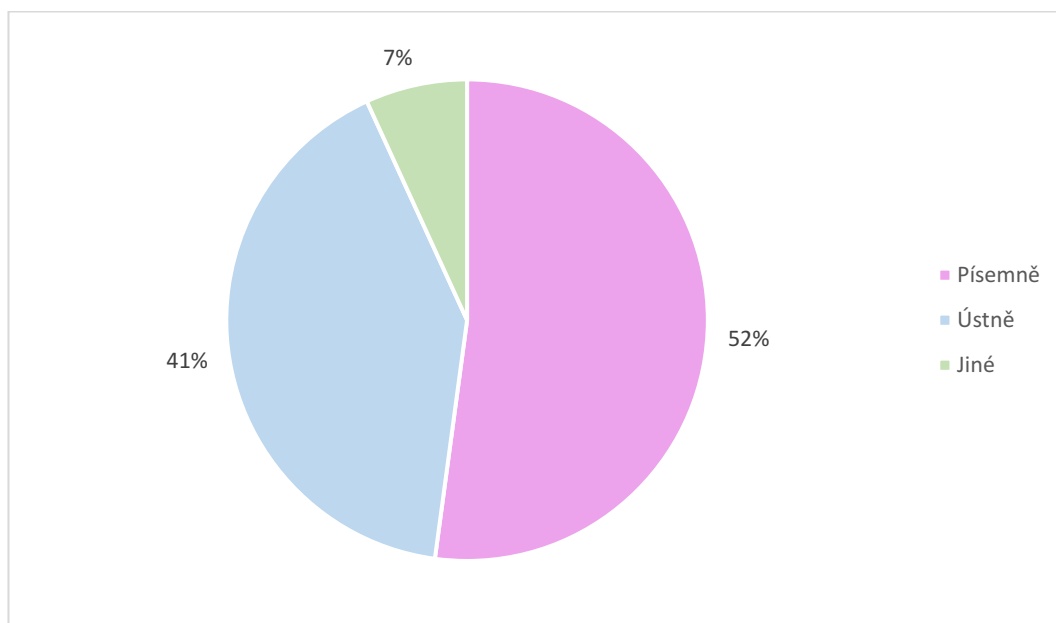


Tabulka 6 - Jakým způsobem Vám informace byly poskytnuty?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Písemně	61	52 %
Ústně	48	41 %
Jiná	8	7 %
Celkem	115	100 %

U šesté otázky jsem zjišťovala, jakým způsobem byly respondentům informace podány a byla možnost zvolit více odpovědí. Nejvíce respondentů, celkem 51 (52 %), zvolilo odpověď „písemně“, byli informováni například pomocí informačního letáku. Ústně bylo edukováno celkem 48 respondentů (41 %). Možnost „Jiná“ obsahovala celkem 8 odpovědí (7%) a jednalo se pouze o respondenty, kterým informace nebyly poskytnuty vůbec.

Graf 6 - Jakým způsobem Vám informace byly poskytnuty?

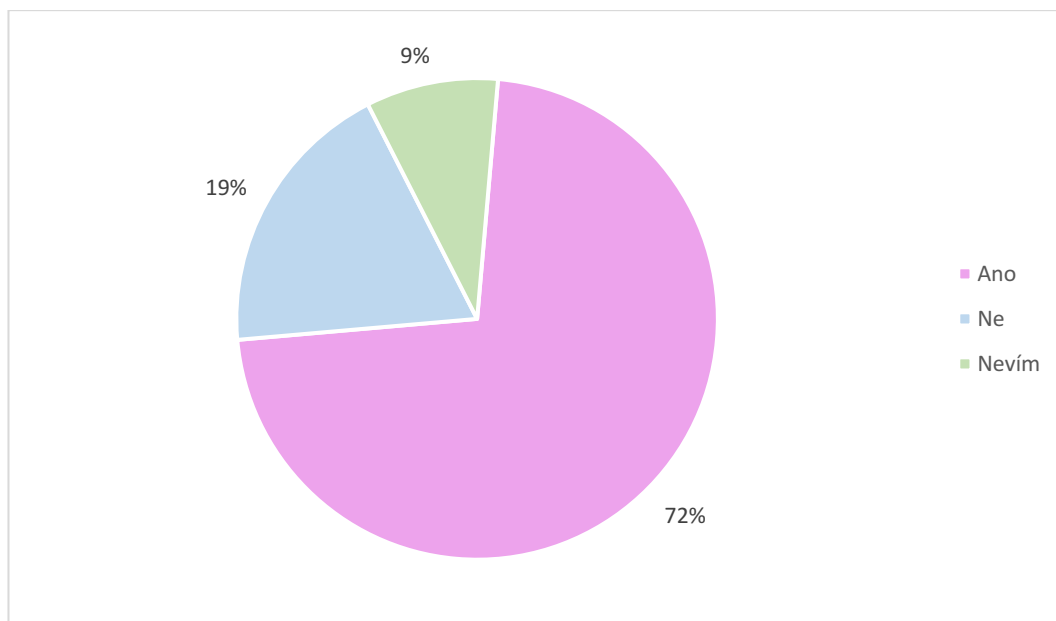


Tabulka 7 - Byly pro Vás poskytnuté informace ohledně stravování dostačující?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	65	72 %
Ne	17	19 %
Nevím	8	9 %
Celkem	90	100 %

Sedmá otázka měla za úkol zjistit, zda pacientům přišly dostačující poskytnuté informace o stravování po operaci, nebo zda edukace měla být lepší a intenzivnější. Celkem 65 respondentům (72 %) bylo s množstvím poskytnutých informací spokojeno. Nedostačující informace získalo celkem 17 respondentů (19 %). Posledních 8 respondentů (9 %) označilo odpověď neví, jelikož jim nebyly poskytnuté žádné informace.

Graf 7 - Byly pro Vás poskytnuté informace ohledně stravování dostačující?

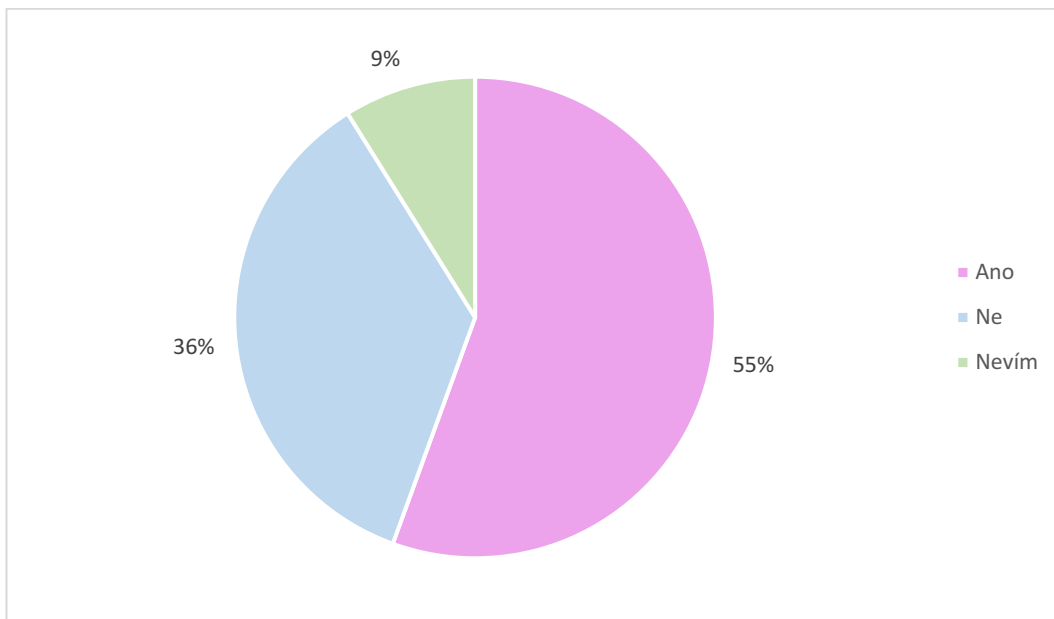


Tabulka 8 - Dohledával(a) jste si další informace ohledně stravování po odstranění žlučníku i přes poučení při propuštění?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	50	55 %
Ne	32	36 %
Nevím	8	9 %
Celkem	90	100 %

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, kolik respondentů si vyhledávala další informace ohledně stravování po odstranění žlučníku. Pokud si pacienti informace vyhledávali, tak v jejich případě z mého pohledu byla edukace v nemocnici nedostatečná. Další informace si vyhledávalo celkem 50 respondentů, což činí 55 %. Dostatečná edukace proběhla u 32 respondentů (36 %) a žádné další informace si nedohledávali. Pouze 8 respondentů (9 %) označilo odpověď „Nevím“, pravděpodobně si nevzpomínají.

Graf 8 - Dohledával(a) jste si další informace ohledně stravování po odstranění žlučníku i přes poučení při propuštění?

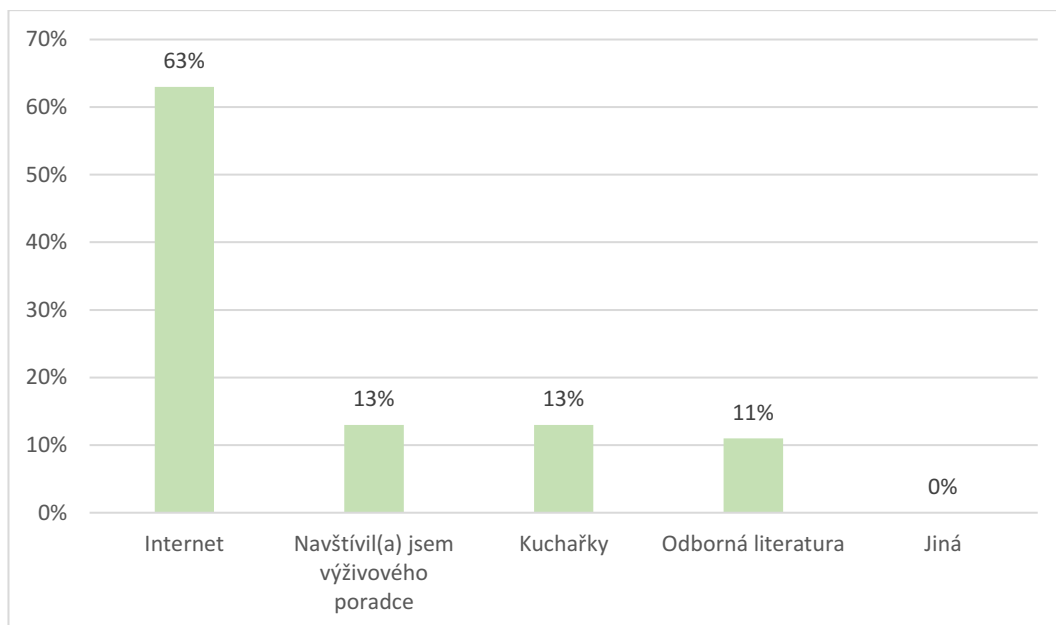


Tabulka 9 - Pokud ano, kde jste si další informace vyhledával(a)?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Internet	50	63 %
Navštívil(a) jsem výživového poradce	10	13 %
Kuchařky	10	13 %
Odborná literatura	9	11 %
Jiná	0	0 %
Celkem	79	100 %

Na tuto otázku odpovídalo pouze 50 respondentů, kteří v otázce číslo 8 označili odpověď „Ano“ a dohledávali si další informace ohledně stravování po odstranění žlučníku i přes poučení při propuštění. Respondenti mohli označit více odpovědí. Každý z respondentů si dohledával informace na internetu, celkem u této možnosti bylo tedy 50 označení (63 %). Kromě internetu někteří respondenti navštívili i výživového poradce, konkrétně se jednalo o 10 respondentů (13 %). Dalších 10 respondentů vyživalo jako zdroj informací kuchařky (13 %). 9 respondentů (11 %) získávalo informace i z jiné odborné literatury. Možnost „Jiná“ žádný respondent nezvolil.

Graf 9 - Pokud ano, kde jste další informace vyhledával(a)?

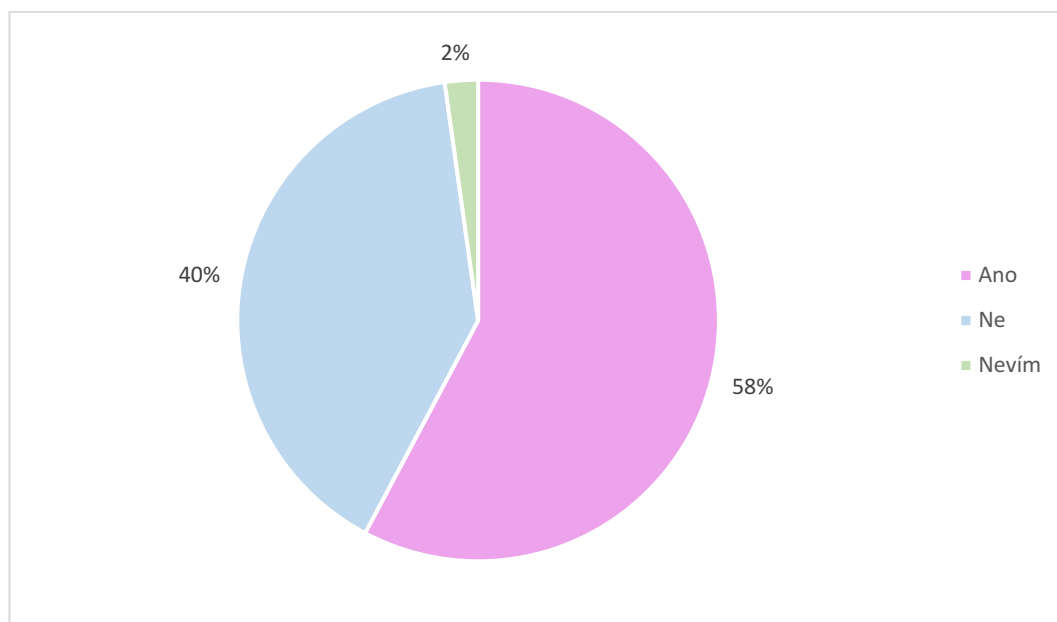


Tabulka 10 - Dostal(a) jste během hospitalizace seznam vhodných potravin či přímo receptů, které jsou po operaci vhodné?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	52	58 %
Ne	36	40 %
Nevím	2	2 %
Celkem	90	100 %

Desátá otázka mi pomáhala zjistit, zda respondenti v době své hospitalizace nebo propuštění dostali od zdravotnického personálu seznam vhodných potravin nebo receptů, které jsou vhodné po odstranění žlučníku. Myslím si, že lidem tento seznam může ulehčit stravování v pooperačním období a proto to pro mě byla jedna ze zásadních otázek. Celkem 52 respondentů (58 %) takový seznam dostala. Bohužel 36 respondentů tento seznam nedostalo (40 %). Pouze 2 respondenti (2 %) označili odpověď „Nevím“.

Graf 10 - Dostal(a) jste během hospitalizace seznam vhodných potravin či přímo receptů, které jsou po operaci vhodné?

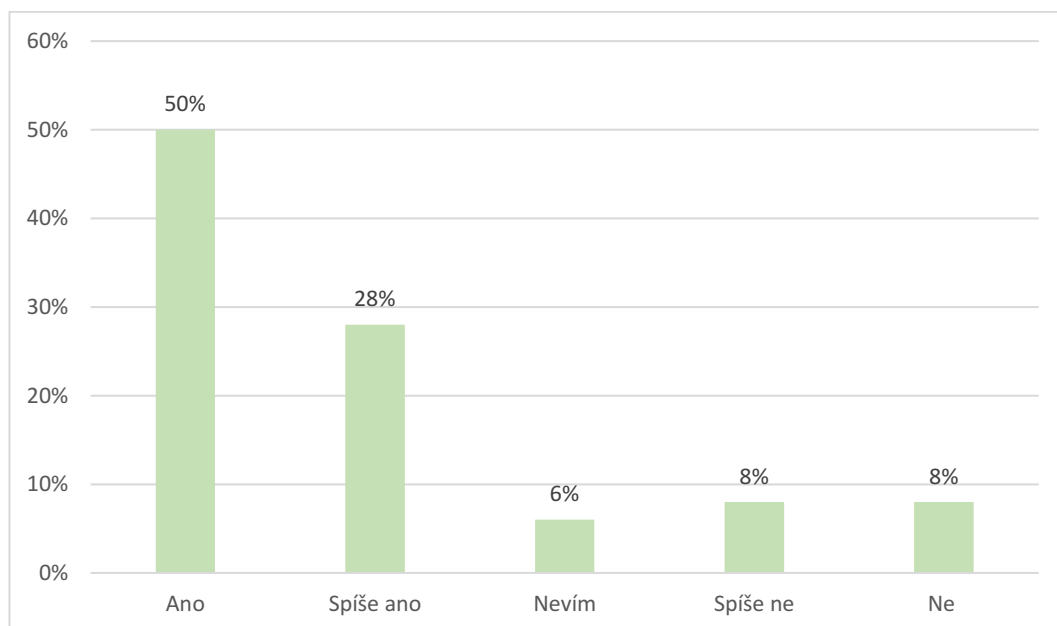


Tabulka 11 - Pokud ne, myslíte si, že byste zvládal(a) stravování po operaci lépe, kdyby jste takový seznam dostal(a)?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	50 %
Spíše ano	10	28 %
Nevím	2	6 %
Spíše ne	3	8 %
Ne	3	8 %
Celkem	36	100 %

U této otázky mohlo odpovídat pouze 36 respondentů, kteří v otázce číslo 10 označili odpověď „Ne“ a nedostali během hospitalizace žádný seznam vhodných potravin či receptů po cholecystektomii. 18 respondentů, což je přesně polovina (50 %), označilo odpověď „Ano“ a stravování by se seznamem zvládli lépe. Dále 10 respondentů označilo odpověď „Spíše ano“, což činí 28 % odpovědí. 2 respondenti (6 %) neví, zda by jim seznam pomohl ke snadnějšímu stravování. Posledních 6 respondentům by seznam potravin nebo receptů nepomohl ke snadnějšímu stravování. 3 respondenti (8 %) označili odpověď „Spíše ne“ a další 3 respondenti (8 %) označili odpověď „Ne“.

Graf 11 - Pokud ne, myslíte si, že byste zvládal(a) stravování po operaci lépe, kdyby jste takový seznam dostal(a)?

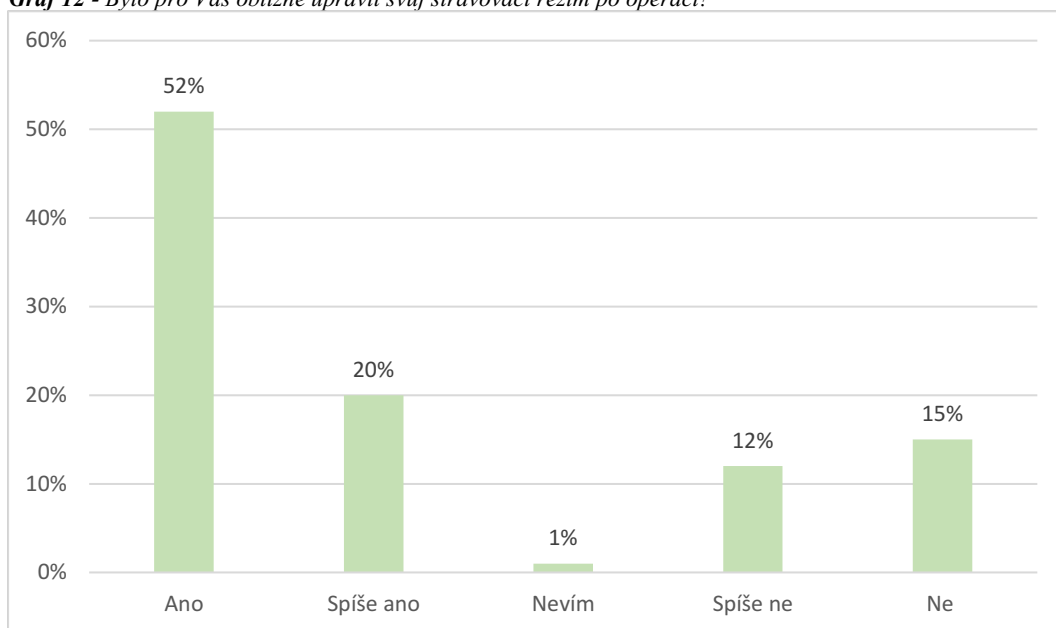


Tabulka 12 - Bylo pro Vás obtížné upravit svůj stravovací režim po operaci?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	47	52 %
Spíše ano	18	20 %
Nevím	1	1 %
Spíše ne	11	12 %
Ne	13	15 %
Celkem	90	100 %

V této otázce jsme zjišťovala, zda pro respondenty bylo obtížné upravit jejich stravovací režim po operaci, především kvůli omezení tučných a kořeněných jídel. Z odpovědí vyplývá, že pro většinu to nebylo lehké. Obtížné to bylo pro 47 respondentů (52 %), kteří označili odpověď „Ano“. Dále 18 respondentů (20 %) označilo odpověď „Spíše ano“. Pouze jeden respondent (1 %) nevěděl, zda to pro něj obtížné bylo či ne. Pro dalších 11 respondentů (12 %) to nebylo tolik obtížné, jelikož označili odpověď „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ označilo celkem 13 respondentů (15 %), pro které nebylo vůbec obtížné svůj stravovací režim upravit.

Graf 12 - Bylo pro Vás obtížné upravit svůj stravovací režim po operaci?

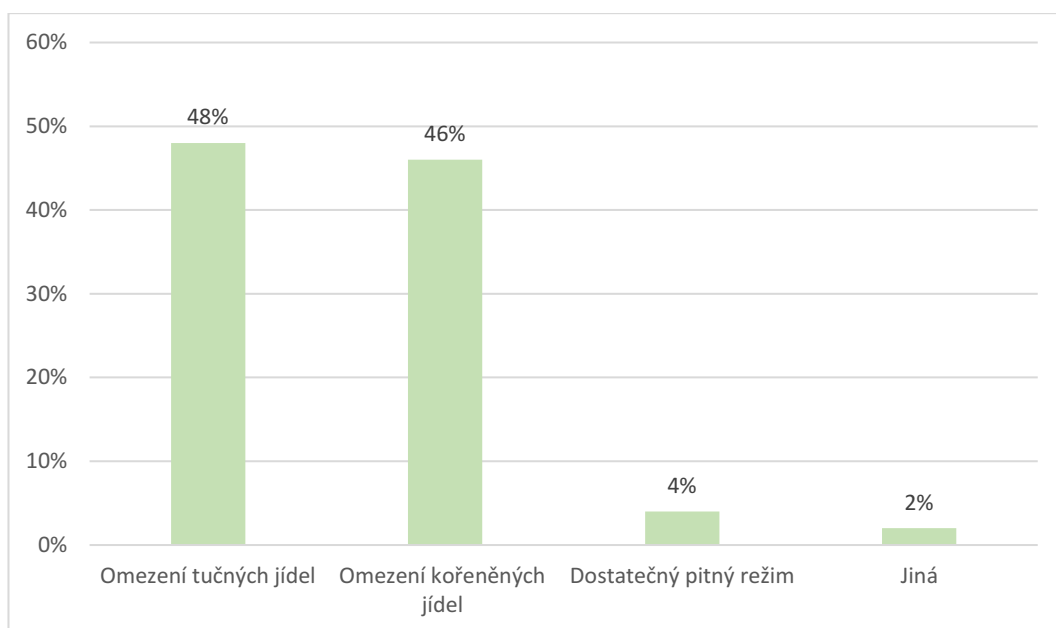


Tabulka 13 - Co pro Vás bylo nejvíce obtížné?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Omezení tučných jídel	65	48 %
Omezení kořeněných jídel	63	46 %
Dostatečný pitný režim	5	4 %
Jiná	3	2 %
Celkem	136	100 %

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v otázce číslo 12 označili odpovědi „Ano“ (47 respondentů) a „Spíše ano“ (18 respondentů). Celkem se tedy jednalo o 65 respondentů a mohli označit více odpovědí. Všichni respondenti označili, že pro ně bylo nejvíce obtížné omezit tučná jídla. Jednalo se tedy o 65 respondentů (48 %). Druhou nejpočetnější odpovědí bylo omezení kořeněných jídel, což označilo 63 respondentů (46 %). Již méně početnou skupinou bylo 5 respondentů (4 %), pro které bylo obtížné dodržovat dostatečný pitný režim. 3 respondenti (2 %) označili možnost „Jiná“. 2 respondenti vyplnili, že pro ně bylo obtížné omezit sladká jídla (bonbóny a sladkosti) a pro jednoho respondenta bylo těžké omezit alkohol.

Graf 13 - Co pro Vás bylo nejvíce obtížné?

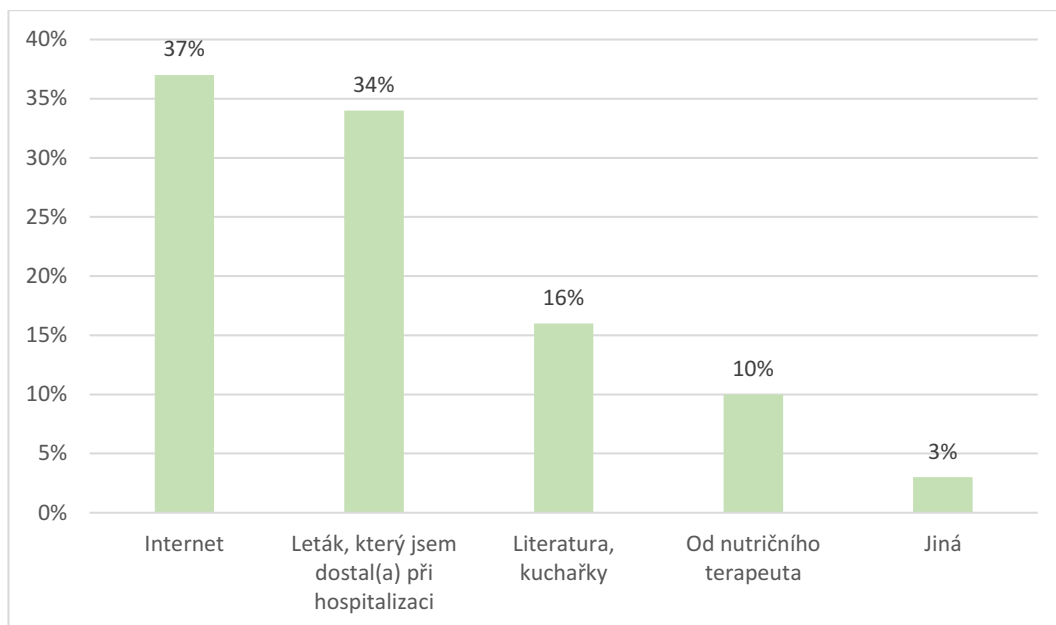


Tabulka 14 - Odkud jste čerpal(a) nápady na recepty?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Internet	57	37 %
Leták, který jsem dostal(a) při hospitalizaci	52	34 %
Literatura, kuchařky	24	16 %
Od nutričního terapeuta	16	10 %
Jiná	4	3 %
Celkem	153	100 %

U čtrnácté otázky jsem zjišťovala, kde respondenti přesně čerpali nápady na recepty, jelikož při omezení tučných a kořeněných jídel to pro některé může být obtížné. V této otázce mohli respondenti zvolit více možností. Nejvíce respondenti čerpali nápady na recepty z internetu, celkem 57 respondentů (37 %). Dále 52 respondentů (34 %) využívalo k vaření leták, který dostali při hospitalizaci. Hojně byla k vaření využívána i kuchařka či jiná odborná literatura a to u 24 respondentů (16 %). Dalších 16 respondentů (10 %) využilo rady od nutričního terapeuta. Poslední 4 respondenti (3 %) zvolili odpověď „Jiná“, kde uvedli, že nápady nikde nečerpali, vařili dle intuice a to, co je napadlo.

Graf 14 - Odkud jste čerpal(a) nápady na recepty?

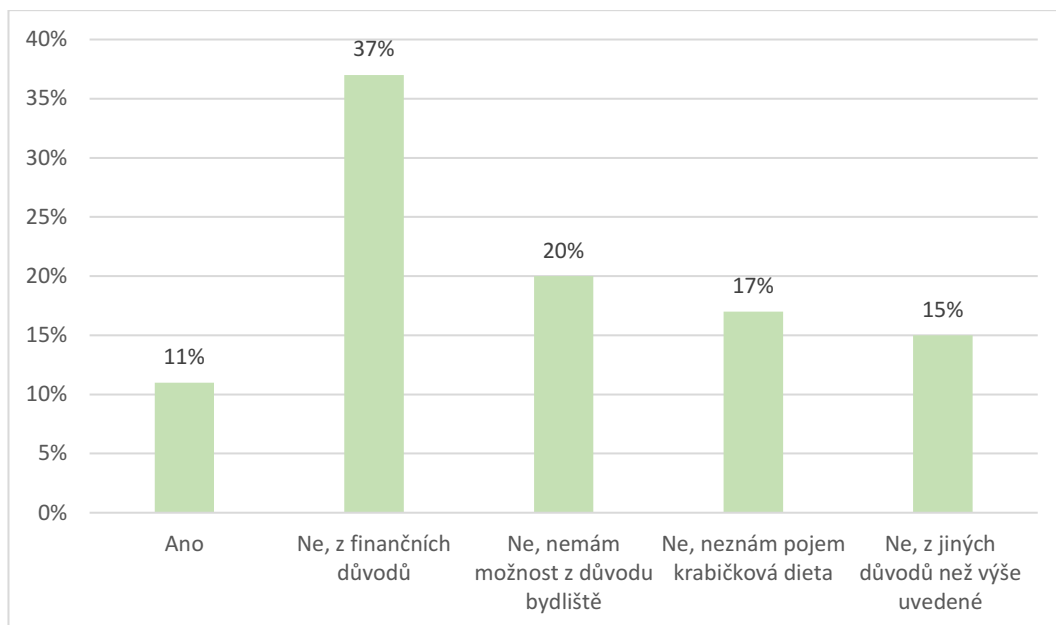


Tabulka 15 - Využil(a) jste možnost stravovat se pomocí krabičkové diety?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	10	11 %
Ne, z finančních důvodů	33	37 %
Ne, nemám možnost z důvodu bydliště	18	20 %
Ne, neznám pojem krabičková dieta	15	17 %
Ne, z jiných důvodů než výše uvedené	14	15 %
Celkem	90	100 %

V této otázce mě zajímalo, zda respondenti využili možnost stravovat se pomocí krabičkové diety. V dotazníku byla pod otázkou krabičková dieta vysvětlena, pokud by respondenti pojem neznali. Krabičková dieta mě zajímala, jelikož je to vcelku nová metoda stravování a to především u mladších. Strava je v krabičkách na míru dle přání zákazníků, a proto by to mohlo být vhodné i pro pacienty po operaci. Z mých respondentů krabičkovou dietu využilo pouze 10 lidí (11 %). Valná většina, 33 respondentů (37 %), krabičkovou dietu nevyužila z finančních důvodů. 18 respondentů (20 %) nemohlo krabičkovou dietu využít z důvodu bydliště. Respondentů, kteří krabičkovou dietu nevyužili z důvodu, že ji neznali, bylo pouze 15 (17 %). Z jiných důvodů krabičkovou dietu nevyužilo 14 respondentů (15 %).

Graf 15 - Využil(a) jste možnost stravovat se pomocí krabičkové diety?

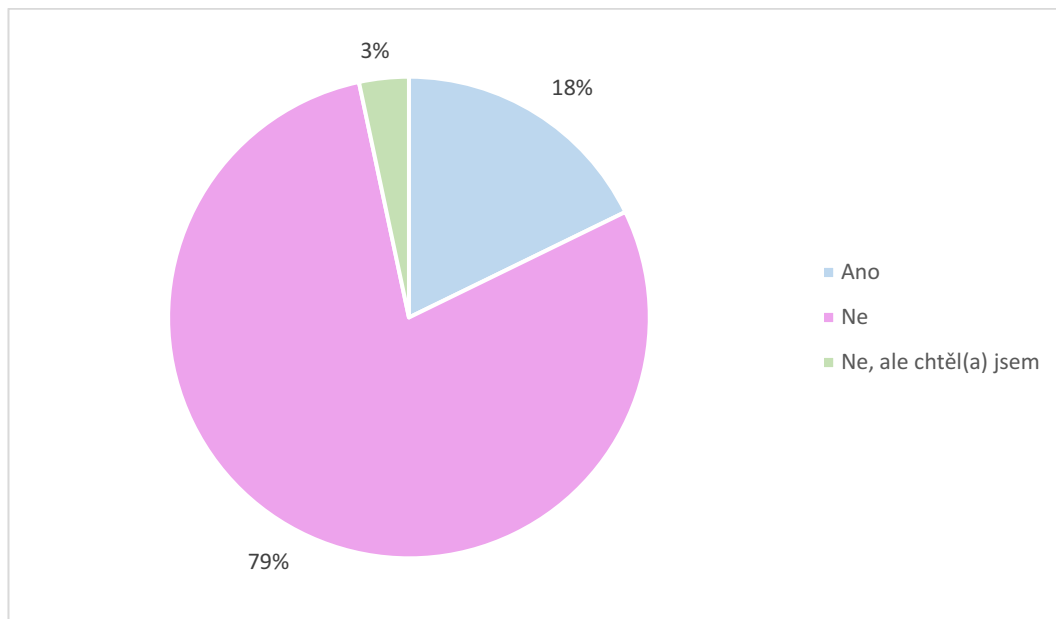


Tabulka 16 - Navštívil(a) jste po operaci nutričního terapeuta (výživového poradce), aby Vám pomohl se správným stravováním?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	18 %
Ne	71	79 %
Ne, ale chtěl(a) jsem	3	3 %
Celkem	90	100 %

U šestnácté otázky mě zajímalo, zda mí respondenti navštívili výživového poradce (nutričního terapeuta), aby jím pomohl se správným stravováním po operaci. Velká většina respondentů této služby nevyužila, jednalo se o 71 respondentů (79 %). Nutričního terapeuta navštívilo celkem 16 lidí (18 %) a 3 respondenti (3 %) ho navštívit chtěli.

Graf 16 - Navštívil(a) jste po operaci nutričního terapeuta (výživového poradce), aby Vám pomohl se správným stravováním?

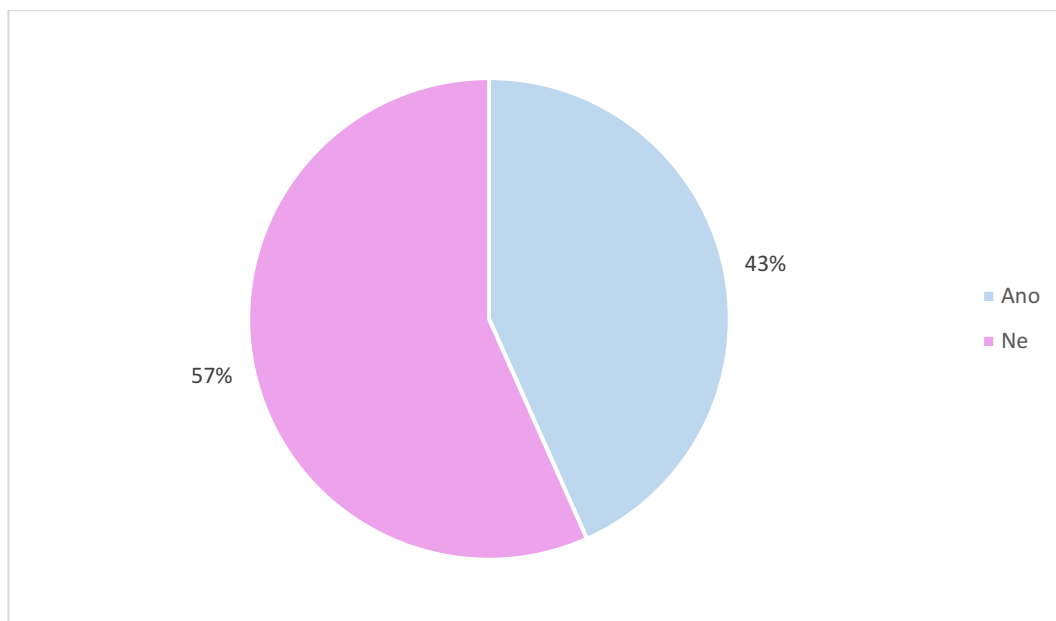


Tabulka 17 - Pociťujete u sebe problémy, které jsou spojené se stravováním? (např. bolest břicha, nadýmání)

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	39	43 %
Ne	51	57 %
Celkem	90	100 %

Tato otázka mi pomohla zjistit, zda jim i po operaci přetrvávají, či se nově objevily potíže se stravováním. Může se jednat například o bolesti břicha, nadýmání, průjem, meteorismus, říhání a další problémy, o kterých pojednává otázka číslo 18. Celkem 51 (57 %) respondentů žádné potíže spojené se stravováním nepociťuje. Dalších 39 (43 %) respondentů potíže zažilo, nebo stále zažívá.

Graf 17 - Pociťujete u sebe problémy, které jsou spojené se stravováním? (např. bolest břicha, nadýmání)

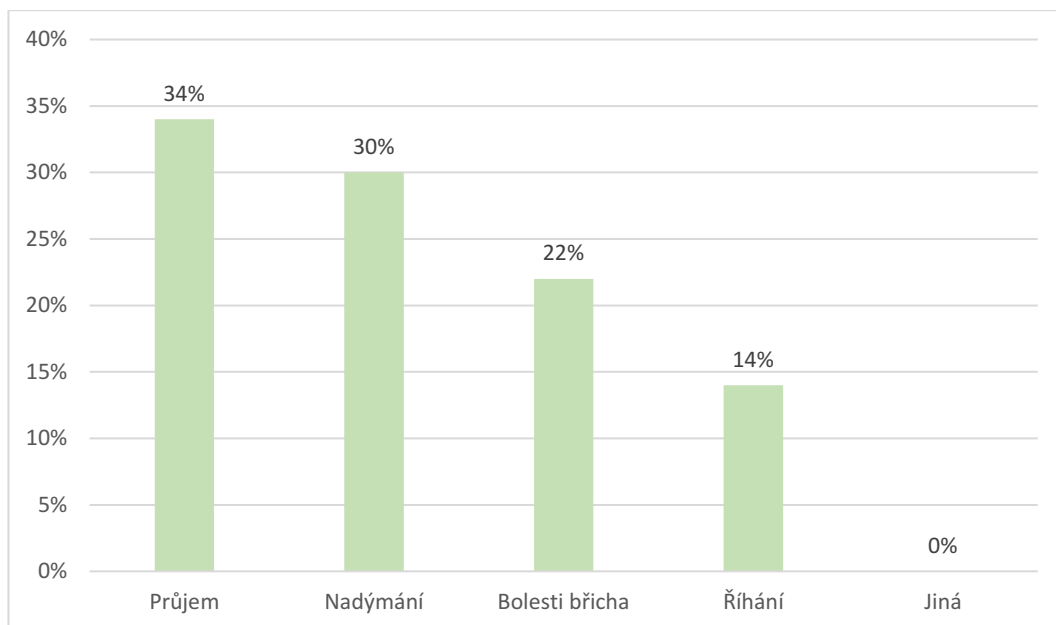


Tabulka 18 - Pokud ano, o jaké problémy se jedná?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Průjem	21	34 %
Nadýmání	19	30 %
Bolesti břicha	14	22 %
Řihání	9	14 %
Jiná	0	0 %
Celkem	63	100 %

Osmnáctá otázka byla určena pouze pro respondenty, kteří u otázky číslo 17 zvolili možnost „Ano“, a potýkají se tak s problémy spojenými se stravováním. Respondenti mohli zvolit více odpovědí, nebo vepsat svoji vlastní. Nejčastěji se mí respondenti setkávají s průjmem, celkem se jedná o 21 respondentů (34 %). Dále velice častým problémem je nadýmání, které trápí 19 respondentů (30 %). Co se týče dalších problémů, tak jsou časté i bolesti břicha, které označilo 14 respondentů, což činí 22 %. Posledním problémem, který respondenti označili, bylo říhání, se kterým se potýká 9 respondentů (14 %). Možnost volné odpovědi žádný z respondentů nezvolil.

Graf 18 - Pokud ano, o jaké problémy se jedná?

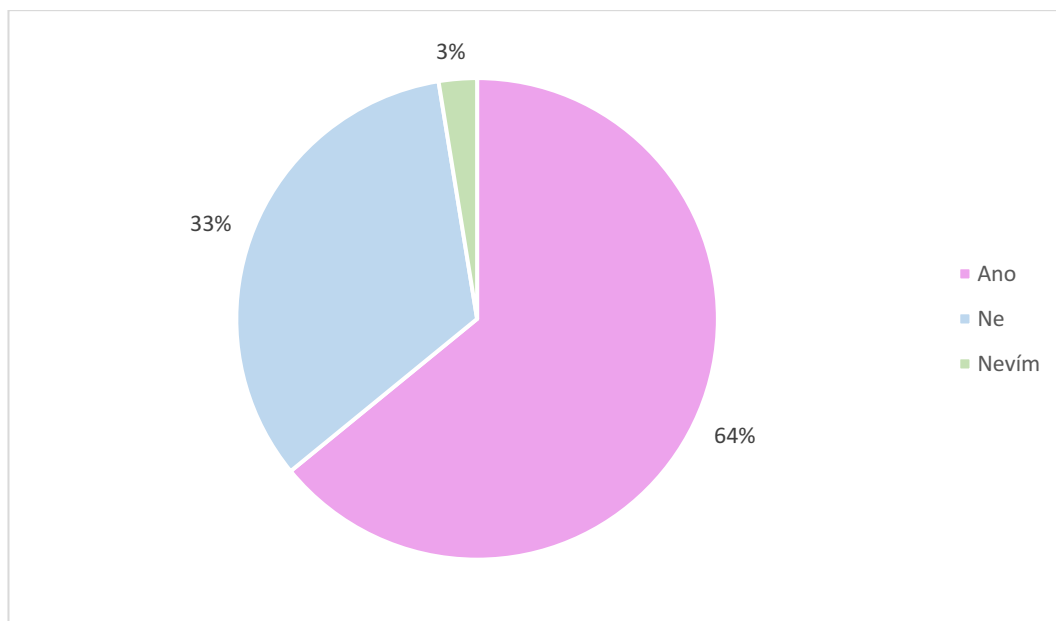


Tabulka 19 - Kontaktoval(a) jste ohledně svých problémů svého praktického lékaře?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	25	64 %
Ne	13	33 %
Nevím	1	3 %
Celkem	39	100 %

U této otázky mohli opět odpovídat pouze respondenti, kteří se s problémy potýkají a u otázky číslo 17 zvolili odpověď „Ano“. Snažila jsem se zjistit, zda respondenti kontaktovali svého praktického lékaře o problémech, které po operaci vznikly, jelikož praktický lékař je ten, který by o tom měl vědět. Většina respondentů, celkem 25 (64 %), svého praktického lékaře kontaktovala. 13 respondentů (33 %) se rozhodlo neřešit své problémy se svým lékařem. Pouze 1 respondent (3 %) neví, zda svého lékaře kontaktoval.

Graf 19 - Kontaktoval(a) jste ohledně svých problémů svého praktického lékaře?

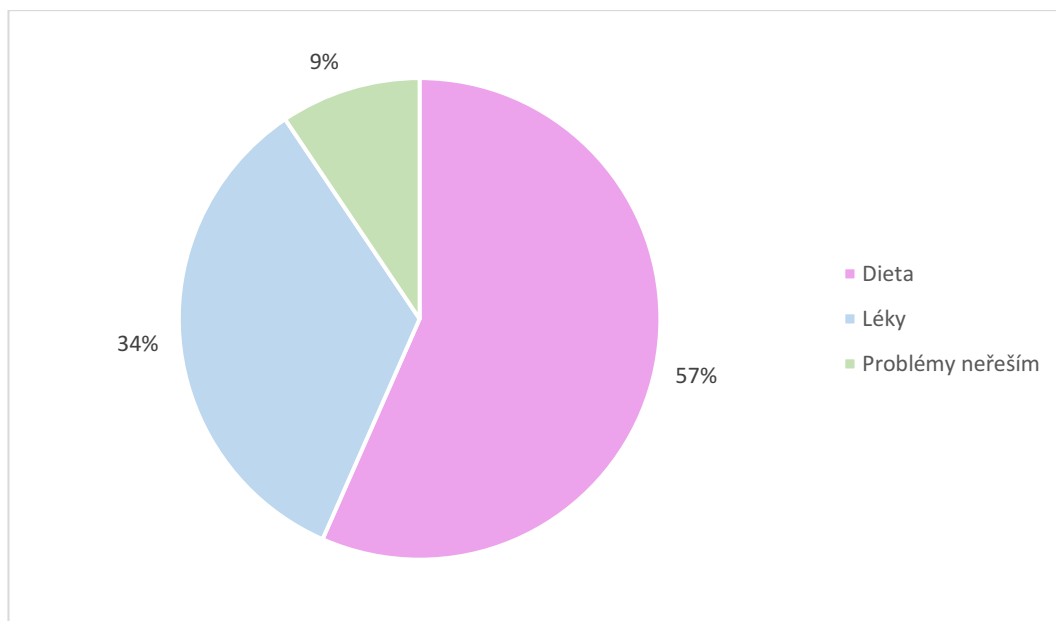


Tabulka 20 - Jak případné problémy řešíte?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dieta	30	57 %
Léky	18	34 %
Problémy neřeším	5	9 %
Celkem	53	100 %

U dvacáté otázky měli respondenti měli možnost volné odpovědi a samozřejmě tak mohli vepsat více odpovědí ohledně léčby jejich problémů. Opět mohli odpovídat pouze respondenti, kteří trpí problémy spojenými se stravováním. Nejčastější odpovědí byla ta, že drží dietu. Respondenti vypisovali přesná jídla, která při dietě jedli a jednalo se nejčastěji o různé suchare nebo staré pečivo a k tomu pili pouze vodu či černý čaj. Celkem dietu napsalo 30 respondentů (57 %). Dále respondenti zmiňovali, že užívají různou medikaci. Nejčastěji se jednalo o Algifen, Ronnie, různá probiotika nebo antidiaroeika (Loperon, Enterol, Imodium). Medikaci zmínilo celkem 18 respondentů (34 %). Pouze 5 respondentů (9 %) zmínilo, že své problémy nijak neřeší a čekají, až problémy ustanou.

Graf 20 - Jak případné problémy řešíte?

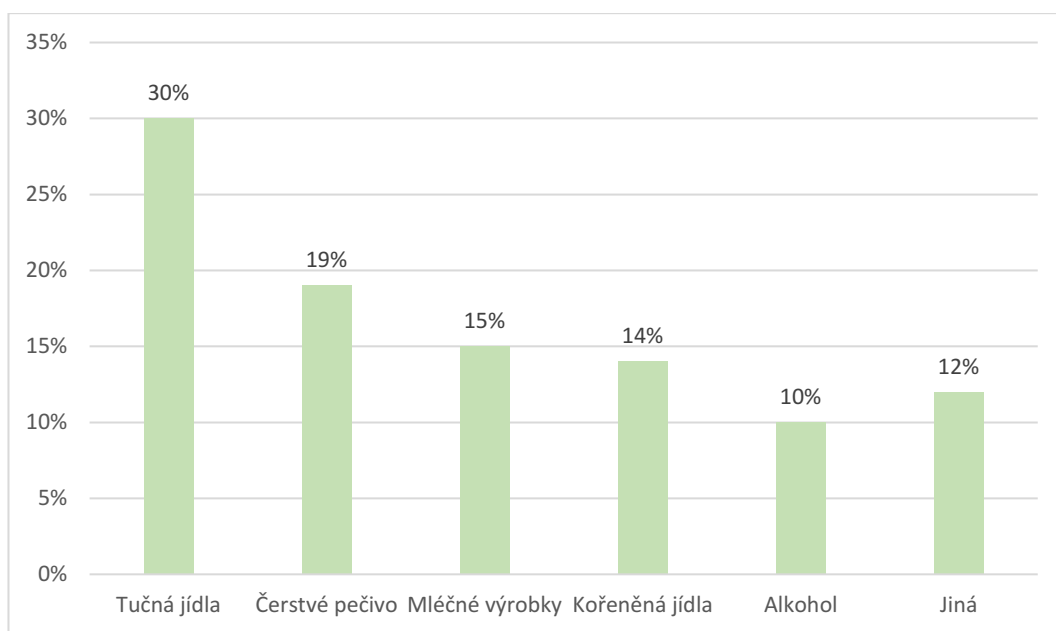


Tabulka 21 - Jaké konkrétní potraviny u Vás obtíže způsobí?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Tučná jídla	28	30 %
Čerstvé pečivo	17	19 %
Mléčné výrobky	14	15 %
Kořeněná jídla	13	14 %
Alkohol	9	10 %
Jiná	11	12 %
Celkem	92	100 %

Poslední otázka z dotazníku mi pomáhala zjistit, jaké konkrétní potraviny způsobují potíže u mých respondentů. Na výběr bylo několik možností, mohli zvolit více odpovědí a také případně dopsat potraviny, které v možnostech nebyly. Nejvíce respondenty trápí obtíže po různých tučných jídlech, celkem tuto odpověď zvolil 28 respondentů (30 %). Další častou potravinou bylo čerstvé pečivo, které způsobilo potíže celkem 17 respondentům (19 %). Mléčné výrobky způsobily problémy u 14 respondentů (15 %). Dalším problémem byly i kořeněná jídla, která označilo 13 respondentů (14 %). Méně respondentů, celkem 9 (10 %), označilo jako zdroj jejich problémů alkohol. Respondenti měli také možnost vyplnit svou vlastní odpověď, čehož využilo 11 respondentů (12 %). Jejich nejčastější odpovědí byla zelenina a to především rajče a paprika. Pouze jednou bylo zmíněno, že problémy způsobuje česnek.

Graf 21 - Jaké konkrétní potraviny u Vás obtíže způsobí?



13. Vyhodnocení hypotéz

Ke své výzkumné části bakalářské práce jsem si stanovila celkem 4 hypotézy, které v této kapitole vyhodnotím.

Hypotézou číslo 1 jsem si stanovila, že více než 50 % respondentů bude mít problém s vyřazením tučných a kořeněných jídel z jejich běžné stravy. K ověření této hypotézy sloužila otázka číslo 13, která zjišťovala, jaké konkrétní potraviny bylo nejvíce obtížné vyřadit během diety. Kritériem bylo, aby respondenti označili první dvě odpovědi - „Omezení tučných jídel“ a „Omezení kořeněných jídel“. Omezení tučných jídel bylo obtížné celkem pro 65 respondentů, což činí 72 %. Omezení kořeněných jídel označilo pouze o 2 respondenty méně, tudíž 63 respondentů (70 %). **Hypotéza č. 1 byla tedy potvrzena.**

Hypotéza číslo 2 stanovila, že méně než 50 % respondentů trpí problémy spojenými se stravováním i po odstranění žlučníku. K vyloučení či potvrzení této hypotézy sloužila otázka číslo 17. Otázka zjišťovala, zda u respondentů přetrvávají potíže spojené se stravováním, jako je například bolest břicha nebo průjem. Kritériem pro potvrzení hypotézy bylo, aby nejvíce 49 % respondentů označilo odpověď „Ano“, a více odpovědí se tak objevilo u možnosti „Ne“. Odpověď „Ne“ zvolilo celkem 51 respondentů (57 %), kteří žádnými problémy při stravování netrpí. **Tímto byla i hypotéza č. 2 potvrzena.**

Hypotéza číslo 3 pojednávala o tom, že více než 50 % respondentů bylo dostatečně edukováno o dietním režimu po operaci. K ověření této hypotézy sloužily otázky číslo 4 a 7. Otázka číslo 4 zjišťovala, zda respondenti byli po operaci edukováni o stravovacím režimu. Edukováno bylo 82 respondentů (91 %), což je valná většina. Pouze 8 respondentů nebylo edukováno vůbec (9 %). Otázka číslo 7 zjišťovala, zda jejich edukace byla pro ně dostačující. Na tuto otázku odpovídalo všech 90 respondentů a z nich 65 respondentů (72 %) hodnotilo svoji edukaci jako dostačující. 17 respondentů (19 %) bohužel označilo svoji edukaci jako nedostačující. Zbýlých 8 respondentů (9 %), kteří nebyli edukováni zvolili odpověď „Nevím“, jelikož svou edukaci hodnotit nemohli. Dostatečně edukováno tedy bylo celkem 72 % respondentů a tím se **potvrdila i hypotéza č. 3.**

Má poslední, tedy hypotézou číslo 4, jsem si stanovila, že více než 50 % respondentů dostalo při hospitalizaci jakýkoliv typ doporučené literatury (leták,

seznam doporučených potravin/receptů, knihu, odkaz na internet) ohledně stravování po odstranění žlučníku. K této hypotéze se vztahovala otázka číslo 10, která zjišťovala, zda respondenti dostali seznam vhodných potravin či receptů po operaci. Kritériem pro tuto hypotézu bylo, aby alespoň 51 % respondentů označilo odpověď „Ano“. Po hodnocení všech odpovědí vyšlo, že celkem 52 respondentů, tedy 58 %, obdrželo při hospitalizaci buď leták, či jiné zdroje, kde byly sepsány vhodné potraviny nebo recepty vhodné po cholecystektomii. Bohužel jsem zjistila, že až 36 respondentů (40 %), žádný takový prostředek při hospitalizaci nedostalo, což pro ně mohlo být obtížné v pooperačním období. I tak byla dle výsledků **hypotéza č. 4 potvrzena.**

Všechny mé předem stanovené hypotézy byly potvrzené, a proto si myslím, že můj výzkum byl úspěšný.

Diskuze

V první části mé bakalářské práce jsem se zaměřila na veškeré potřebné informace ohledně onemocnění žlučníku a žlučových cest a následně i dietu, kterou je potřeba při těchto onemocněních dodržovat. V praktické části jsem zjišťovala, jak se pacienti stravují po cholecystektomii, a jak jim tato strava vyhovuje. Informace jsem získávala díky předem sestaveného dotazníku, který jsem vytvořila pomocí předem stanovených cílů a hypotéz. Jak uvedla předchozí kapitola, všechny čtyři hypotézy se potvrdily.

Dohromady jsem distribuovala 90 dotazníků, z toho bylo 47 elektronických a 43 v papírové formě. Dotazníky mi vyplnilo celkem 63 žen (70 %) a 27 mužů (30 %). Tím se potvrzuje fakt, že onemocněním žlučníku trpí 2-3 krát častěji právě ženy. Naopak se můj výsledek liší s výsledkem bakalářské práce Lucie Malotové, která měla více mužských respondentů (20).

Co se týče věku, tak nejvíce respondentů se pohybuje ve věkovém rozmezí 40 až 49 let, a to celkem 31 respondentů (34 %). To nám opět potvrzuje tvrzení, že onemocněním žlučníku (konkrétně žlučovými konkrementy) trpí lidé starší 40 let. Avšak bylo i několik respondentů mnohem mladších, ve věku 29 let a méně. Celkem se jednalo o 12 respondentů (13 %). Věkové rozmezí bylo opravdu různorodé, získala jsem respondenty i ve věku vyšší než 80 let. Po vypočítání byl průměrný věk mých respondentů zhruba 42 let.

Doba od podstoupení operace mě zajímala hlavně kvůli tomu, jak si respondenti poradili a zvládali pooperační dietu. Největší problémy se stravováním mělo 27 respondentů (30 %), kterým od operace uběhla doba 3 – 4 měsíců. Dle jednotlivých dotazníků jsem zjistila, že právě tato skupina lidí měla největší problém s vyražením tučných a kořeněných jídel ze své stravy a také se nejvíce potýkala s různými obtížemi, jako je průjem nebo bolest břicha. Naopak nejlépe svůj dietní režim zvládala skupina 42 respondentů (47 %), kteří jsou po výkonu již 6 – 12 měsíců. Podle jejich jednotlivých odpovědí pro ně stravování obtížné není a s žádnými problémy se nepotýkají. Zbylá skupina 21 respondentů (23 %) byla již 4 – 6 měsíců po operaci a měla velice různorodé odpovědi.

Jednou ze zásadních otázek v mém dotazníku byla otázka číslo 4, která mi pomáhala zjistit, zda respondenti byli informováni ohledně způsobu stravování po

operaci. Určitě si myslím, že edukace je jedna z nejdůležitějších rolí sestry a proto jsem byla velice ráda, když celkem 82 respondentů (91 %) odpovědělo, že informováni byli. Bohužel mě zarazilo, že i tak 8 zbývajících respondentů (9 %) vůbec informováno nebylo. Naopak u Malotové byli informováni všichni respondenti. Myslím si, že edukace je opravdu důležitá a neměla by se podceňovat. Pacientům to může velice ulehčit jejich pooperační období v domácím prostředí, pokud je edukace důkladná a kvalitní (20).

Důležité je dle mého názoru i to, kdo respondenty o pooperačním režimu informoval. Myslím si, že je to jedna ze základních a nepostradatelných rolí sestry, které jsou k důkladné edukaci vedeny již od počátku studia. Že je to základní úkon sestry mi potvrdila další otázka, u které celkem 48 respondentů uvedlo (43 %), že je o pooperačním stravování informovala právě sestra. Dalšími podobně početnými skupinami byli respondenti, které edukoval buď lékař (24 %) nebo nutriční terapeut (23 %). V tomto případě mi připadá i role nutričního terapeuta důležitá, jelikož stravování je ta hlavní věc, na kterou se pacient po operaci musí zaměřit. Myslím si, že by se do edukace ohledně stravování měli nutriční terapeuti zapojovat více. Zbývajících respondentů si buď nepamatují, kdo je edukoval, nebo nebyli edukováni vůbec. Jiný výsledek ve svém výzkumu zaznamenala Lucie Malotové, jelikož její respondenty nejvíce informoval právě lékař a to až 53 % respondentů (20).

Způsob edukace je také stěžejní, jelikož např. leták nebo jakákoliv papírová forma s pokyny je podle mě výhodnější, jelikož pacient si tyto pokyny může odnést domů a podle nich se řídit. Naopak ústní edukace je nevýhodná v tom, že pacient určitým věcem nemusí rozumět, pochopit je, nebo je může postupem času zapomenout. Více než polovina mých respondentů, celkem 61 (52 %), získala informace písemně. Dále až 48 respondentů (41 %) bylo informována ústně, ale skoro všichni v dotazníku zároveň uvedli i edukaci písemnou, což je dle mého názoru nejvhodnější kombinace. Zbýlých 8 respondentů (7 %) nebylo edukováno vůbec, jak jsem zmiňovala již výše. I tento výsledek se v mém výzkumu lišil oproti výsledku Lucie Malotové. V její práci uvedla, že pouze 6 respondentů (7 %) bylo informováno písemně a 78 (93 %) ústně (20).

Ikdyž respondenti byli o všem edukováni, tak to nemusí znamenat, že daná edukace byla pro ně dostatečně kvalitní. Na to se zaměřovala otázka číslo 8. Valná

většina, až 65 respondentů (72 %), uvedla, že jejich edukace dostatečná byla. Dalších 17 respondentů (19 %) bohužel uvedlo, že pro ně edukace nebyla dostatečná. Příčinou může být například nedostatek času na edukaci, klidné prostředí, popřípadě i nezáměr personálu o edukaci. Myslím si, že personál by si měl vyhradit přímo čas na své pacienty a edukovat je o jejich pooperačním období v klidu a srozumitelně, aby pacient všemu dostatečně rozuměl a nezpůsobil si případně v domácím prostředí nějaké obtíže. Velice podobné výsledky získala i Lucie Malotové ve své bakalářské práci (20).

Další otázka se zaměřovala na to, zda si respondenti vyhledávali další informace i po edukaci v nemocnici. 50 respondentů (55 %) označilo, že si další informace vyhledávali. Přisuzuji to především tomu, že například zapomněli nějaké informace, které jim byly sděleny ústně, nebo se v určitých informacích chtěli ujistit. Ostatních 32 respondentů si další informace ohledně stravování vyhledávat nemuselo. V těchto případech si myslím, že edukace proběhla přesně tak, jak by měla.

Kde si respondenti vyhledávali další informace mě zajímalo z toho důvodu, abych věděla, jak si s nedostatkem informací poradili. Všech 50 respondentů (55 %) zvolilo, že znalosti čerpali hlavně z internetu. Stejný poměr odpovědí mělo i vyhledávání v kuchařkách a návštěva nutričního terapeuta. Nutričního terapeuta navštívilo celkem 10 respondentů (13 %) a myslím si, že je to určitě správná volba. Jsou to odborníci na výživu a po cholecystektomii se rady ohledně stravování vždy hodí a také jim mohou pomoci se stavbou jídelníčku a s řešením různých problémů (např. intolerance, alergie). Dále pouze 9 respondentů (11 %) čerpalo informace z odborné literatury.

Celkem 52 respondentů (58 %) dostalo při hospitalizaci seznam vhodných receptur nebo potravin v pooperačním období. Je to dle mého názoru výborný způsob, jak pacientovi ve stravování pomoci a to hlavně u pacientů, kteří například nevěnují moc času vaření, nebo o potravinách nemají velký přehled. 36 respondentů (40 %) žádný leták nedostalo a pouze 2 respondenti (2 %) označili odpověď „Nevím“. Ani tyto výsledky se nelišily od výzkumu Lucie Malotové, kde letáček dostalo 45% respondentů, celkem 50 lidí (20).

Důležitost zmiňovaného letáku/seznamu mi potvrdila další otázka, kde celkem 28 respondentů (78 %) označilo, že by stravování po operaci zvládali mnohem lépe, kdyby takový seznam dostali. Pouze 6 respondentů (16 %) si myslí, že by jim ani takový seznam nepomohl a 2 respondenti (6 %) neví, zda by u nich seznam receptur něco změnil.

Jedním z mých cílů práce bylo zjistit, jak si pacienti poradili se změnou stravovacího režimu, s čímž mi pomohly následující otázky. Vyřadit z běžného jídelníčku tučné a jiné potraviny může být pro spoustu lidí obtížné, což mi potvrdila otázka číslo 12. Dohromady 65 respondentů (72 %) zvolilo možnost, že pro ně byla změna stravovacího režimu obtížná. Dalších 24 respondentů (27 %) naopak se změnou režimu nemělo žádný problém a neoznačili to jako něco obtížného. Jednalo se především o respondenty, kteří jsou po operaci déle než půl roku. Pouze jeden respondent (1 %) neví, zda změna v jídelníčku pro něj byla obtížná či ne.

Jak jsem již zmiňovala v předchozím odstavci, tak nejvíce bylo pro respondenty obtížné vyřadit tučná jídla z jídelníčku. Nejvíce to trápilo 65 respondentů (72 %). Další velmi obtížnou kategorií bylo vyřazení kořeněných jídel, kterou zvolilo 63 respondentů (70 %). Dostatečný pitný režim tížilo pouze 5 respondentů (6 %). V této otázce byla možnost volné odpovědi a jsem ráda, že 3 respondenti (3 %) toho využili a sdělili, že je nejvíce trápilo vyřazení alkoholu a sladkých jídel (sladkosti, bonbóny). Naopak ve výzkumu Lucie Malotové nebylo tolik respondentů, kteří tyto kategorie označili za obtížné. Pouze 23 respondentů (25 %) mělo problém s vyřazením tučných jídel a 29 respondentů (32 %) s kořeněnými jídly (20).

Zajímalo mě, odkud respondenti čerpali nápady na recepty a to především kvůli tomu, abych zjistila, zda využívali získaný seznam receptů z nemocnice. Leták využilo celkem 52 respondentů (58 %), což ukazuje jeho přínos. Více ale respondenti čerpali nápady z internetu a to celkem 57 respondentů (63 %). Dále 24 respondentů (27 %) čerpalo inspirace z kuchařek a pouze 16 respondentů (18 %) využilo sestavení stravy od nutričního terapeuta. Úplné minimum respondentů nečerpalo nápady odnikud a vařili dle intuice (4 %).

Vzhledem k dnešní moderní době mi přišla zajímavá možnost stravovat se pomocí krabičkové diety. Je to jídlo sestavené na míru a klient si může zvolit své

preferenci, jaký má být účel jejich diety a zda mají nějaká omezení. Nevýhodou je však vysoká cena, která spoustu lidí odradí. Krabičkovou dietu vyzkoušelo pouze 10 respondentů (11 %). Jak jsem již zmínila, z finančních důvodů nevyužilo krabičkovou dietu celkem 33 respondentů (37 %). Kvůli bydlišti nemohlo vyzkoušet tuto variantu 18 respondentů (20 %). 15 respondentů (17 %) o krabičkové dietě neslyšelo a pojem neznali. Z jiných a neznámých důvodů krabičkovou dietu nevyzkoušelo 14 respondentů (15 %).

Výše jsem zmínila, že role nutričního terapeuta mi v této oblasti přijde velmi důležitá a vhodná. Proto mě vcelku překvapilo, že až 71 respondentů (79 %) nenavštívilo výživového poradce a ani o to neměli zájem. Příkládám to nejspíše k tomu, že o nutričních terapeutech není takové povědomí a většina lidí si je spojí pouze s hubnutím. Byla jsem ale příjemně překvapena, že alespoň 16 respondentů (18 %) nutričního terapeuta navštívilo. Pouze 3 respondenti (3 %) o návštěvu zájem měli, ale nakonec se neuskutečnila.

Poslední otázky se zaměřovaly na problémy spojené se stravováním, které se u některých respondentů vyskytly. Tato část pro mě byla velice důležitá, jelikož se jednalo o jednu z hypotéz. Problémy pociťovalo pouze 39 respondentů (43 %) a více než polovina, 51 respondentů (57 %), se během pooperačního období s žádnými problémy při stravování nesetkalo. V bakalářské práci Lucie Malotové bylo více respondentů, kteří žádnými problémy netrpí a to konkrétně 71 respondentů, což činí 84 % (20).

Zajímalo mě, které konkrétní potíže zmíněných 39 respondentů trápí, s čímž mi pomohla osmnáctá otázka. Nejvíce respondentů trápí průjem, na který si stěžuje 21 respondentů (34 %). Druhou nejpočetnější skupinou je 19 respondentů (30 %), které trápí nadýmání. 14 respondentů (22 %) si také stěžovalo na bolesti břicha a 9 respondentů (14 %) pro změnu na říhání. Možnost „Jiné“ žádný z respondentů nezvolil.

Přišlo mi důležité vědět, zda respondenti kontaktovali svého praktického lékaře kvůli vzniklým potížím. Myslím si, že praktický lékař by měl být právě první člověk, který by o problémech měl vědět a pomohl je pacientům co nejdříve odstranit. Byla jsem ráda, že 25 respondentů (64 %) ze skupiny 39 lidí svého lékaře kontaktovalo a své problémy řešilo. Ostatních 13 respondentů (33 %) se rozhodlo

nekontaktovat svého lékaře a problémy tak řešili jiným způsobem. Pouze jeden respondent (1 %) označil odpověď „Nevím“.

Způsob řešení problémů jsem zkoumala v další otázce. Valná většina respondentů, konkrétně 30 respondentů (57 %), své problémy řešilo dietou, kdy běžnou stravu nahradili různými suchary, piškoty nebo černým čajem. Dalších 18 respondentů (34 %) uvedlo, že si při výskytu problému vezmou léky. Vzhledem k tomu, že to byla otázka s možností volné odpovědi, tak respondenti ve většině případů psali, jakou konkrétní medikaci užívají. Nejčastěji se jednalo o kapky Algifen, Ronnie, probiotika, černé uhlí nebo Imodium a Loperon. Někteří respondenti potíže zmírnili kombinací diety a léků. Jsem ráda, že většina respondentů své potíže řeší a nepodceňují své zdraví a starají se o sebe. Vcelku mě překvapilo, že až 5 respondentů (9 %) své problémy žádným způsobem neřeší a čekají, až samy ustanou. Nemyslím si, že takový přístup je správný, jelikož i bolest břicha může naznačit vážný problém s různorodým původem.

Poslední otázka se zaměřovala na konkrétní potraviny, které potíže způsobí. Chtěla sem tím zjistit, zda respondenti dietu dodržují, nebo jestli konzumují i nedoporučené/zakázané potraviny. Až 28 respondentů (30 %) má problémy po tučných jídlech. To není žádným překvapením, jelikož tučná jídla jsou ta hlavní, která by se měla co nejvíce omezit. Tímto jsem zjistila, že spousta respondentů dietu nedodržovalo. Na čerstvé pečivo si stěžuje 17 respondentů (19 %) a to nejspíše z toho důvodu, že čerstvé kynuté výrobky jsou velmi tučné. Mléčné výrobky potíže způsobují až 14 respondentům (15 %). I když některé mléčné výrobky jsou povolené, jak jsem zmiňovala v kapitolách č. 7.1. a 7.2., tak je důležité si dávat pozor na přesný obsah tuku v daných výrobcích. S kořeněnými problémy mělo problém 13 respondentů (14 %). Jsou velmi dráždivé, proto mi mělo dojít k jejich omezení. I alkohol je tučný a měl by se co nejvíce omezit, nejlépe vyřadit. I přesto ho někteří respondenti pili a celkem 9 respondentům (10 %) způsobil zažívací potíže. Posledních 11 odpovědí (12 %) bylo v kategorii „Jiná“. Respondenti tam zmiňovali problémy po požití zeleniny (rajče, paprika) nebo česneku. Problémy způsobené zeleninou si vysvětlují tím, že může být nadýmavá a způsobit bolesti břicha.

Závěr

V mé bakalářské práci jsem se zabývala problematikou stravování při onemocnění žlučníku a žlučových cest a následné cholecystektomii.

Má teoretická část přiblížila anatomii i fyziologii žlučníku a žlučových cest, zánětlivá i nezáneřtlivá onemocnění žlučníku a žlučových cest, diagnostiku i terapii těchto onemocnění, také jsem popsal samotnou cholecystektomii. Popsala jsem i předoperační přípravu a pooperační péči o pacienta po tomto výkonu. V neposlední řadě byla zmíněna i edukace pacienta i dieta dodržována v pooperačním období a seznam konkrétních doporučených potravin, které pacient může při onemocnění žlučníku a žlučových cest konzumovat.

Praktická část byla provedena jako kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření. Celkem jsem získala 90 respondentů, kteří jsou 3 – 12 měsíců po cholecystektomii. Před šetřením jsem si stanovila celkem 2 cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak byli respondenti nuceni změnit svůj stravovací režim po operaci. Druhým cílem jsem zjišťovala, zda respondenti byli dostatečně edukováni o dietním režimu po operaci. Ke každému cíli byly stanoveny 2 hypotézy, které jsem zmiňovala již v kapitole číslo 12. Všechny 4 hypotézy byly potvrzeny a cíle také. Díky dotazníkům jsem zjistila vše, co jsem si předem stanovila. Pomocí otázek v dotazníku jsem zjistila, jak respondenti své stravování změnili, zda to pro ně bylo obtížné a co přesně jim dělalo největší problém při změně jídelníčku. Také jsem zjistila, zda u nich proběhla edukace ohledně stravování po operaci, zda edukace byla dostatečná a kdo přesně je o režimu informoval. Jsem tedy ráda, že jsem své cíle splnila. Zklamalo mě, že některé respondenty o stravě nikdo neinformoval a já sama se bohužel mezi tyto respondenty řadím. Edukace je za mě jednou z nejdůležitějších věcí, které musí sestra po operačním výkonu u pacienta provést. Pokud provedena nebude, pacient pak domů odchází nejistý a v rozpacích. I přesto ale hodnotím svůj výzkum kladně a doufám, že touto prací rozšířím povědomí o důležitosti dietního režimu po cholecystektomii.

Seznam použité literatury

1. ADAMOVIÁ, Zuzana. Cholecystolitiáza, indikace k cholecystektomii. *Medicína pro praxi: časopis praktických lékařů* [online]. Vsetín: Solen, 2020, 17(5), 333-335 [cit. 2023-11-05]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2020/05/10.pdf>.
2. BÁRTLOVÁ,S., SADÍLEK, P., Tóthová, V., Výzkum a ošetrovatelství. Brno: NCONZO 2005, ISBN 80-7013-416-X
3. BEDNÁŘOVÁ, Alexandra. Krabičková dieta od A do Z: Jak funguje a pro koho je vhodná? In: Krabičkové diety [online]. 2019 [cit. 2024-04-22]. Dostupné z: <https://www.krabickovediety.cz/jak-funguje-krabickova-dieta/>.
4. BRODANOVÁ, Marie et.al. *Onemocnění žlučníku a žlučových cest*. Revize 2019. Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-562-9.
5. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST JANA EVANGELISTY PURKYNĚ: Dieta při onemocnění žlučníku (žlučníková dieta). In: *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 21.11.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/522-zlucnikova-dieta> . ISSN 2695-0340.
6. DRUGA, Rastislav; GRIM, Miloš; PÁČ, Libor et.al. Trávicí systém, systema digestorium: Žlučové cesty, ductus biliares. In: GRIM, Miloš; DRUGA, Rastislav a NAŇKA, Ondřej. *Základy anatomie 3a. Trávicí a dýchací systém*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2022, s. 59-61. ISBN 978-80-7492-577-1.
7. ELIŠKOVÁ, Miloslava. Trávicí systém: Žlučové cesty a žlučník. In: NAŇKA, Ondřej a ELIŠKOVÁ, Miloslava. *Přehled anatomie*. Čtvrté vydání. Praha: Galén, 2019, s. 165-166. ISBN 978-80-7492-450-7.
8. EUC. *Žlučové kameny: Příčiny, příznaky a léčba*. In: EUC [online]. 2022 [cit. 2023-11-05]. Dostupné z: <https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/zlucnikove-kameny-priciny-priznaky-a-lecba/>.
9. FEJFAR, Tomáš et.al. Primární biliární cholangitida - doporučený postup České hepatologické společnosti ČLS JEP pro diagnostiku a léčbu. In: *Hepatologie: doporučené postupy* [online]. 2018, 72(2). s. 109-118 [cit. 2023-11-05]. Dostupné z: <https://doi.org/doi:10.14735/amgh2018109>.

10. HAMŤOVÁ, Eva, 2008. Žlučnicková dieta. In: MUDr. Eva Hamťová [online]. [cit. 2024-04-22]. Dostupné z: <http://drhamzova.cz/article/index/stripptedtitle/zlucnikova-dieta>.
11. HAVLOVÁ, Vladimíra a WOHL, Petr. *Kuchařka při onemocnění žlučníku*. Vyšehrad, 2023. ISBN 978-80-7601-742-9.
12. JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Olga. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.
13. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
14. KLEVETOVÁ, Dana. Chirurgické odstranění žlučníku. In: *Florence : časopis moderního ošetrovatelství*. 2022, 18(6), 20-22 [cit. 2023-11-05]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2022/6/chirurgicke-odstraneni-zlucniku/>
15. KLOS, Dušan et.al. Major iatrogenic bile duct injury during elective cholecystectomy: a Czech population register-based study. In: *Langenbeck's archives of surgery : organ of the Congresses of the German Society of Surgery* [online]. 2023, 408(1), 154-154 [cit. 2023-11-05]. ISSN 1435-2443. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00423-023-02897-2>.
16. LATENSTEIN, Carmen SS et.al. Etiologies of Long-Term Postcholecystectomy Symptoms: A Systematic Review. In: *Gastroenterology Research and Practice* [online]. 2019, [cit. 2024-04-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1155/2019/4278373>
17. LUKÁŠ, Karel. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Revize 2019. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0.
18. LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Aleš et.al. *Gastroenterologie a hepatologie*. Revize 2019. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1787-6.
19. MAJUMDER, A., ALTERI, MS., BRUNT, LM. How do i do it: laparoscopic cholecystectomy. *Annals of laparoscopic and endoscopic surgery: an open access Journal covering all aspects in the field of laparoscopic and endoscopic surgery* [online]. 2020, 5(15) [cit. 2023-11-05]. Dostupné z: <https://doi.org/10.21037/ales.2020.02.06>.

20. MALOTOVÁ, Lucie. *Edukace pacienta po odstranění žlučníku*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Mgr. Renata Živorová. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2009. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/ewt4f/Malotova.pdf>. [cit. 2023-11-21].
21. MANES, Gianpiero et.al. Endoskopická léčba cholelitiázy, doporučení Evropské společnosti pro gastrointestinální endoskopii (ESGE). *Endoskopiste.cz* [online]. 2019 [cit. 2023-11-05]. Dostupné z: <https://www.endoskopiste.cz/wp-content/uploads/2021/09/cholelitiаса.pdf>
22. MAREČKOVÁ, Olga a MENGEROVÁ, Olga. *Nemoci žlučníku a žlučových cest*. Dieta a rady lékaře. Čestlice: Medica Publishing, 2019. ISBN 978-80-85936-61-2.
23. MOTYČKOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelský proces u pacienta po operaci žlučníku*. Online, Bakalářská práce, vedoucí MUDr. Filip Pazdírek. Praha: Vysoká škola zdravotnická, 2014. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2013-2014/Vseobecna_sestra_2014/MOTYCKOVA_LUCIE/MOTYCKOVA_LUCIE.pdf
24. NOVOTNÝ, Ivo. Nemoci žlučníku a žlučových cest. In: LATA, Jan; BUREŠ, Jan a VAŇÁSEK, Tomáš et al. *Gastroenterologie*. Revize 2019. Praha: Galén, 2010, s. 177-193. ISBN 978-80-7262-692-2.
25. PETŘEK, Josef. *Základy fyziologie člověka pro nelékařské zdravotnické obory*. Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2208-0.
26. SCHUMPELICK, Volker. *Chirurgie - stručný atlas operací a výkonů*. Revize 2019. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4531-2.
27. SMÍČKOVÁ, Eva. Pro sestry [online]. Fakultní nemocnice Olomouc: II. Interní Klinika. 2011, 8(1) [cit. 2024-04-22]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/01/09.pdf>
28. ŠVÁB, J. *Operace žlučníku a žlučových cest*. 1.vydání. Praha : Triton, 2000, 38 s. ISBN 80-7254-124-2.

Seznam zkratek

ALT - alaninaminotransferáza

ALP – alkalická fosfatáza

AMA – protilátky proti mitochondriím

ANA – antinukleární protilátky

AST - aspartátaminotransferáza

CA19-9 – nádorový marker

CCK - cholecystokinin

CEA – karcinoembryonální antigen

CRP – C-reaktivní protein

CT – výpočetní tomografie

č. – číslo

ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie

ESGE – European Society of Gastrointestinal Endoscopy

ESWL – extracorporeal shock wave lithotripsy

EUS – endoskopická ultrasonografie

GMT – gamma-glutamyltranspeptidáza

HDL – high density lipoprotein

LDL – low density lipoprotein

MgSO₄ – síran hořečnatý

MR – magnetická rezonance

MRCP – magnetická rezonanční cholangiopankreatikografie

PMK – permanentní močový katétr

PTC – perkutánní transhepatální cholangiografie

RTG – rentgen

USG - ultrasonografie

UZ – ultrazvuk

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Pohlaví.....	37
Tabulka 2 - Věk	38
Tabulka 3 - Jak dlouhou dobu jste po cholecystektomii (odstranění žlučníku)? .	39
Tabulka 4 - Byl(a) jste při propuštění informován(a) o způsobu stravování po operaci?	40
Tabulka 5 - Kdo Vás o stravovacím režimu po operaci informoval?	40
Tabulka 6 - Jakým způsobem Vám informace byly poskytnuty?.....	41
Tabulka 7 - Byly pro Vás poskytnuté informace ohledně stravování dostačující?	42
Tabulka 8 - Dohledával(a) jste si další informace ohledně stravování po odstranění žlučníku i přes poučení při propuštění?	43
Tabulka 9 - Pokud ano, kde jste si další informace vyhledával(a)?	44
Tabulka 10 - Dostal(a) jste během hospitalizace seznam vhodných potravin či přímo receptů, které jsou po operaci vhodné?	45
Tabulka 11 - Pokud ne, myslíte si, že byste zvládal(a) stravování po operaci lépe, kdyby jste takový seznam dostal(a)?.....	46
Tabulka 12 - Bylo pro Vás obtížné upravit svůj stravovací režim po operaci? ...	47
Tabulka 13 - Co pro Vás bylo nejvíce obtížné?.....	48
Tabulka 14 - Odkud jste čerpal(a) nápady na recepty?	49
Tabulka 15 - Využil(a) jste možnost stravovat se pomocí krabičkové diety?	50
Tabulka 16 - Navštívil(a) jste po operaci nutričního terapeuta (výživového poradce), aby Vám pomohl se správným stravováním?	51
Tabulka 17 - Pociťujete u sebe problémy, které jsou spojené se stravováním? (např. bolest břicha, nadýmání).....	52
Tabulka 18 - Pokud ano, o jaké problémy se jedná?	53
Tabulka 19 - Kontaktoval(a) jste ohledně svých problémů svého praktického lékaře?	54
Tabulka 20 - Jak případné problémy řešíte?.....	55
Tabulka 21 - Jaké konkrétní potraviny u Vás obtíže způsobí?	56

Seznam grafů

Graf 1 – Pohlaví	37
Graf 2 - Věk.....	38
Graf 3 - Jak dlouhou dobu jste po cholecystektomii (odstranění žlučníku)?	39
Graf 4 - Byl(a) jste při propuštění informován(a) o způsobu stravování po operaci?	40
Graf 5 - Kdo Vás o stravovacím režimu po operaci informoval?	41
Graf 6 - Jakým způsobem Vám informace byly poskytnuty?	42
Graf 7 - Byly pro Vás poskytnuté informace ohledně stravování dostačující?....	43
Graf 8 - Dohledával(a) jste si další informace ohledně stravování po odstranění žlučníku i přes poučení při propuštění?	44
Graf 9 - Pokud ano, kde jste další informace vyhledával(a)?	45
Graf 10 - Dostal(a) jste během hospitalizace seznam vhodných potravin či přímo receptů, které jsou po operaci vhodné?	46
Graf 11 - Pokud ne, myslíte si, že byste zvládal(a) stravování po operaci lépe, kdyby jste takový seznam dostal(a)?.....	47
Graf 12 - Bylo pro Vás obtížné upravit svůj stravovací režim po operaci?	48
Graf 13 - Co pro Vás bylo nejvíce obtížné?	49
Graf 14 - Odkud jste čerpal(a) nápady na recepty?.....	50
Graf 15 - Využil(a) jste možnost stravovat se pomocí krabičkové diety?	51
Graf 16 - Navštívil(a) jste po operaci nutričního terapeuta (výživového poradce), aby Vám pomohl se správným stravováním?	52
Graf 17 - Pociťujete u sebe problémy, které jsou spojené se stravováním? (např. bolest břicha, nadýmání)	53
Graf 18 - Pokud ano, o jaké problémy se jedná?	54
Graf 19 - Kontaktoval(a) jste ohledně svých problémů svého praktického lékaře?	55
Graf 20 - Jak případné problémy řešíte?	56
Graf 21 - Jaké konkrétní potraviny u Vás obtíže způsobí?	57

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Vložený dotazník do Facebookové skupiny

Příloha č. 3: Schválení provádění výzkumu v ÚVN

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník

Stravování pacientů po cholecystektomii

Dobrý den,

Jmenuji se Barbora Ostrčilová a jsem studentkou 3.ročníku bakalářského oboru Všeobecné ošetřovatelství na 3. lékařské fakultě UK. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je určen pro pacienty 3-12 měsíců po odstranění žlučníku. Výsledky dotazníku použiji do výzkumné části mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní a týká se stravování v pooperačním období po odstranění žlučníku. Za vyplnění Vám moc děkuji a v případě jakýchkoliv dotazů mě můžete kontaktovat prostřednictvím emailu: barbora.ostrcilova@seznam.cz

1 Pohlaví

Ná odpověď k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

Muž Žena

2 Věk

Ná odpověď k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

29 let a méně 30 - 39 let 40 - 49 let 50 - 59 let 60 - 69 let 70 - 79 let
 80 let a více

3 Jak dlouhou dobu jste po cholecystektomii (odstranění žlučníku)?

Ná odpověď k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

3- 4 měsíce 4 - 6 měsíců 6 - 12 měsíců

4 Byl(a) jste při propuštění informován(a) o způsobu stravování po operaci?

Ná odpověď k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

Ano Ne Nevím

5 Kdo Vás o stravovacím režimu po operaci informoval?

Ná odpověď k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

Lékař Sestra Nutriční terapeut Nevím
 Jiná

6 Jakým způsobem Vám informace byly poskytnuty?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Ústně Písemně (letáček, doporučená literatura, internetový odkaz)
 Jiná

7 Byly pro Vás poskytnuté informace ohledně stravování dostačující?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano Ne Nevím

8 Dohledával(a) jste si další informace ohledně stravování po odstranění žlučníku i přes poučení při propuštění?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano Ne Nevím

9 Pokud ano, kde jste další informace vyhledával(a)?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Internet Odborná literatura Kuchařky Navštívil(a) jsem výživového poradce
 Jiná

10 Dostal(a) jste během hospitalizace seznam vhodných potravin či přímo receptů, které jsou po operaci vhodné?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano Ne Nevím

11 Pokud ne, myslíte si, že byste zvládal(a) stravování po operaci lépe, kdyby jste takový seznam dostal(a)?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano Spíše ano Ne Spíše ne Nevím

12 Bylo pro Vás obtížné upravit svůj stravovací režim po operaci?

Náповěda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Ano Spíše ano Ne Spíše ne Nevím

13 Co pro Vás bylo nejvíce obtížné?

Náповěda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Omezení tučných jídel Omezení kořeněných jídel Dostatečný pitný režim
 Jiná

14 Odkud jste čerpal(a) nápady na recepty?

Náповěda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Internet Literatura, kuchařky Létak, který jsem dostal(a) při hospitalizaci Od nutričního terapeuta
 Jiná

15 Využil(a) jste možnost stravovat se pomocí krabičkové diety?

Náповěda k otázce: *Krabičková dieta funguje na principu pravidelného dávkování dieteticky upraveného jídla, přičemž konzument nesmí jíst nic jiného. Krabičky jsou dováženy přímo na adresu konzumenta vybranou firmou.*

- Ano Ne, nemám možnost z důvodu bydliště Ne, z finančních důvodů Ne, neznám pojem krabičková dieta
 Ne, z jiných důvodů než výše uvedené

16 Navštívil(a) jste po operaci nutričního terapeuta (výživového poradce), aby Vám pomohl se správným stravováním?

Náповěda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano Ne Ne, ale chtěl(a) jsem

17 Pociťujete u sebe problémy, které jsou spojené se stravováním? (např. bolest břicha, nadýmání)

Náповěda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano Ne

18 Pokud ano, o jaké problémy se jedná?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Bolesti břicha Nadýmání Řihání Průjem
 Jiná

19 Kontaktoval(a) jste ohledně svých problémů svého praktického lékaře?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Ano Ne Nevím

20 Jak případné problémy řešíte?

Nápověda k otázce: *Místo pro Vaši odpověď*

21 Jaké konkrétní potraviny u Vás obtíže způsobí?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Čerstvé pečivo Tučná jídla Kořeněná jídla Mléčné výrobky Alkohol
 Jiná

Příloha č. 2: Vložený dotazník do Facebookové skupiny



Žlučníkáři

Barbora Ostrčilová · 8. 1. ·



Dobrý den,
moc děkuji za přijetí do skupiny:) zároveň bych Vás tímto způsobem ráda požádala o vyplnění dotazníku k mé výzkumné bakalářské práci. Práce i výzkum se týká stravování po odstranění žlučníku a dotazník je určený všem, kteří jsou po operaci 3 měsíce - 1 rok.
Moc za vyplnění děkuji a výsledky s Vámi ráda budu sdílet.

survio.com
Survio® | Stravování pacientů po cholecystektomii

Příloha č. 3: Schválení provádění výzkumu v ÚVN

Vážená paní náměstkyně,
Mgr. Lenka Gutová, MBA, LL. M.
Úsek náměstka ředitele pro nelékařské zdravotnické profese a řízení kvality zdravotní péče
U Vojenské nemocnice 1200
Praha 6
162 00

Vše: Žádost o schválení kvantitativního výzkumu

Vážený paní náměstkyně,

dovoluji si Vás požádat touto cestou jako studentka 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy o možnost provedení kvantitativního výzkumu, který bych ráda uskutečnila na Oddělení léčebné výživy ve spolupráci s vedoucí nutriční terapeutkou Jaroslavou Jankovou a také na Ambulanci chirurgické kliniky pro účely zpracování bakalářské práce.

Název bakalářské práce: Stravování pacientů po cholecystektomii

Projekt se zabývá dietním režimem pacientů po cholecystektomii a jejich edukací. Jeho cílem je zmapovat, jak cholecystektomie ovlivnila stravovací režim pacientů.

Vedoucí bakalářské práce je Mgr. Renata Vytejková (renata.vytejkova@lf3.cuni.cz, 261 102 945).

V současné době připravuji dotazníky a ráda bych uskutečnila jejich distribuci v období od 1.2.2024 do 31.3.2024. Výzkum bude probíhat formou anonymních dotazníků, které dle kritérií rozdají nutriční terapeuti a sestry příslušným respondentům. Dle kritérií budou vhodní respondenti 3 měsíce až 1 rok po cholecystektomii ve věku 18-99 let. V plánu mám získat 30-40 správně vyplněných dotazníků.

Pracovníci vybraných klinik budou o šetření informováni v osobním rozhovoru.

Zapojení do této studie nijak neovlivní poskytovanou péči.

Za projednání a umožnění mého výzkumu předem děkuji.

V Praze, dne 20.12.2023

Barbora Ostrčilová

Vyjádření vedoucí instituce: Souhlasím ~~Nesouhlasím~~

Datum:

Podpis, razítko:


Mg. Lenka Gálová, Ph.D., LL.M.