

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA  
PO OPERACI TRÍSELNÉ KÝLY**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**LUCIE NÁLEVKOVÁ**

**Praha 2015**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA  
PO OPERACI TŘÍSELNÉ KÝLY**

Bakalářská práce

LUCIE NÁLEVKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská PhD. RS

Praha 2015



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Nálevková Lucie  
3. A VS

**Schválení tématu bakalářské práce**

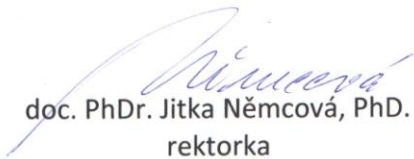
Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 4. 2014 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukační proces u pacienta po operaci tříselné kýly

*Educational Process for Patients after Surgery of Inguinal Hernia*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2014

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 24.3.2015

*Lucie Nálevková*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych touto cestou poděkovat především vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské, PhD. za její trpělivý a vstřícný přístup, cenné rady a zkušenosti při tvorbě této práce. Dále bych chtěla poděkovat celému kolektivu chirurgického oddělení Oblastní nemocnice v Rychnově nad Kněžnou pod vedením primáře MUDr. Davida Wadie Shihaty, který i přes svoji pracovní vytíženost, byl ochoten konzultovat moji odbornou práci. Velké poděkování patří také Rosalii Baliharové za grafickou úpravu propagačního materiálu a rodině za podporu a pomoc při zpracování bakalářské práce.

## ABSTRAKT

NÁLEVKOVÁ, Lucie. *Edukační proces u pacienta po operaci tříselné kýly*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská PhD. RS, Praha. 2014. 68 s.

Bakalářská práce je členěna do dvou částí. Teoretická část seznamuje s tříselnou kýlou, nejruznějšími způsoby její léčby a zejména je zaměřena na metodu ONSTEP, kterou zatím v České republice nepopisuje žádná odborná literatura. Všeobecná sestra musí zastat velké množství rolí a zde je rozebrána role edukátorky. Stěžejní je část praktická, která byla zaměřena na edukaci pacienta po operaci tříselné kýly. Cílem bakalářské práce bylo vypracovat edukační proces u pacienta po operaci tříselné kýly, který by byl vzorem pro všeobecné sestry v klinické praxi.

Použili jsme edukační proces složený ze tří edukačních jednotek u dvou hospitalizovaných pacientů v rychnovské nemocnici. Obsah edukační potřeby jsme vytvořili na základě vstupního testu s 9 položkami. Pro kontrolu správně provedené edukace nám byl nápomocen výstupní test o 9 stejných otázkách jako v testu vstupním. Výsledky výstupních testů prokázaly, že pacienti nabyli nových vědomostí a dovedností. Získané výsledky prokázaly, že tento edukační proces by se mohl stát vhodným podkladem k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly pro sestry v praxi.

Klíčová slova: Edukační proces. ONSTEP. Pacient. Role všeobecné sestry. Tříselná kýla.

## ABSTRACT

NÁLEVKOVÁ, Lucie. *Educational Process for Patients after Surgary of Inguinal Hernia*. Medical Collage. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská PhD. RS, Prague. 2014. 68 pages.

The Bachelor Thesis is divided into two parts. The theoretical part presents various aspects of inguinal hernia, a variety of treatment methods, particularly focused on the method „ONSTEP“ which was not described in any professional literature so far. General Nurse must stand up for a large number of roles, Educator role is described closely. Most important is the practical part, focused on patient education after inguinal hernia operation. The aim of this thesis was to develop the educational process for patients undergoing inguinal hernia operation, which would be the standard for nurses in clinical practice.

We used the educational process consisting of three educational units for two patients hospitalized in city of Rychnov hospital. The content of educational practise was created on the basis of entrance test with 9 items. To check properly conducted education, we used the output test consisting of the same 9 questions as the input test. The results of final tests showed that patients acquired new knowledge and skills. The results showed that the educational process could become a useful basis for the education of patients after inguinal hernia operation, used by nurses in practice.

Key words: Educational Process. Inguinal Hernia. ONSTEP. Patient. Role of General Nurse.

# OBSAH

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	13
<b>1 TRÍSELNÁ KÝLA .....</b>	<b>14</b>
1.1 PŘÍČINY VZNIKU.....	15
1.2 KLASIFIKACE.....	16
1.3 PŘÍZNAKY A KOMPLIKACE.....	17
1.4 DIAGNOSTIKA, LÉČBA A PREVENCE.....	18
1.5 KVALITA ŽIVOTA PACIENTA PO OPERACI TRÍSELNÉ KÝLY METODOU ONSTEP.....	24
<b>2 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V PÉČI O PACIENTA S TRÍSELNOU KÝLOU .....</b>	<b>25</b>
2.1 ROLE SESTRY EDUKÁTORKY.....	26
2.2 EDUKACE PACIENTA.....	27
<b>3 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA PO OPERACI TRÍSELNÉ KÝLY .....</b>	<b>32</b>
3.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES .....	33
3.2 EDUKAČNÍ PROCES .....	47
<b>4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>62</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>63</b>



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....64**

**PŘÍLOHY**

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Technika zvedání těžkých břemen.....	59
Tabulka 1 Klasifikace tříselné kýly dle Nyhuse.....	17

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>APPE</b> .....	appendektomie
<b>ARO</b> .....	anesteziologicko – resuscitační oddělení
<b>ASK</b> .....	artroskopie
<b>BMI</b> .....	body mass index
<b>CMP</b> .....	cévní mozková příhoda
<b>D</b> .....	dech
<b>EHS</b> .....	European Hernia society – Evropská herniologická společnost
<b>GCS</b> .....	glasgow coma scale
<b>CHCE</b> .....	cholecystoektomie
<b>ICHS</b> .....	ischemická choroba srdeční
<b>IPOM</b> .....	Intraperitoneal Onlay Mesh - intraperitoneální on-lay síťka
<b>JIP</b> .....	jednotka intenzivní péče
<b>L ¾</b> .....	3 a 4 bederní obratel
<b>N.O.T.E.S.</b> ...	Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery
<b>ONSTEP</b> .....	Open New Simplified Totally Extraperitoneal
<b>P</b> .....	pulz
<b>PSA</b> .....	prostatický specifický antigen
<b>PŽK</b> .....	periferní žilní kanyl
<b>SpO<sub>2</sub></b> .....	nasycení krve kyslíkem
<b>TAPP</b> .....	Transabdominal Preperitoneal Repair – transabdominální preperitoneální plastika
<b>TEN</b> .....	tromboembolická nemoc
<b>TEP</b> .....	Totally Extraperitoneal Repair - totální extraperitoneální plastika
<b>TK</b> .....	krevní tlak
<b>TT</b> .....	tělesná teplota
<b>WHO</b> .....	World Human Organisation – Světová zdravotnická organizace

(DOLEŽEL et al., 2009), (VOKURKA, 2009)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Absces** – dutina vzniklá zánětem a vyplněna hnisem
- Anomálie** – odchylka od normy
- Arytmie** – porucha srdečního rytmu
- Ascites** – volná tekutina v dutině břišní
- Branže** – ramena kleští nebo nůžek
- Epidurální** – prostor mezi lebkou či páteřním kanálem a tvrdou plenou míšni
- Hematom** – uzavřený krevní výron v podkoží
- Hernia inguinalis** – tříselná kýla
- Hydrokéla** – nahromadění vodnaté tekutiny mezi obaly varlete
- Hyperperistaltika** – nadměrný vlnovitý pohyb stěn dutých orgánů
- Chronická bronchitida** – dlouhodobé vykašlávání nadměrného množství hlenu
- Incize** – kožní řez
- Inkarcerace** – uskřínutí, zaškrcení cév
- Kongesce** – překrvení, městnání krve v orgánu při zhoršeném odtoku krve
- Kontraindikace** – stav pacienta znemožňující provedení určitého výkonu
- Laterální** – postranní, zevní
- Nauzea** - nevolnost
- Nekróza** – odúmrtí tkáně
- Omentum** – předstěra, struktura uvnitř břišní dutiny odvozená od pobřišnice a připojená k povrchu žaludku
- Orchitida** – zánět varlete
- Parietální peritoneum** – tvoří nejvnitřnější vrstvu břišní stěny
- Palpace** – vyšetření pohmatem
- Per os** – přes ústa
- Peristaltika** – vlnovitý pohyb stěn dutých orgánů (např. střev)
- Peritoneální** – od slova peritoneum – pobřišnice
- Píštěl** – abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem
- Premedikace** – podávání léků před určitým lékařským výkonem, má za úkol připravit pacienta, zabránit komplikacím a vedlejším účinkům
- Preperitoneální** – před peritoneem v břišní stěně

**Recidiva** – návrat již vyléčené nemoci

**Reponace** – navrácení do původní polohy

**Reziduum** – zbytek

**Strangulace** - zaškrcení

**Stenóza** - zúžení

**Sutura** - šev

(VOKURKA, 2009)

# ÚVOD

Tématem bakalářské práce je edukace pacienta po operaci tříselné kýly. Téma jsme si vybrali z důvodu hojného výskytu onemocnění u mužů. Operace tříselné kýly je jedním z nejčastějších chirurgických výkonů vůbec. Jelikož se léčebné postupy stále vyvíjejí, mění se tak i specifická ošetrovatelská péče o pacienty a s tím i související edukace pacienta a jeho rodiny.

Práce je členěna na dvě části. Teoretická část řeší definici pojmů, popisuje nový způsob léčby vyskytující se v současné době pouze v několika málo nemocnicích ČR a základní prvky pro kvalitně provedenou edukaci. Praktická část zjišťuje vědomosti, dovednosti a postoje pacientů o následné rekonvalescenci v domácím prostředí. Edukační proces je úzce spjat s procesem ošetrovatelským, kterým se bakalářská práce taktéž zabývá.

Cílem bakalářské práce je naplánovat a realizovat edukační proces u pacienta po operaci tříselné kýly. Úkolem je zmapovat znalosti pacienta o průběhu období rekonvalescence a poskytnout mu informace k osvojení si nových vědomostí, dovedností a postojů v následné péči o své zdraví.

Práce je určena zejména pro odborníky pracující v chirurgickém ošetrovatelství, ale může být přínosem i pro laickou veřejnost. Obsah edukační jednotky pomůže všeobecným sestřám v edukaci pacientů, které ji mohou v plné míře uplatnit ve své praxi. Výsledkem práce je edukační materiál pro pacienty, který má pomoci zkvalitnit následnou domácí péči.

# 1 TŘÍSELNÁ KÝLA

Kýly jsou jedny z nejčastějších onemocnění, s kterými na chirurgickém oddělení můžeme přijít do styku (DUDA, 2012). Výraz „kýla“ zasadil do českého slovníku ke konci 19. století český chirurg Karel Maydl (DUDA, 2012). Názvem tříselná kýla, latinsky hernia inguinalis se označuje abnormální vakovitá výchlípka v části peritoneální dutiny nazývané tříselný kanál, do kterého se přechodně či trvale vyklenuje část břišního obsahu (VALENTA, 2007).

Strukturu kýly tvoří kýlní branka, kýlní vak, kýlní obsah a přídatné obaly kýlního vaku. Branka je oslabené místo břišní stěny, kterým prochází vak s obsahem dutiny břišní. Parietální peritoneum utváří kýlní vak, na kterém popisujeme cervix (krček), corpus (tělo) a fundus (dno). Kýlním obsahem může být tuk či orgány dutiny břišní, zejména střevo a omentum (ČOUPKOVÁ et al., 2010).

Literatura uvádí, že kýly tvoří 2-7 % všech onemocnění léčených na chirurgickém oddělení. Tříselná kýla postihuje 3-5 % populace, je nejčastější kýlou a tvoří až 80 % všech kýl (KALA et al., 2010).

Více než ženy jsou tímto onemocněním postiženi muži, a to ve 2-3 %, ženy zastupují 0,2-0,5 % (NOVOTNÝ, 2010). V žebříčku nejčastěji prováděných operací u mužů zaujímá operace tříselné kýly druhé místo. Ve 49 % se tříselná kýla nachází vpravo, vlevo je to 39 % případů. Tříselné kýly, které se vyskytují současně na obou stranách, tvoří 12 %. Na operačním sále se každoročně ocitne až 20 tisíc lidí postižených tímto onemocněním (DUDA, 2012), (novinky.cz, 2013).

Přesný počet výskytu tříselných kýl stanovit nelze, protože je ovlivněn věkem a pohlavím. Bylo však prokázáno, že v návaznosti na stárnutí populace dochází k zvyšování počtu nově vzniklých kýl (NOVOTNÝ, 2010).

## 1.1 Příčiny vzniku

Na původu onemocnění se může podílet velké množství faktorů, proto označujeme onemocnění za multifaktoriální. Základní dělení tříselné kýly je na vrozené a získané. V literatuře, jejíž autorkou je Čoupková (2010), se můžeme setkat s podrobnějším dělením kýly získané, a to na traumatické a symptomatické.

### **vrozené**

Typ vrozené tříselné kýly vzniká na základě vývojové anomálie některé z vrstev stěny břišní nebo genetické dispozice.

### **získané**

Příčinou postnatálního vyklenutí bývá velikost nitrobřišního tlaku nebo povolení břišní stěny, což vede k tvorbě otvoru. V tomto případě označujeme výchlípky jako kýly získané. Ke zvýšení tlaku v dutině břišní dochází ve vztahu s fyzickou zátěží, nepřiměřeným využíváním břišního lisu, obstipací, chronickým kašlem, ale i onemocněním prostaty.

Mezi rizikové faktory například patří obezita, ascites, nitrobřišní nádory, ale i nízká porodní hmotnost a další (NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, 2011). Na oslabení břišní stěny se podílí náhlá ztráta podkožního tuku, jizvy po operačním výkonu, dehiscence rány po operačním zákroku a kompaktnost tkání u osob s malnutricí. Studie prokázaly, že velký vliv na oslabení břišní stěny má kolagen, přesněji jeho nedostatečná nebo nekvalitní tvorba (egk.cz, 2014).

- **Traumatické:** kýly vzniklé úrazy nebo přímým násilím směřované do krajiny břicha nazýváme traumatické.
- **Symptomatické:** kýly tvořící se u starších pacientů. Vznikají na podkladě chronického zvýšení nitrobřišního tlaku v souvislosti s jinou chorobou (ČOUPKOVÁ et al., 2010).



## 1.2 Klasifikace

Dle struktury se kýly rozlišují na pravé, zde jsou orgány kryty kýlním vakem tvořeným z nástěnného peritonea (VALENTA, 2007). Pokud však vysunující se orgány pobřišnicí kryty nejsou, hovoříme tak o nepravé kýle, výřezu či prolapsu. Tento typ se objevuje zřídka, zejména při úrazech (NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, 2011).

Dle lokalizace se kýly dělí na vnitřní a vnější, vak tříselné kýly se vyklenuje navenek a řadí se tak mezi kýly zevní.

Kýly se dále dělí podle místa uložení kýlní branky nad tříselným vazem a jejímu vztahu k dolním epigastrickým cévám (*arteriae et vena epigastrica inferior*). Skupinu tvoří *hernia inguinalis directa* (přímá) a *hernia inguinalis indirecta* (nepřímá). Branka ležící pod tříselným kanálem popisuje *hernia femoralis* (kýla stehenní). Dále se můžeme setkat s *hernia supravescicalis* (kýla supravescikální) (CZUDEK, 2009), (NOVOTNÝ, 2010).

Přímá tříselná kýla je vždy získaná. Kýla prochází štěrbinou mezi šikmými břišními svaly a proniká k zevnímu ústí tříselného kanálu (ČOUPKOVÁ et al., 2010).

Šikmá nebo-li nepřímá kýla je častější než kýla přímá a prochází tříselným kanálem šikmo břišní stěnou. Jednoduše řečeno prochází místem, kterým u mužů během prenatálního života sestupuje varle a u žen děložní vaz. *Hernia scrotalis* je také šikmá tříselná kýla vyskytující se u mužů, která se dostala až do šourku. U žen hrozí propagace kýly do velkého stydkého pysku, tzv. *hernia labialis* (CZUDEK, 2009), (VALENTA, 2007).

V jiném případě se řídíme tzv. Nyhusovou klasifikací, která vychází z kvality břišní stěny, z míry poškození vnitřní břišní branky a z rozsahu defektu v oblasti Hesselbachova trojúhelníku, tabulka 1 bolesti (NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, 2011).

Tabulka 1 Klasifikace tříselné kýly dle Nyhuse

Typ kýly	Popis
<b>I</b>	dětský typ kýly s normální vnitřní brankou
<b>II</b>	nepřímá kýla s intaktní zadní stěnou tříselného kanálu
<b>III a</b>	přímá kýla
<b>III b</b>	velká nepřímá kýla s oslabenou zadní stěnou tříselného kanálu
<b>III c</b>	femorální typ
<b>IV</b>	recidivující kýla (přímá, nepřímá, stehenní a kombinovaná)

Zdroj: NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, 2011, s. 13

Onemocnění lze také hodnotit dle Alexandra, Bendavida, Fruchanda, Gilberta a dalších (CZUDEK, 2009).

### 1.3 Příznaky a komplikace

Onemocnění může dosahovat různých rozměrů. Místo postižení je bez defektu nebo se může objevit viditelná hmatatelná měkká bulka. V tomto počátečním stádiu, lze bulku zatlačit prsty zpět do dutiny břišní, později to už možné není. Takovýto postup je však doprovázen mírnými bolestmi a nepříjemnými pocity. Nemocný v tříselné krajině pociťuje tah a tlak, tyto pocity se objevují při námaze (DUDA, 2012).

S postupným zvyšováním nitrobřišního tlaku dochází k pravidelnému zvětšování kýlního vaku a vznikají tak větší kýly, u kterých se potíže vyskytují i mimo dobu fyzické námahy. Lokalizace bolesti je v místě postižení zejména v tříselné krajině, na vnitřní ploše stehna nebo na šourku, ale i v celém břiše. Má charakter pálivé a píchavé bolesti tlaku a křečí (NOVOTNÝ, 2010).

Czudek ve své práci uvádí případ, kdy se tříselná kýla větších rozměrů může propagovat až do skrota.

Nejvýznamnější komplikací je uskřínutí neboli inkarcerace vznikající v místě kýlní branky. Uskřínutím vznikne v kýlním vaku otok, kongesce či strangulace. Dochází k poškození cévního a nervového zásobení uskřínutého orgánu. Pokud není

zajištěno dostatečné zásobení krví a kyslíkem daného orgánu, začne obsah tříselné kýly odumírat a vznikat nekróza. U komplikace tohoto typu nelze již obsah kýlního vaku vrátit zpět do dutiny břišní, objevuje se výrazná neustupující křečovitá bolest. Nastupují potíže s nadýmáním, zástava vyprazdňování stolice, zvracení a hyperperistaltika. Jestliže je stěna kýly zarudlá, napjatá, bolestivá a nelze reponovat, představuje riziko náhlé příhody břišní. U pacienta může nastat šok či dojít až k úmrtí, proto je jediným řešením tohoto stavu okamžitý chirurgický zákrok (NOVOTNÝ, 2010), (NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, 2011), (SEMEROVÁ, 2011).

Mezi další komplikace se řadí srůsty (hernia acreta), záněty, městnání střevního obsahu a nahromadění tělní tekutiny v kýlním vaku (SEMEROVÁ, 2011).

Dále podrobněji popisované dělení je na peroperační a pooperační komplikace. Peroperační komplikací bývá poranění orgánů dutiny břišní (tenké střevo, tlusté střevo, močový měchýř), krvácení z poraněných cév (epigastrických, testikulárních a femorálních), poranění chámovodu (ductus deferens) u mužů (SEMEROVÁ, 2011). Na základě poranění nervů (iliohypogastrického, ilioinguinálního, genitofemorálního) a reakce na nevstřebatelný šicí materiál vzniká chronická bolest, kterou trpí 10-12 % nemocných. Aplikací sítky dojde ke snížení či absolutnímu vymizení této bolesti (NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, 2011). Mezi další komplikace pooperačního období patří hematoma, absces, hydrokéla, orchitida, píštěl a recidiva, která vzniká na základě propuknutí infekce nebo při technickém pochybení chirurga, který výkon prováděl (DOLEŽEL et al., 2009), (VUILLEUMIER et al., 2009).

#### **1.4 Diagnostika, léčba a prevence**

Diagnostika spočívá v podrobném odběru anamnézy a důkladném fyzikálním vyšetření, které probíhá ve stoje, kdy dochází k většímu vyklenutí kýly a vleže za užití Valsalvova manévru (NOVOTNÝ, 2010).

Za užití palpáce hodnotíme, konzistenci obsahu, velikost vaku a její bolestivost. Velikost se hodnotí dle ukazováku ruky nebo laparoskopického nástroje za pomoci

rozevřené branže. Při vyšetřování nemocného musí být vyšetřena pravá i levá strana tříselné krajiny a její okolní struktury (DUDA, 2012), (NOVOTNÝ, 2010).

V neposlední řadě se pro potvrzení správně stanovené diagnózy užívá ultrazvukové vyšetření, tzv. sonografie a nukleární magnetická rezonance (DUDA, 2012), (NOVOTNÝ, 2010). U špatně prokazatelných kýl musí být pacienti vyšetřování opakovaně v tříměsíčních intervalech, využívá se zde počítačové tomografie či diagnostické laparoskopie (DUDA, 2012).

### **Léčba konzervativní**

Tříselnou kýlu lze léčit dvěma způsoby, buď konzervativně, nebo chirurgicky. Léčba konzervativním přístupem spočívá v zasunutí kýlního obsahu zpět do dutin břišní a fixací oblasti vzniklé tříselné kýly. Vzniklý defekt, který lze takto snadno vpravit zpět, nazýváme kýlou reponibilní (DUDA, 2012).

K vytvoření tlaku v místě poškození slouží kýlní tříselný pás, který se používá u menších kýl v případě kontraindikace operačního zákroku a u pacientů, kteří operační zákrok odmítají (PAFKO et al., 2008). Účinnost kýlního pásu je sporná a v některých případech považována za obsolentní. Kýlní pás je pro nemocného do jisté míry zátěží, obtěžuje ho, pelota pásu v třísele špatně drží a dopad má i na hygienu. Tento druh léčby je nenáročný, avšak problém nevyřeší (DUDA, 2012).

Mezi kontraindikace operační léčby tříselné kýly Duda (2012) řadí graviditu, neléčený ascites, benigního onemocnění prostaty a chronické onemocnění, typu generalizovaných nádorů či těžké cévní mozkové příhody, tedy onemocnění, která ohrožují pacienta na životě. Kontraindikací mohou být i recidivy kýly, které jsou technicky neřešitelné nebo kýly, jejichž obsah tvoří většina střevních kliček, v takovém případě dosahují až obřích rozměrů.

### **Léčba chirurgická**

Chirurgický zákrok je jedinou možností, jak dosáhnout optimálních výsledků v léčbě tříselné kýly. V současné době se nabízí několik typů operací. Přesné doporučení, jak řešit onemocnění, zda otevřeným nebo laparoskopickým přístupem, nelze dát (DOLEŽEL et al., 2009).

Na následující stránce jmenujeme jednotlivé techniky přístupu a jejich nejvýznamnější zástupce:

- **Technika klasické plastiky**

Klasická operace je založena na využití vlastních tkání pacienta a dochází zde k mírnému napětí tkání působením sutury. Tento typ výkonu označujeme napěťovou plastikou (tension-on) (NOVOTNÝ, 2010).

Klasický přístup operace se užívá v případě, že laparoskopická operace je kontraindikována, například není-li pacient schopen operace v celkové anestezii, volí se otevřená operační metoda, probíhající v epidurální či lokální anestezii (DOLEŽEL et al., 2009). Používanými metodami jsou:

- Plastika dle Bassiniho
- Plastika dle Shouldice
- Plastika dle Lotheissena a McVaye

- **Technika bez napětí pomocí implantátu**

Reparaci bez napětí (tension-free metoda) je možné provést taktéž v lokální anestezii. Provádí se řez jako u klasické operace, defekt je však uzavřen pomocí síťky (NOVOTNÝ, 2010).

- Plastika dle Lichtensteina
- Plastika metodou zátky
- Plastika dle Stoppa

- **Technika laparoskopická**

Jedná se o miniinvazivní postup využívající endoskopické plastiky pod označením tension-free. Laparoskopických inguinoplastik pro menší bolestivost, nižší riziko vzniku infekce v ráně, rychlejší rekonvalescenci a dalších stále přibývá. Bylo prokázáno, že díky této technice došlo ke snížení počtu recidiv, a to v rozsahu 30-50 % (DOLEŽEL et al., 2009).

- uzávěr vnitřní branky prostou suturou – v současnosti se metoda nepoužívá, jelikož nesplňuje podmínku plastiky bez napětí
- IPOM (Intraperitoneal Onlay Mesh) – intraperitoneální on-lay síťka
- TAPP (Transabdominal Preperitoneal Repair) – transabdominální preperitoneální plastika

- TEP (Totally Extraperitoneal Repair) – totální extraperitoneální plastiky (NOVOTNÝ, 2010).
- N.O.T.E.S. - Implantace sítěky transgastricky či transvaginálně. Vstup do dutiny břišní je veden přes přirozené tělní dutiny, bez kožní incize. Tato technika je prozatím ve fázi experimentu (MIEDEMA et al., 2009).

- **Metoda ONSTEP**

Od roku 2012 se v medicíně objevila nová metoda řešení tříselné kýly nazývaná ONSTEP (Open New Simplified Totally Extraperitoneal).

Na toto téma jsme se rozhodli zmapovat informovanost lidí ve východočeském regionu. Cílem bylo zjistit, do jaké míry se média v současné době zajímají o problematiku nových léčebných metod v medicíně. Vybrali jsme několik známějších sdělovacích prostředků na východě České republiky a během půl roku sbírali články na toto téma jimi vydané, z nich jsme vytvořili následující podkapitulu doplněnou podklady z I. České herniologické konference, rychnovské a semilské nemocnice, kde tuto metodu na pacientech již aplikují.

V březnu 2012 v Barceloně na kongresu EHS bylo portugalskými lékaři, kteří jsou zároveň autory, prvně představeno zcela nové operační řešení tříselné kýly. Dr. Augusto Lourenco, M.D. a Dr. Rui Soares da Costa, M.D., nový postup řešení tříselné kýly pojmenovali jako metodu ONSTEP „Open New Simplified Totally Extraperitoneal“ (KREJČOVÁ, 2013). Metoda je rozšířena v Dánsku, Německu, Portugalsku a dnes už se dostala i do České republiky (hradec.idnes.cz, 2013). Své znalosti a zkušenosti o technice ONSTEP předává dalším zájemcům z celé České republiky MUDr. Adolf Gryga, CSc., který byl také jedním z účastníků kongresu. MUDr. Adolf Gryga, CSc. je znalec v oblasti bariatrické a metabolické chirurgie, chirurgie zažívacího traktu, ale zejména v oblasti řešení potíží břišní stěny a herniologie. Nemocnice Prostějov byla první, která techniku ONSTEP praktikovala. Nemocnice s poliklinikou v Semilech, nemocnice v Rychnově nad Kněžnou a Kýlní centrum v Liberci jsou další a jediná zdravotnická zařízení u nás, která poskytují takovéto řešení tříselné kýly (nemsem.cz, 2013).

6.-7.11.2014 se v Olomouci konala I. Česká herniologická konference Czech Branch of the EHS a jedním z probíraných témat byla problematika řešení tříselné kýly. Členy přípravného organizačního výboru byli Adolf Gryga, Tomáš Bureš a Lukáš Kohoutek (chsp.cz, 2014).

V České republice se kýly řešily laparoskopickou nebo otevřenou metodou, zatím co u metody ONSTEP dochází ke kombinaci obou způsobů operací. Pacient má místo tří ran jen jednu malou a další výhodou je absence plnění břišní dutiny plynem oxidem uhličitým (hradec.idnes.cz, 2013). Jedná se o minimálně traumatizující zákrok řešený technikou „bez napětí“, který spadá do jednodenní chirurgie. Lékaři pomocí šablony určí místo incize, jež je vedena laterálně nad sponou stydkou. Velikost incize odpovídá 3-4 cm, grafické znázornění naleznete v příloze H. Velkým rizikem při otevřené či laparoskopické operaci kýly bývá poranění nervů, v tomto případě se místo incize nervům vyhýbá. Základem nové metody je vložení implantátu, sítěky, z lehkého polypropylenu mezi preperitoneální prostor a šikmé svaly břišní (nemsem.cz, 2013). Síťka Polysoft z oválného anatomicky tvarovaného materiálu je opatřena nevstřebatelným paměťovým kruhem, který je navržen tak, aby se v ráně dokonale rozevřel, držel tvar, byl elastický a poddajný. Implantát pak stačí fixovat jedním stehem (KREJČOVÁ, 2013). Rychlým prorůstáním tkáně polypropylenovou sítíčkou se zpevní stěna břišní a zabrání se opětovnému vyklenutí (nemsem.cz, 2013).

Klasické operace jsou časově náročnější a i s přípravou trvají 45 až 60 minut. Operace touto metodou trvá pouhých 15 až 20 minut, a však první provedené výkony i s přípravou se v České republice uskutečnily v rozsahu 40 minut. Rychlost provedení zákroku ovlivňuje také obezita a zdravotní stav pacienta. Metoda má i svou nevýhodu, lze ji použít pouze ve třiceti procentech případů (hradec.idnes.cz, 2013).

## **Výhody techniky ONSTEP**

### **Pro zdravotnický personál**

Lékaři obdivují zejména cenu implantátu, která je nižší než běžně používané sítěky, ale i cena celého chirurgického výkonu se razantně snižuje, a to v oblasti anestezie, instrumentária a délky hospitalizace nemocného. Přední otevřený přístup řešení tříselné kýly je chirurgům dobře známý, a proto si techniku ONSTEP vychvalují (nemsem.cz, 2013). Dle zatím získaných zkušeností hodnotí lékaři snížené riziko

recidivy pod 1 % (nemlib.cz, 2013). Takovými zákroky jsou schopni zvládnout i méně zkušené chirurgové, tvrdí MUDr. Adolf Gryga, CSc. (TEPLÁNSKÝ, 2013).

### **Pro pacienta**

Důležitou výhodou pro pacienty je eliminace pooperačních bolestí, až absolutní vymizení bolesti. Šetrnost a rychlost provedení výkonu s sebou přináší krátkou dobu anestezie ať už lokální nebo celkové (nemsem.cz, 2013). Pro těžce nemocné s komplikacemi způsobenými jiným onemocněním je velkou nadějí na léčbu možnost využití lokálního umrtvení. Jedná se o pacienty s diabetem mellitus, hypertenzí či selháváním ledvin (KREJČOVÁ, 2013) Po operačním výkonu zůstane pouze malá tří až čtyř centimetrová jizva v podbřišku. Nemocný nepocítuje žádné cizí těleso v těle a síťka poskytuje dlouhodobé spolehlivé řešení (nemsem.cz, 2013). Výrazně se zkracuje délka celkové hospitalizace nemocného v nemocnici a jeho následná rekonvalescence, což umožňuje pacientům okamžitý návrat do každodenního života (TEPLÁNSKÝ, 2013). Délka hospitalizace pacienta po běžných operacích tříselné kýly bývá tři až čtyři dny. Po operaci metodou ONSTEP odchází pacient do domácího prostředí již první operační den. Pacienti, kteří prodělali zákrok v lokální anestezii, mohou být propuštěni v tentýž den operace, tedy nultý operační den. Pacienti se operačního zákroku nemusí bát ani po stránce finanční, jelikož ho celý hradí pojišťovna (hradec.idnes.cz, 2013).

*Řez je velmi drobný a pacienti jsou poměrně rychle schopni plné zátěže. Metoda je vhodná u pacientů s komplikacemi způsobenými jinými onemocněními a je možné ji použít i v lokální anestezii. David Wadie Shihata (TEPLÁNSKÝ, 2013, s. 1).*

Pravidla primární prevence jsou značně omezené, ale i tak se můžeme pokusit zamezit jejímu vzniku. Vychází se z omezení či absolutního vyřazení zvedání těžkých břemen, udržování si tělesné hmotnosti v normě bez větších výkyvů hmotnosti, proto bychom zamezili ztrátám důležitých látek, dále pak i posilování břišních svalů. Možným krokem prevence je nekouřit, v souvislosti se vznikem chronické bronchitidy (NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, 2011).

Sekundární prevence spočívá v zamezení inkarcerace, a to časnou a efektivní operací tříselné kýly (NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, 2011).



## **1.5 Kvalita života pacienta po operaci tříselné kýly metodou ONSTEP**

Definovat kvalitu života je těžké, protože se dotýká velkého množství oblastí např.: interpersonální, ekonomické, sociální, psychologické, kulturní a dalších. Bývá tak nazývána multidimenzionální. Snahou je podporovat a rozvíjet takové životní podmínky a prostředí, které by lidem umožňovaly žít tak, jak považují za nejlepší a nejvhodnější (GURKOVÁ, 2011).

### **Hodnocení kvality života**

O tom, zda kvality života lze měřit či nikoli, jsou vedeny mnohé spory (BÁRTLOVÁ et al., 2008). Měření většinou vychází z porovnávání života hodnocené osoby s životem druhých osob nebo s očekávanou úrovní bytí. Jednotná norma nebo standard však popsat nelze. Hlavním nástrojem hodnocení kvality jsou vytvořené standardizované dotazníky (GURKOVÁ, 2011).

Do tří skupin dělíme metody použité při hodnocení kvality života a to dle toho, kdo kvalitu života hodnotí. Hodnotícím může být sám pacient, za druhé kvalitu života pacienta hodnotí jiná osoba a poslední nabízející se variantou je kombinace obou předchozích možností (BÁRTLOVÁ et al., 2008).

V ošetrovatelské praxi se kvalita života vyhodnocuje z individuálního konstruktů, zaměřuje se na život člověka v souvislosti s jeho zdravotním stavem. Nejčastěji se toto hodnocení používá u osob s dlouhodobým, nevléčitelným onemocněním (GURKOVÁ, 2011).

Studie o komfortu pacienta, který podstoupil operační zákrok technikou ONSTEP, prokázaly, že ti, kteří byli léčeni technikou „bez napětí“, se rychleji zotavují a cítí se lépe. Došlo u nich ke snížení či vymizením bolesti, která je doposud provázela a nemají problém s rychlým návratem do každodenního života (nemsem.cz, 2013). Na základě těchto skutečností hodnotíme, že metoda ONSTEP je vhodným řešením a přispívá ke zlepšení a zvýšení kvality života pacienta po operaci tříselné kýly.

## 2 Role všeobecné sestry v péči o pacienta s tříselnou kýlou

Specifika ošetrovatelské péče u pacienta po operaci tříselné kýly řeší praktická část, proto jsme se soustředili na podstatu všeobecné sestry v edukačním procesu a vysvětlili její role.

Role všeobecné sestry se neustále vyvíjí, od charitativně působící osobnosti dospěla k samostatně pracujícímu odborníkovi v ošetrovatelské péči, roli edukátorky či výzkumnice. Hlavní funkcí oboru ošetrovatelství je poskytovat pacientům základní péči vedenou týmem zdravotníků, jejímž členem je i všeobecná sestra (BÁRTLOVÁ, 2005).

Při tvorbě ošetrovatelského a edukačního procesu se využívá poznatků z mnoha vědeckých oblastí jako je pedagogika, psychologie, komunikace, ale i sociologie a etika (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

Obecná pravidla chování všeobecných sester k jedinci vycházejí z etického kodexu (BÁRTLOVÁ et al., 2008). Od 11. února 2012 se české sestry hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester. Etický kodex ICN uvádí, že všeobecné sestry mají čtyři hlavní povinnosti, jimiž je podpora zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví a zmírnění utrpení (ETICKÝ KODEX, 2012).

Všeobecné sestry v povolání nevykonávají pouze jednu úlohu, nýbrž celý komplex úloh, které se navzájem doplňují. Činnosti, které musí zastat, jsou rozmanité, v různém rozsahu a podobě, proto je složité uvést přesnou charakteristiku role sestry (BÁRTLOVÁ, 2005).

Na základě těchto skutečností se role všeobecné sestry podle Magurové (2009) dělí na:

- role ošetrovatelky,
- role komunikátorky,
- role poradkyně,
- role obhájkyne práv pacienta a advokátky,
- role manažerky,

- role nositelky změn,
- role výzkumnice,
- role učitelky,
- role edukátorky a další.

Uvedená pravidla jsou závazná a měl by se na nich zakládat každý ošetrovatelský a edukační proces, proto se promítají i do specifické ošetrovatelské péče u pacienta s tříselnou kýlou.

## 2.1 Role sestry edukátorky

Edukace je jednou z hlavních úloh práce všeobecné sestry a s tím souvisí i její role. Prací sestry v této roli je mnohostranné zaměření na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování a konání jedince i skupiny v zájmu podpory zachování a obnovení zdraví (DUŠOVÁ, 2006), (KREJČÍ, 2011).

*Význam edukace v činnosti sestry je patrný hlavně z pohledu současné kvality zdravotního stavu obyvatelstva ČR a EU, který není uspokojivý (HLINOVSKÁ, 2010, s. 164).*

Role edukátorky je spjata s celoživotním vzděláváním v oboru ošetrovatelství, pedagogiky a psychologie. Sestra, která plní práci edukátorky, musí být s touto rolí ztotožněna, musí umět předávat informace, být oporou a poradkyní pro pacienta (KREJČÍ, 2011), (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

Svěráková dále uvádí, že všeobecná sestra v edukačním procesu navíc plní roli hodnotitelky, vyjednatelky, zprostředkovatelky, konzultantky, průvodkyně a další. Činností sestry edukátorky je pomoci nemocnému zvládat jeho zdravotní problém, udržovat optimální úroveň zdraví a motivovat ho ve změně jednání k vlastnímu zdraví. Zjišťuje rozsah znalostí a schopností pacienta v oblasti tématu edukace a na základě toho poskytuje jedinci a jeho blízkým informace potřebné k následné ošetrovatelské péči.

### **Souhrn činností sestry edukátorky:**

- diagnostika pacientova zdravotního problému,
- zhodnocení vědomostí a dovedností nemocného,
- předávání informací v potřebném rozsahu,
- znázorní postup k dosažení stanoveného cíle,
- měří a zaznamenává pacientovi pokroky,
- zjišťuje zpětnou vazbu od nemocného a jeho rodiny,
- pokud se u pacienta zjistí deficit v edukačním tématu, sestra situaci přehodnotí a popřípadě provede další sezení (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

## **2.2 Edukace pacienta**

Legální definici pojmu pacient uvádí zákon o zdravotních službách ve svém ustanovení § 3 odst. 1, když normuje, že *pacientem se rozumí fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby*.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, s účinností od 1. 4. 2012 mimo jiné nahradily v rámci “reformy zdravotnictví” po téměř padesáti letech platný zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

*Edukace je proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech* (JUŘENÍKOVÁ, 2010, s. 9).

Cílem edukační činnosti prováděné u pacientů je změnit životní styl, doplnit informace o lécích a jejich vedlejších účincích, používání pomůcek, informací o výživě, diagnostickém vyšetření, pohybovém režimu a následné péči v domácím prostředí. Edukační cíle lze dělit na krátkodobé a dlouhodobé. Pro přesnou formulaci výukových cílů lze uvést dělení do tří oblastí vycházejících z psychických procesů pacienta: (BÁRTLOVÁ et al., 2008).

Kognitivní nebo-li vzdělávací cíle se zaměřují na proces vzdělávání a předávání informací. Zabývají se obsahem vědomostí, schopnostmi intelektovými a poznávacími jako je myšlení, vnímání, tvořivost a jiné. Ve fázi afektivních cílů se hodnotí postoje, sociálně-komunikační dovednosti a hodnoty. Cíle psychomotorické jsou využívány při praktické edukaci. Edukant se učí novým motorickým dovednostem, manipulovat s přístroji a pomůckami (DUŠOVÁ, 2006).

Edukační proces řadíme mezi základní prvky pro správné provedení léčebné a ošetrovatelské péče. Využíváme jej v případě, kdy je třeba v rámci léčebného procesu a navození zdraví pozměnit chování pacienta (SVĚŘÁKOVÁ, 2012). Ve zdravotnictví se využívá za účelem zkvalitnění života, předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví. Jak uvádí Juřeníková (2010), své uplatnění nachází i v rámci prevence primární, sekundární i terciální. Primární prevence se aplikuje u zdravých jedinců. Cílem je předcházet nemoci, ale zároveň zvyšovat kvalitu života. Sekundární využíváme, pokud nemoc u pacienta již vznikla. Snaží se zabránit jejímu přechodu do chronicity či ireverzibilního stavu a zamezit vzniku komplikací v průběhu léčby. Terciální prevence se užívá u lidí, kteří již nemohou dosáhnout plnohodnotného zdraví. Učí je jak se vyhnout dalším možným komplikacím. (ŠULISTOVÁ et al., 2012).

Druhy edukace jsou také tři, a to základní, komplexní a reedukace. Základní edukace se provádí u pacientů, u kterých bylo nově zjištěno onemocnění, o kterém doposud neměli žádné informace. U typu komplexní edukace využíváme edukačních kurzů, které ovlivňují životní styl pacienta postiženého celoživotním onemocněním. Cílem reedukace je navázat na předchozí vědomosti pacienta, následně je rozvíjet, aktualizovat a opakovat (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

Edukace se účastní čtyři determinanty, bez kterých by nebylo možné proces uskutečnit. Juřeníková hovoří o edukátorovi, edukantovi, edukačních konstruktech a prostředí. Edukátor je osoba, jež učí pacienty novým poznatkům, nejčastěji jím bývá všeobecná sestra. K vykonávání této role je zapotřebí mít vysokou úroveň znalostí jak z medicínského, tak ošetrovatelského hlediska. Lékaři, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti a další bývají také často aktéry edukačního sezení. Edukantem nazýváme učící se subjekt, osobu nemocnou nebo zdravou. Každý edukant má své charakteristické afektivní, fyzické a kognitivní vlastnosti. Kvalita edukačního procesu je ovlivněna

nejrůznějšími plány, zákony, předpisy, edukačními standardy a edukačním materiálem, všechny tyto faktory spadají do skupiny edukačních konstruktů. Posledním velmi významným prvkem ovlivňujícím edukaci je edukační prostředí, místo, v němž se edukace uskutečňuje. Je ovlivněno vnitřními a vnějšími faktory.

Stejně jako ošetrovatelský proces, tak i edukační proces se dělí do pěti fází. Takto je ve své knize popisuje Juřeníková (2010).

### **Posouzení vzdělávacích potřeb**

První fáze je nejdůležitější, sestra získává data a informace o pacientovi, potřebné k edukaci, a to za pomoci rozhovoru či pozorování. Edukátor/ka zjišťuje, v jaké oblasti má pacient nedostatečné vědomosti, dovednosti, návyky a postoje, určuje edukační potřeby pacienta. Charakter získaných informací by měl být objektivní, ale i subjektivní. Na základě posouzení stanovuje sestra budoucí cíle.

### **Stanovení edukační diagnózy**

V této fázi dochází ke stanovení závěru z pozorování a odpovědí jedince, identifikaci problémů a k plánování cílů. Jsou vymezeny diagnózy na podkladě nedostatku vědomostí o daném tématu.

### **Plánování edukačního procesu**

Edukátor/ka si volí strategii, na jejímž základě postupuje v edukačním procesu, volí nejvhodnější formu, metody a obsah edukace. Dále si připravuje pomůcky, prostředí a stanovuje si časový interval edukace.

### **Realizace**

Základem je pacienta motivovat ke spolupráci, pokud se nám toto podaří, předáváme mu potřebné informace a snažíme se ho naučit určitým dovednostem. Po expozici následuje fixace, obsah edukačního programu s pacientem procvičujeme a opakujeme, mezi tím sestra diagnostikuje, zda pacient probrané téma pochopil. Aplikace je poslední krok, kdy nám pacient dokazuje schopnost použít nabytých vědomostí a dovedností v běžném denním životě.

## Vyhodnocení

Fáze vyhodnocení je fází poslední, získáváme zde zpětnou vazbu uskutečněného edukačního procesu. Sestra vyhodnocuje výsledky dosažené edukantem, ale zároveň i činnost její vlastní. Dále určujeme, zda bylo dosaženo stanovených cílů (DUŠOVÁ, 2006).

## Principy edukace

Kvalitně provedená edukace pacienta má významný vliv na jeho úspěšnou léčbu po zákroku, na jeho následující fyzický i psychický stav. Všeobecná sestra musí vzít na vědomí především tyto skutečnosti:

- pacient má právo být edukován,
- pacient by měl znát, chápat a umět pracovat se svou rolí v edukačním procesu,
- aby se pacient rozhodl pro změnu životního stylu, musí mít právo získávat aktuální informace o svém zdravotním stavu a léčebném režimu, kterého se bude aktivně účastnit,
- povinností sestry je zbavit nebo alespoň snížit úzkost a strach nemocného z problémů vyskytujících se v budoucnosti v souladu s onemocněním,
- pacienta je nutné umět motivovat k aktivní spolupráci a poskytovat mu instrukce k následné péči o své zdraví (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

## Edukátorka zohledňuje:

- věk a pohlaví pacienta,
- vzdělání a zaměstnání,
- kulturu a sociální zázemí,
- motivaci a koncepci sebedůvěry,
- hodnotový systém jedince,
- schopnost učit se, číst, slyšet (pozor na smyslová postižení),
- stanoví metody výuky, připraví pomůcky,
- připraví na výuku klienta – dohodne si s ním dobu, je vhodné i předat před edukací písemný materiál, někdy je vhodné přizvat na výuku i příbuzné, přátelé,
- využití efektivního času, je možné provádět výuku i ve skupinách (DUŠOVÁ, 2006).

Obsah edukační jednotky má pacienta informovat a naučit ho dovednostem a jednání. Tento obsah, který by měl být standardní, s pacientem opakujeme. Pacient by měl prokázat zpětnou vazbu o nabytých vědomostech a dovednostech. Úroveň teoretické i praktické části edukace by měla být rovnocenná. Pacient by měl být předem seznámen s délkou a průběhem edukace a podávané informace by měly být srozumitelné a jednoduché (DUŠOVÁ, 2006).

#### **Nejčastější chyby sester při edukaci pacientů:**

- není ujednocený a jasně vytyčený cíl výuky (klient má jinou představu než sestra edukátorka),
- výuka je pojata monotónně, je neplánovaná, opakovaná a špatně rozvrhnutá,
- sestra nedokázala pacienta zaujmout svým výkladem,
- sestra nemá zpětnou vazbu od pacienta, zda pacient předanou informací pochopil či nikoli,
- pacient je informacemi přehlcn,
- nesprávné rozložení výuky v časové ose, informace jsou pacientovi předávány v nevhodnou dobu,
- vážne komunikace v ošetrovatelském týmu, nedostatečná dokumentace,
- sestra nedává pacientovi možnost samostatně se rozhodovat,
- sestra není empatická, přehlíží zhoršený komfort pacienta (nevolnost, únava, bolest, cizí prostředí, atd.),
- nedojde ke zhodnocení pacientových pokroků (DUŠOVÁ, 2006).



### **3 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA PO OPERACI TŘÍSELNÉ KÝLY**

Cílem bakalářské práce je vytvoření a zavedení edukačního procesu u pacienta po operaci tříselné kýly do praxe. Při posuzování a zpracování údajů získaných od pacientů jsme diagnostikovali nedostatečné znalosti i v oblasti předoperační přípravy. Na základě tohoto zjištění bychom chtěli poukázat na nezbytnost edukace v ošetrovatelské péči. Z těchto důvodů jsme se rozhodli modifikovat původní záměr edukace a edukační proces rozšířit na tři edukační jednotky. Edukační činnost řeší otázku specifické ošetrovatelské péče před a po operaci tříselné kýly a plnění následné péče v domácím prostředí. Zabývá se změnou životního stylu, správným využitím pomůcek určených k rekonvalescenci, informacemi o výživě a zejména pohybovém režimu pacienta.

Ke spolupráci jsme oslovili dva pacienty hospitalizované pro operaci tříselné kýly v rychnovské nemocnici. Pro posouzení a získání základních informací o pacientovi A i B jsme použili ošetrovatelský proces a v rámci prvního kroku jsme provedli situační analýzu. Následně jsme pracovali s pěti kroky edukačního procesu. První dvě fáze jsou u každého z pacientů individuální. Od třetí fáze, fáze plánování, se edukační proces spojuje, dochází ke skupinové edukaci a vyhodnocení nově nabytých vědomostí, dovedností a postojů při edukaci.

K vytvoření obsahu edukační potřeby jsme využili vstupního testu s devíti otázkami, který byl pacientům položen v první fázi edukačního procesu při posuzování vzdělávacích potřeb.

Pro kontrolu a zhodnocení správně provedené edukace nám byl nápomocen výstupní test o 9 stejných otázkách jako v testu vstupním. V praktické části byly použity tabulky čerpané ze skript Vysoké školy zdravotnické, jež jsou školní didaktickou pomůckou.

## 3.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

### 1. FÁZE – POSOUZENÍ

#### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA A

**Jméno:** A

**Věk:** 79 let

**Rasa:** europoidní (bílá)

**Vzdělání:** střední odborné učiliště

**Pohlaví:** muž

**Bydliště:** Týniště nad Orlicí

**Etnikum:** slovanské (české)

**Zaměstnání:** starobní důchodce, dříve truhlář

#### Anamnéza

Základní dg.: K409 Jednostranná n.neurč. tříselná kýla bez neprůchodnosti n. gangrény  
Nynější onemocnění: pacient si v pravé tříselné krajině nahmatal bulku. Navštívil svého obvodního lékaře, který mu na tomto základě stanovil diagnózu tříselná kýla vpravo. V místě vyklenutí se začaly projevovat bolesti, které vznikaly vždy při zátěži. Pacient ví o kýle od března 2014. Léčí se s esenciální hypertenzí a ICHS, kde je zavedena chronická warfarinizace.

Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, prodělané onemocnění – srdeční arytmie, st. p. CHCE, st.p.CMP 1999 bez rezidua, st.p. APPE a ASK kolene anamn., st.p. stenóze L3/4 v roce 2009

Alergická anamnéza: nejuje

Abúzy: nekouří

alkohol – 1krát týdně pivo

káva – 1/den

závislost na jiných látkách: neuvádí

Farmakologická anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Atoris	tbl., p.o.	20 mg	0-0-1	Hypolipidemikum
Perinpa	tbl., p.o.	4mg/1,25mg	1-0-0	Antihypertenzivum
Warfarin	tbl., p.o.	5 g	nyní ex	Antikoagulancium

Základní údaje:

<b>Tělesný stav</b>	je dobrý, přiměřený věku, stav po operaci stenózy L3/4, jinak bez závažnějších patologií, přiměřený věku
<b>Mentální úroveň</b>	dobrá, orientována místem, časem i osobou
<b>Komunikace</b>	zhoršena, porucha zraku a sluchu
<b>Zrak, sluch</b>	brýle na blízko, sluch zhoršený
<b>Řečový projev</b>	problém nenalezen
<b>Paměť</b>	bez potíží, krátkodobá i dlouhodobá paměť je nenarušená
<b>Motivace</b>	uspokojivá, představuje zájem o získání vědomostí
<b>Pozornost</b>	plná, zájem o informace
<b>Typové vlastnosti</b>	flegmatik
<b>Vnímavost</b>	přiměřená
<b>Pohotovost</b>	rychlost reakcí je přiměřená věku
<b>Nálada</b>	dobrá, vykazuje známky strachu z operace
<b>Sebevědomí</b>	střední úroveň, věří si přiměřeně
<b>Charakter</b>	spíše pasivní, přátelský, hovorný
<b>Poruchy myšlení</b>	neprojevují se, myšlení – jasné, logické
<b>Chování</b>	přívětivé, spolupracuje, klidný
<b>Učení</b>	<b>typ</b> – emocionální <b>styl</b> – auditivní, vizuální, logické, systematické <b>postoj</b> – ukazuje zájem získat nové informace <b>bariéry</b> – narušený sluch a zrak

## UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Posouzení ze dne 15. 02. 2015

### Podpora zdraví

Pacient začal pociťovat bolesti v třísle, kde si nahmatal bulku. Na tento popud navštívil svého obvodního lékaře, který mu diagnózu potvrdil. Zdravotní stav pacienta není vážný, bez chirurgického zákroku se neobejde. Pacient ví o kýle od března 2014.

Dodržuje pravidelné preventivní prohlídky u svého obvodního lékaře a stomatologa. Svůj zdravotní stav si snaží udržet v normě s věkem, a proto vykonává mnoho aktivit.

Psychický stav pacienta je dobrý, klidný, ale vykazuje jisté známky strachu z operačního výkonu. Léčebný režim pacient dodržuje a se zdravotnickým personálem spolupracuje.

**Ošetrovatelský problém:** problém nenalezen

**Priorita:** nízká

### **Výživa**

Hmotnost muže je 79 kg, výška 175 cm, BMI = 25,80. Pacient se snaží stravovat pravidelně, jí skoro vše včetně ovoce a zeleniny, dietní režim nemá žádný. Příjem potravy per os. Denně vypije cca 2 l tekutin, někdy však zapomíná pít a vypije pouze 1 l denně. Kožní řasa v normě. Mezi jeho nejoblíbenější tekutiny patří minerální vody jako je magnésie a poděbradka. Pacient nekouří a alkohol pije příležitostně, po obědě si dá občas kávu.

Pacient speciální dietu nedodržuje, byla mu tedy stanovena dieta č. 3, v den operačního zákroku má ordinováno nic per os. U pacienta jsme použili měřící techniku BMI a nutriční screening, BMI pacienta je 25,80, dle této hodnoty trpí pacient nadváhou, zdravotní rizika jsou nízká. Nutriční screening vyšel 0 bodů.

**Ošetrovatelský problém:** nadváha, nízká zdravotní rizika

**Priorita:** střední

### **Vylučování a výměna**

Potíže s dýcháním pacient neuvádí. V noci dochází k častému nucení na močení, přibližně 2krát za noc, další potíže s močením neuvádí. Vyprazdňování stolice v domácím prostředí je pravidelné. Poslední stolice byla 15. 01. 2015. Problémy s trávením a nadýmáním neuvádí.

**Ošetrovatelský problém:** časté nucení na močení v noci

**Priorita:** nízká

### **Aktivita, odpočinek**

Chodí na procházky se svým psem, osm měsíců tráví se svou partnerkou na chatě, kde chodí na dříví, na houby a starají se o chatu a její okolí. Pokud je hezké počasí, rád se projede na kole. Kompenzační pomůckou při pohybu mu je skládací hůl. Spánek má mělký, spí cca 6 hodin denně. S nárůstem věku pociťuje zvýšenou únavu. Muž má zvyk si každý den po obědě na hodinu lehnout.

Pobyt v nemocnici hodnotí pacient jako odpočinkový, prozatím nepociťuje zhoršený komfort. Při příjmu byl proveden Barthelův test základních, všedních činností, pacient získal 95 bodů, hodnotíme ho jako nezávislého.

**Ošetrovatelský problém:** zhoršená chůze, mělký a krátký spánek

**Priorita:** střední

### **Percepce/kognice**

Sluch a zrak má narušený, nosí brýle. Na základě narušených smyslů dochází ke zhoršení komunikace. Chrup je sanován, má horní a dolní protézu. Při chůzi používá skládací hůl. Onemocnění ho trápí z hlediska estetického a občas i bolestivého. Došlo k omezení určitých činností, které pacient dříve vykonával.

Pacient je při vědomí, orientován místem, časem a osobou. Při hodnocení vědomí jsme použili měřicí techniku Glasgow coma scale, výsledek je 15 bodů, pacient je plně při vědomí. O svém zdravotním stavu byl poučen ošetřujícím lékařem. Zná příčinu vzniku onemocnění, má však nedostatek vědomostí o specifikách ošetrovatelského průběhu předoperační přípravy a pooperační péče, ve způsobu léčby a o následném domácím režimu má také jisté známky nedostatku znalostí. Pacient nikdy neslyšel o nové léčebné metodě ONSTEP.

**Ošetrovatelský problém:** narušené smysly, zhoršená komunikace, využití kompenzačních pomůcek, nedostatek vědomostí, dovedností a chyby v postojích k průběhu léčby

**Priorita:** střední

### **Sebepercepce**

Na otázku, jak se vnímá a hodnotí, mi bylo odpovězeno: *Jako trouba*. Do ničeho se nehrne a spory také nevyhledává. Pacient o sobě říká, že je flegmatik a má odhad na

lidi. Seznamování mu trvá déle, ale jinak je přátelský. Dále o sobě říká, že je workoholik.

Aktivně pomáhá ošetrovatelskému personálu při komplexní ošetrovatelské péči a plní ordinace lékaře.

**Ošetrovatelský problém:** problém nenalezen

**Priorita:** nízká

### **Vztahy mezi rolemi**

Pacient je 20 let rozvedený, 30 let má novou přítelkyni, svého rozvodu však lituje. S partnerkou má skvělý vztah a žijí spolu v bytovce v Týništi nad Orlicí. Má dvě děti, dceru a syna. Muž je nekonfliktní osobnost, nevyhledává spory a na lidi si dává obzvlášť velký pozor. Občas se sejde se svými sousedy či kamarády.

Na návštěvě v nemocnici byla zatím jen jeho partnerka. Zbytek rodiny za pacientem prozatím nebyl z důvodu krátkodobé hospitalizace.

**Ošetrovatelský problém:** problém nenalezen

**Priorita:** nízká

### **Sexualita**

Problémy v sexuálním životě s partnerkou nemají. Reprodukce je bez potíží, má dceru a syna. Samovyšetření varlat neprovádí, ale chce si zajít na preventivní vyšetření prostaty. Poslední výsledky PSA v normě.

**Ošetrovatelský problém:** problém nenalezen

**Priorita:** nízká

### **Zvládání/tolerance zátěže**

Pacient si nestěžuje na problémy se zátěží. Z rozhovoru s pacientem je cítit obava z operačního zákroku. Problémy zvládá sám, pokud nastane problém v rodině, řeší ho s paní. Muž říká, *když je problém, zažene ho panák slivovice.*

**Ošetrovatelský problém:** strach z operačního zákroku

**Priorita:** střední

### **Životní principy**

Pacient už nemá žádné konkrétní cíle, život bere tak, jak je. Se zaměstnáním i v osobním životě byl a je spokojen. Životní hodnoty zdraví, rodina, peníze, záliby řadí na stejnou úroveň, dále pak vše ostatní (víra).

**Ošetrovatelský problém:** problém nenalezen

**Priorita:** nízká

### **Bezpečnost, ochrana**

V souladu s bezpečností a ochranou bylo hodnoceno riziko pádu dle Conleyové upraveno Jiráskovou 2006, pacient získal 6 bodů, což vypovídá o sníženém riziku pádu. Dále jsme u této domény hodnotili riziko vzniku dekubitů stupnicí Nortonové, dosažený počet 32 bodů pojednává o tom, že nehrozí riziko vzniku dekubitů.

**Ošetrovatelský problém:** snížené riziko pádu

**Priorita:** střední

### **Komfort**

Pacient nepociťuje zhoršený komfort. Pomocí numerické škály bolesti od 0 do 10 provedl zhodnocení bolesti číslem 0. Zdravotnický personál chválí a má vše, co potřebuje. Je jen trochu neklidný z průběhu operace.

**Ošetrovatelský problém:** problém nenalezen

**Priorita:** nízká

### **Růst a vývoj**

Růst a vývoj je fyziologický, bez patologického nálezu.

**Ošetrovatelský problém:** problém nenalezen

**Priorita:** nízká

### **Profil rodiny**

Pacient bydlí s přítelkyní v panelovém bytě. Vztahy v rodině jsou dobré. Otec zemřel v 81 letech na stáří, maminka v 73 letech na ICHS. Muž nemá žádné sourozence. Dcera i syn jsou zdraví. Pacient vystudoval střední odborné učiliště, byl truhlářem a nyní je ve starobním důchodu.

## **Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně - ekonomický stav**

Rodinné vztahy jsou dobré, pravidelně se s rodinou vídají. Občas se schází se svými sousedy či kamarády na pivo. Na návštěvě v nemocnici byla jen jeho partnerka. Zbytek rodiny za pacientem zatím nebyl z důvodu krátkodobé hospitalizace. Po stránce finanční si pacient nestěžuje.

## **Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje**

Snaží se dodržovat zdravou životosprávu, občas si dopřeje i alkohol a nezdravé potraviny. Pitný režim je 1-2 l denně. Ve svém věku vykonává mnoho pohybových aktivit, práce kolem chaty, procházky se psem, jízda na kole. Říká, že je workoholik. Spí cca 6 hodin denně. Každý den po obědě si na hodinu lehne. S rostoucím věkem pociťuje zvýšenou únavu.

- **Kultura:** s partnerkou preferují spíše kino než divadlo.
- **Náboženství:** věřící, ale do kostela nechodí
- **Hodnota:** vše řadí na stejnou úroveň
- **Postoj k nemoci:** nemoc je pro něho spíše estetickým problémem s občasnou bolestivostí, tříselnou kýlu má poprvé.

## **Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí**

S partnerkou pacienta je dobrá spolupráce, pomáhá ošetrovatelskému personálu v poskytování informací a pacientovi zajišťuje psychickou podporu. V informovaném souhlasu jsou na rodinu zaneseny potřebné kontakty.

## **Porozumění současné situace rodinou**

O stavu pacienta je rodina informována, operační zákrok vnímá jako potřebný. Partnerka má zájem získávat informace a podílet se na léčbě.

## **SITUAČNÍ ANALÝZA ke dni 15. 01. 2015**

Dne 15. 01. 2015 byl plánovaně přijat 79 letý pacient na chirurgické oddělení v nemocnici v Rychnově nad Kněžnou. Pacient přišel na příjem v 11<sup>00</sup> hod pro plánovanou plastiku pravostranné tříselné kýly. Dnes je 1. den hospitalizace. Pacient byl s diagnózou seznámen od svého praktického lékaře, o kýle věděl od března 2014. Pacient je po CHCE, srdeční arytmií, v roce 1999 prodělal CMP, dále pak APPE a ASK



kolene. Stav po operaci páteře v oblasti L3/4 v roce 2009. Nyní se léčí s esenciální hypertenzí a ICHS, kde je zavedena chronická warfarinizace.

Muž byl při příchodu plně při vědomí, hodnocení vědomí proběhlo pomocí stupnice GCS, kde získal 15 bodů a byl orientován místem, časem, osobou. Po příchodu na oddělení byly u pacienta naměřeny tyto hodnoty: TK - 140/90 mmHg, P - 68/min, TT - 36,4 °C, D - 17/min a SpO<sub>2</sub> 98 % bez kyslíku. U pacienta byly použity tyto měřicí techniky: hodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Jiráskovou 2006, kde získal 6 bodů, což vypovídá o sníženém riziku pádu. Hodnocení rizika vzniku dekubitů stupnicí Nortonové, kde dosažený počet 32 bodů pojednává o tom, že nehrozí riziko vzniku dekubitů. Barthelův test základních, všedních činností, kde pacient získal 95 bodů, hodnotíme ho jako nezávislého. BMI pacienta je 25,80, dle této hodnoty trpí pacient nadváhou, zdravotní rizika jsou nízká. Nutriční screening vyšel 0 bodů, není potřeba informovat nutričního terapeuta. Pomocí numerické škály bolesti od 0 do 10 provedl zhodnocení bolesti číslem 0. Bylo provedeno klinické vyšetření, vyšetření moči a krevní testy. Pacient speciální dietu nedodrží, byla mu stanovena dieta č. 3. V den operačního zákroku má ordinováno nic per os.

Pacient má zhoršený zrak a sluch, nosí brýle, má horní a dolní zubní protézu. Kompenzační pomůckou pacienta je skládací hůl. Má mělký spánek, spí cca 6 hodin denně, 2krát za noc se budí kvůli močení. Zjistili jsme, že má nedostatek vědomostí a dovedností o předoperační přípravě a o průběhu bezprostřední ošetrovatelské péče po zákroku. Nemá informace o následné domácí péči, o péči o ránu, o pohybovém a stravovacím režimu. Pacient nikdy neslyšel o nové léčebné metodě ONSTEP.

## **1. FÁZE – POSOUZENÍ**

### **IDENTIFIKANÍ ÚDAJE PACIENTA B**

**Jméno:** B

**Věk:** 39 let

**Rasa:** europoidní (bílá)

**Vzdělání:** vysokoškolské vzdělání

**Pohlaví:** muž

**Bydliště:** Rychnov nad Kněžnou

**Etnikum:** slovanské (české)

**Zaměstnání:** hasič

### **Anamnéza**

Základní dg: K409 Jednostranná n.neurč. tříselná kýla bez neprůchodnosti n. gangrény

Nynější onemocnění: Pacient přijat pro plánovaný operační výkon tříselné kýly vpravo.

Vyklenutí v pravém třísele si pacient poprvé všiml 26. 11. 2014 při zvedání těžkého břemene. Nález je spontánně reponibilní, při zátěži občas doprovázen bolestmi.

Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, prodělané onemocnění – st. p. kašli s normálním alergologickým a plicní nálezem v anamnéze nevýznamné, operační zákrok prozatím nepodstoupil

Alergická anamnéza: neguje

Abúzy: kouření - neguje

alkohol – příležitostně

káva – 1/den,

závislost na jiných látkách: neuvádí

Farmakologická anamnéza: chronickou medikaci neužívá

Základní údaje:

<b>Tělesný stav</b>	dobry, bez patologie
<b>Mentální úroveň</b>	dobrá, orientován místem, časem i osobou
<b>Komunikace</b>	bez omezení
<b>Zrak, sluch</b>	v pořádku, neporušen
<b>Řečový projev</b>	problém nenalezen
<b>Paměť</b>	bez potíží, krátkodobá i dlouhodobá paměť je nenarušená
<b>Motivace</b>	přiměřená, představuje zájem o nabytí vědomostí
<b>Pozornost</b>	plná, přiměřená zdravotnímu stavu, zájem o informace
<b>Typové vlastnosti</b>	sangvinik
<b>Vnímavost</b>	výborná
<b>Pohotovost</b>	reakce jsou rychlé

<b>Nálada</b>	positivní, veselá
<b>Sebevědomí</b>	úroveň střední, věří si přiměřeně
<b>Charakter</b>	přátelský, optimistický, hovorný, aktivní
<b>Poruchy myšlení</b>	neprojevují se, myšlení – jasné, logické
<b>Chování</b>	přívětivé, spolupracuje, klidný
<b>Učení</b>	<b>typ</b> – emocionální <b>styl</b> – auditivní, vizuální, logické, systematické <b>postoj</b> – má zájem o nové informace <b>bariéry</b> – žádné

## UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Posouzení ze dne 16. 01. 2015

### Podpora zdraví

Po objevení vyklenutí pacient navštívil svého praktického lékaře. Zná příčinu vzniku onemocnění. Pro udržení plného zdraví aktivně sportuje, dodržuje zdravý a vyvážený jídelníček a dostatečný příjem tekutin. Na preventivní prohlídky pravidelně dochází. Pacient si je vědom krátkodobého vyřazení z pracovního procesu.

Při příchodu na oddělení je muž klidný, spolupracuje a jeho psychický stav je dobrý. Dodržuje lékařská a ošetrovatelská doporučení.

**Ošetrovatelský problém:** problém nenalezen

**Priorita:** nízká

### Výživa

Pacient váží 90 kg, měří 185 cm, BMI je 26, 3. Potíže s příjmem výživy nevykazuje, příjem per os, dodržuje pravidelnou zdravou na bílkoviny bohatou stravu, jí 6krát denně. Mezi jeho základní potraviny patří kuřecí maso, rýže, zelenina a ovoce. Za den vypije 3 l neperlivé čisté vody, kožní řasu má v normě. Potíže s trávením či nadýmání neuvádí. Pacient nekouří, alkohol pije příležitostně. Kávu pije 1krát za den.

Dnes 16. 01. 2015 ordinováno nic per os z důvodu operačního zákroku. Ke zhodnocení stavu výživy jsme použili měřící techniku BMI, hodnota je 26,3. Dle klasifikace WHO trpí pacient nadváhou, podle struktury těla je však pacient svalnaté postavy, což může zkreslovat výsledek BMI. Dále byl proveden nutriční screening se skórem 0 bodů, nemusel být volán nutriční terapeut.

**Ošetřovatelský problém:** dle klasifikace WHO - nadváha

**Priorita:** nízká

### **Vylučování a výměna**

Potíže s močením neuvádí. Potíže s trávením také neuvádí, peristaltika funkční, nadýmáním netrpí. Vyprazdňování stolice v domácím prostředí je pravidelné. Poslední stolice byla dnes ráno 16. 01. 2015.

**Ošetřovatelský problém:** problém nenalezen

**Priorita:** nízká

### **Aktivita, odpočinek**

Muž je aktivní sportovec, říká, že pro své povolání si musí udržovat dobrou fyzickou formu, proto pravidelně navštěvuje posilovnu, věnuje se horolezectví a jízdě na kole. *Sport je pro mě zábava a odpočinek v jednom.* Volný čas tráví s manželkou a dcerami. Kompenzační pomůcky žádné nepoužívá. Spánek má nenarušený, léky neužívá, spí 8 hodin denně.

U pacienta jsme provedli Barthelův test základních, všedních činností, pacient získal plný počet 100 bodů, hodnotíme ho jako nezávislého.

**Ošetřovatelský problém:** problém nenalezen

**Priorita:** nízká

### **Percepce/kognice**

Při příchodu na oddělení je při vědomí, orientován místem, časem a osobou. Sluch a zrak nenarušený, chrup vlastní, zdravý, pacient je bez komunikační bariéry. Pacient je pozorný, vnímavý a chtivý získat nové informace, je schopný zúčastnit se edukačního sezení. Onemocnění ho omezuje zejména při výkonu svého povolání a při sportu.

Pacient zná příčiny vzniku onemocnění, má však nedostatek vědomostí o specifikách ošetrovatelského průběhu předoperační přípravy a pooperační péče, ve způsobu léčby a o následném domácím režimu má také jisté známky nedostatku znalostí. Při hodnocení vědomí jsme užili měřicí techniku GCS, výsledek je 15 bodů, pacient je plně při vědomí.

**Ošetrovatelský problém:** deficit vědomostí a dovedností o průběhu léčby.

**Priorita:** střední

### **Sebepercepce**

Nedokáže se sám hodnotit, ale myslí si, že je sangvinik, je přátelský, má rád společnost a rád cestuje. Spolupráce s ním je výborná, je hovorný a vypráví mnohé zážitky. Sebevědomí je přiměřené.

**Ošetrovatelský problém:** problém nenalezen

**Priorita:** nízká

### **Vztahy mezi rolemi**

Rodinné vztahy hodnotí na výbornou, je otcem, manželem, synem a bratrem. Myslí si, že roli otce plní dobře. Přátel má mnoho, hlavně z práce a z okolí bydliště, s manželkou jsou aktivní a účastní se nejrůznějších akcí. Na příjem do nemocnice přišel sám, manželka se stará o děti.

**Ošetrovatelský problém:** problém nenalezen

**Priorita:** nízká

### **Sexualita**

Je sexuálně aktivní. V sexuálním životě jsou s manželkou spokojeni. Samovyšetření varlat neprovádí. Reprodukce je v pořádku, má dvě dcery.

**Ošetrovatelský problém:** problém nenalezen

**Priorita:** nízká

### **Zvládání/tolerance zátěže**

Pomocí povolání, které vykonává, si zvykl na velkou psychickou zátěž, s kterou se umí vyrovnat. Ve stresu bývá také jen v práci. Se stresem a psychickou zátěží se vyrovná sám nebo mu pomáhá rodina.

**Ošetrovatelský problém:** problém nenalezen

**Priorita:** nízká

### **Životní principy**

Pacient říká, *člověk má pořád cíle, ale co jsem si přál dřív, se mi splnilo*. Požádali jsme ho, aby určil pořadí hodnot podle toho, jak je vnímá, od nejdůležitější po méně důležitou. Na první místo řadí zdraví, dále rodinu, peníze, záliby a na konec víru, protože je nevěřící. Podle pacienta nelze fungovat jedna hodnota bez druhé.

**Ošetřovatelský problém:** problém nenalezen

**Priorita:** nízká

### **Bezpečnost, ochrana**

U pacienta jsme provedli hodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Jiráskovou 2006. Pacient získal 1 bod, je tedy bez rizika pádu. U hodnocení rizika vzniku dekubitů stupnicí Nortonové dosáhl 34 bodů.

**Ošetřovatelský problém:** bez rizika, problém nenalezen

**Priorita:** nízká

### **Komfort**

Tělesný komfort má zhoršený, trápí ho onemocnění z hlediska estetického a funkčního a při námaze bolestivého. Pacient si stěžuje na nemocniční prostředí, na stáří zdravotnického zařízení. S ošetřujícím personálem neměl doposud žádný konflikt, jeho chování si chválí, má vše co potřebuje. Sociální komfort v pořádku. Vyzvali jsme pacienta, aby pomocí numerické škály bolesti od 0 do 10 zhodnotil nynější bolesti. Uvedl, že nyní ho nic nebolí, odpověď zní 0.

**Ošetřovatelský problém:** zhoršený tělesný komfort a komfort prostředí

**Priorita:** střední

### **Růst a vývoj**

Růst a vývoj je fyziologický, bez patologického nálezu.

**Ošetřovatelský problém:** problém nenalezen

**Priorita:** nízká

## **Profil rodiny**

Pacient bydlí s rodinou v rodinném domě. Vztahy v rodině jsou dobré. Má dvě dcery, kromě prodělaných běžných dětských onemocnění jsou obě zdravé. Manželka zdráva. Otec se léčí s hypertenzí, matka zdráva. Muž má bratra, ten je zdrav. Pacient vystudoval vysokou školu, nyní pracuje jako hasič, jeho práce ho naplňuje.

## **Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně - ekonomický stav**

Rodinné vztahy jsou nenarušené. Podporu má zejména v rodině. Se svými kamarády se schází často. Ekonomický stav rodiny je dobrý.

## **Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje**

Muž dodržuje zdravý životní styl. Zdravá strava, dostatečný pitný režim a velké množství aktivit je pacientův styl života. Spánek má nenarušený.

- **Kultura:** kulturní akce všeho druhu
- **Náboženství:** ateista
- **Hodnota:** zdraví, rodina, peníze, záliby, víra
- **Postoj k nemoci:** nemoc bere jako součást života

## **Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí**

Pacient na oddělení přišel bez doprovodu. V informovaném souhlasu jsou na rodinu zaneseny potřebné kontakty.

## **Porozumění současné situace rodinou**

Rodina ví o zdravotním stavu a plánované hospitalizaci pacienta, je od něho informována. Operační zákrok vnímají jako potřebný.

## **SITUAČNÍ ANALÝZA ke dni 16. 01. 2015**

Do rychnovské nemocnice na chirurgické oddělení byl 16. 01. 2015 plánovaně přijat pacient ve věku 39 let. Pacient přišel na příjem v 7<sup>10</sup> hod. pro léčebný operační výkon, plastiku tříselné kýly. Dnes je 1. den hospitalizace. Vyklenutí v pravém tříse si pacient poprvé všiml 26. 11. 2014 při zvedání těžkého břemene. Při větší fyzické námaze se u něho v místě postižení začala objevovat bolest. Pacient prodělal běžné

dětské nemoci, stav po kašli s normálním alergologickým a plicní nálezem v anamnéze, jinak se s ničím neléčí.

Muž byl při příchodu plně při vědomí, hodnocení vědomí bylo provedeno pomocí stupnice GCS, získal 15 bodů, orientován místem, časem a osobou. U pacienta byly po příchodu na oddělení změřeny tyto základní funkce: TK – 125/80 mmHg, P - 50/min, TT - 36,5 °C, D - 15/min a SpO<sub>2</sub> 99 % bez kyslíku. Pacient je na dnešní den zařazen v operačním programu v dopoledních hodinách, podstoupí operační metodu ONSTEP. K dnešnímu dni je pacientovi naordinována dieta nic per os. Od půlnoci nejí, nepije a nekouří.

BMI hodnota je 26,3. Dle klasifikace WHO trpí pacient nadváhou. V nutričním screeningu dosáhl skóre 0 bodů. Proveden byl i Barthelův test základních, všedních činností, kde pacient získal plný počet 100 bodů, hodnotíme ho jako nezávislého. Pacient získal 1 bod při hodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Jiráskovou 2006, je tedy bez rizika pádu. U hodnocení rizika vzniku dekubitů stupnicí Nortonové dosáhl 34 bodů, nehrozí riziko vzniku dekubitů. U numerické škály bolesti od 0 do 10 zhodnotil nynější bolesti odpovědí 0.

Pacient pociťuje zhoršený tělesný komfort z důvodu občasné bolesti pravého třísla. Vyjádřil nespokojenost se vzhledem a vybavením oddělení, necítí se v takovémto prostředí dobře. Zjistili jsme, že má nedostatek vědomostí a dovedností o předoperační přípravě a o průběhu bezprostřední ošetrovatelské péče po zákroku. Nemá informace o následné domácí péči, o péči o ránu, o pohybovém a stravovacím režimu.

## **3.2 EDUKAČNÍ PROCES**

### **PACIENT A**

#### **1. FÁZE – POSOUZENÍ**

Aby mohl být proveden edukační proces u pacienta A, museli jsme zjistit v jakých oblastech má pacient deficit vědomostí, dovedností a postojů. K tomuto zjištění jsme vytvořili vstupní test obsahující 9 položek, na jehož základě budeme



sestavovat obsah edukačních jednotek. Ukázku vstupního testu s odpověďmi pacienta A jsme zařadili do přílohy D.

**Vyhodnocení vstupního testu:** z odpovědí pacienta A vyplývá, že má nedostatek vědomostí týkajících se přípravy na operační výkon, průběhu léčby a nejnovějších trendů léčby tříselné kýly, dále pak i vědomostí a dovedností o následné domácí péči a režimu s ní spojeném. Jako podstatné zjištění považujeme i chyby v postojích, které pacient prokázal. Na základě tohoto zjištění jsme si stanovili edukační diagnózy.

**Motivace pacienta:** je přiměřená, vykazuje známky zájmu dozvědět se nové informace spojené s onemocněním a léčbou. Nedává však najevo zájem o hlubší rozvíjení svých vědomostí i po ukončení hospitalizace. K motivaci je povzbuzován zdravotnickým personálem, rodinou a partnerkou.

## **2. FÁZE – DIAGNOSTIKA**

Stanovení edukačních diagnóz dle knihy Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace NANDA - International 2012-2014 a jejich uspořádání podle priority ke dni 16. 01. 2015

Název + kód: **Nedostatečné znalosti (00126)**

Doména: 5 Percepce/kognice

Třída: 4 Kognice

Definice: Absence nebo nedostatek kognitivních informací souvisejících s konkrétním tématem.

Určující znaky: Nepřesné provádění instrukcí, nepřesná interpretace znalosti v testu, uvádí problém

Související faktory: Neobeznámenost se zdroji informací

Název + kód: **Snaha zlepšit znalosti (00161)**

Doména: 5 Percepce/kognice

Třída: 4 Kognice

Definice: Vzorec kognitivních informací vztahujících se ke konkrétnímu tématu nebo k jejich získání, který dostačuje k dosažení zdravotních cílů a lze jej posílit.

Určující znaky: Projevuje zájem učit se

**Deficit vědomostí:** o léčebných metodách  
o předoperační přípravě  
o ošetrovatelské pooperační péči  
o dočasné imobilizaci  
o péči o ránu  
o specifikách pohybového režimu  
o dietním režimu  
o komplikacích vzniklých v domácím prostředí  
o vhodných pomůckách

**Deficit v postojích:** obavy z hospitalizace  
strach z komplikací  
nejistota v dodržování správného režimu

**Deficit zručností/dovednostech:** v péči o operační ránu  
v technice zvedání těžkých břemen

## **PACIENT B**

### **1. FÁZE – POSOUZENÍ**

Na základě vstupního testu o rozsahu 9 položek, který jsme pacientovi v první fázi edukačního procesu položili, jsme zmapovali oblasti nutné edukace jak z hlediska vědomostí, dovedností tak i postojů. Vstupní test s odpověďmi pacienta naleznete v příloze E.

**Vyhodnocení vstupního testu:** po rozhovoru s pacientem B jsme zaznamenali jisté vědomosti o onemocnění i nových operačních metodách, které se nám vzápětí potvrdily ve vstupním testu. Nedostatky jsme zjistili v oblasti specifické předoperační a pooperační ošetrovatelské péče, dále i ve vědomostech a dovednostech následné domácí péči a režimu s ní spojeném. Na tomto základě jsme si stanovili edukační diagnózy u pacienta B.

**Motivace pacienta:** je vysoká, pacient má velký zájem získávat informace o onemocnění, léčbě, a to zejména o nové metodě ONSTEP. Pacient je studijní typ,

chtivý osvojit si nové a hlubší informace i po ukončení hospitalizace. K motivaci je povzbuzován především zdravotnickým personálem a rodinou.

## 2. FÁZE – DIAGNOSTIKA

Stanovení edukačních diagnóz dle knihy Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace NANDA - International 2012-2014 a jejich uspořádání podle priority ke dni 16. 01. 2015

Název + kód: **Nedostatečné znalosti (00126)**

Doména: 5 Percepce/kognice

Třída: 4 Kognice

Definice: Absence nebo nedostatek kognitivních informací souvisejících s konkrétním tématem.

Určující znaky: Nepřesné provádění instrukcí, nepřesná interpretace znalosti v testu, uvádí problém

Související faktory: Neobeznámenost se zdroji informací

Název + kód: **Snaha zlepšit znalosti (00161)**

Doména: 5 Percepce/kognice

Třída: 4 Kognice

Definice: Vzorec kognitivních informací vztahujících se ke konkrétnímu tématu nebo k jejich získání, který dostačuje k dosažení zdravotních cílů a lze jej posílit.

Určující znaky: Projevuje zájem učit se

**Deficit vědomostí:** o předoperační přípravě  
o ošetrovatelské pooperační péči  
o dočasné imobilizaci  
o péči o ránu  
o specifikách pohybového režimu  
o dietním režimu  
o komplikacích vzniklých v domácím prostředí  
o vhodných pomůckách

**Deficit v postojích:** obavy z vyřazení z pracovního života

nejistota v dodržování správného režimu

**Deficit zručností/dovednostech:** v péči o operační ránu

v technice zvedání těžkých břemen

### 3. FÁZE – PLÁNOVÁNÍ

**Podle priorit:** po vyhodnocení vstupních testů jsme si stanovili priority edukačního procesu

- o rozvoji nových trendů léčby
- o specifikách předoperační přípravy
- o bezprostřední pooperační chirurgické péči
- o pohybovém režimu
- o rekonvalescenci v domácím prostředí
- o péči o ránu

**Podle struktury:** 3 edukační jednotky

**Záměr edukace:**

- navodit psychickou pohodu u pacientů
- získat znalosti o nové léčebné metodě
- seznámit se s přípravou na operační výkon
- dodržovat specifika pooperačního léčebného režimu
- schopnost přizpůsobit se změněným životním podmínkám po operaci
- umět manipulovat s těžkým břemenem

**Podle cílů:**

**Kognitivní** – pacienti získají adekvátní znalosti o průběhu specifické ošetrovatelské péče před a po operaci do 3 hodin. Porozumí důležitosti dodržování doporučení v domácím prostředí a krátkodobého ovlivnění pohybového režimu do 3 hodin.

**Afektivní** – pacienti jsou ochotni po dobu edukace plně přijímat nové vědomosti, dovednosti a postoje. S rychlostí a přesností reagují na námi položené otázky. Pacienti a jejich rodiny jsou schopni akceptovat nové hodnoty do 24 hodin.

**Behaviorální** – správná manipulace s těžkým břemenem se pro edukanty stává automatizací, do ukončení hospitalizace. Oba pacienti v domácím prostředí umí příslušně manipulovat s operační ránou, do dvou dnů.

**Podle místa realizace:** v nemocničním prostředí, v denní místnosti pacientů, zabezpečit intimitu, soukromí a dostatek času.

**Podle času:** edukační proces jsme rozdělili do tří jednotek, do dvou dnů. První dvě edukační jednotky byly realizovány v dopoledních hodinách v den operace. Zbývající třetí edukační jednotku jsme uskutečnili v den ukončení hospitalizace dopoledne.

**Podle výběru:** vysvětlování, rozhovor, názorná ukázka, písemné pomůcky, vstupní a výstupní test, diskuze, cvičení.

**Edukační pomůcky:** obrázky, odborní leták, edukační karta, těžké břemeno, ukázka pomůcek, vstupní a výstupní test, kontrolní minitesty.

**Podle formy:** skupinová

**Typ edukace:** základní

### **Struktura edukace**

1. Edukační jednotka: Příprava pacienta před operací tříselné kýly.
2. Edukační jednotka: Specifika ošetrovatelské péče u pacienta po operaci tříselné kýly.
3. Edukační jednotka: Rekonvalescence v domácím prostředí.

### **Časový harmonogram edukace**

1. Edukační jednotka: 16. 01. 2015 od 7:15 do 7:50 (35 minut).
2. Edukační jednotka: 16. 01. 2015 od 8:00 do 8:35 (35 minut).
3. Edukační jednotka: 17. 01. 2015 od 10:30 do 11:10 (40 minut).

## **4. FÁZE – REALIZACE**

### **1. edukační jednotka**

**Téma edukace:** Příprava pacienta před operací tříselné kýly.

**Místo edukace:** denní místnost pacientů

**Časový harmonogram:** 16. 01. 2015 od 7:15 do 7:50 (35 minut).

**Cíl:**

**Kognitivní** – pacienti mají do 2 hodin znalosti o nové léčebné metodě tříselné kýly a o průběhu důsledné předoperační přípravy. Oba pacienti během sezení porozuměli přednášenému obsahu.

**Afektivní** – pacienti vnímají důležitost edukace o daném tématu. Pozornost udržují na vysoké úrovni a reagují na námi položené dotazy po celou dobu edukační jednotky.

**Behaviorální** – pacienti jsou při přípravě na zákrok schopni spolupráce s ošetřujícím personálem, dochází ke koordinaci činností pacienta a všeobecné sestry po celou dobu hospitalizace. Kompletní hygiena, odstranění šperků, brýlí a zubní protézy před operací se pro pacienty stává automatizací.

**Forma:** skupinová

**Prostředí:** nemocniční, zajistit intimitu, soukromí a dostatek času.

**Edukační metody:** vysvětlování, rozhovor, zodpovězení na otázky

**Edukační pomůcky:** obrázky, edukační karta, vstupní test, kontrolní minitest.

### **Realizace 1. edukační jednotky**

**Motivační fáze:** (5 minut) pozdravit, podat ruku, představit se a seznámit se s pacienty. Vytvořit příjemné, ničím nerušené prostředí pro edukaci a uvést edukované do stavu psychické pohody. Motivovat ke spolupráci a vysvětlit důvody uspořádání edukační jednotky. V neposlední řadě seznámit pacienty s průběhem edukační jednotky a časovou náročností. Důležitou roli zde hraje schopnost empatie a porozumění k psychickému stavu pacientů před operací. Získat u pacientů důvěru a nechat jim prostor pro dotazy.

### **Expoziční fáze:** (20 minut)

Na úvod bych Vás ráda ve zkratce seznámila s novým chirurgickým řešením tříselné kýly, které lze použít u 30-40 % pacientů. Tato metoda se v medicíně objevuje od roku 2012 a nazývá se ONSTEP. K pacientům je šetrná, časově nenáročná a zároveň i méně nákladná technika. Operace touto metodou trvá pouhých 15 až 20 minut, je veden jeden 3-4cm řez, viz. příloha H. Pacient trpí menší bolestí a doba hospitalizace je pouhé dva dny při celkové anestezii, při lokální anestezii je to jeden den.

Přestože je operace pro pacienta nenáročná, musí podstoupit stejnou předoperační přípravu jako pacient u klasické či laparoskopické operace. Důležitým prvkem předoperačního období je poskytnutí dostatečného množství informací týkajících se operačního zákroku a dále pak informovaný souhlas, s kterým musíte být jako pacienti seznámeni a musíte ho podepsat. Pro informaci Vám zde ponechám

edukační kartu, podle které se budete řídit. Před nástupem do nemocničního zařízení jste byli informováni, že od půlnoci nesmíte jíst, pít ani kouřit z důvodu možné aspirace.

Všeobecná sestra Vám zavede periferní žilní kanylu, do které budou aplikovány veškeré intravenózní léky. Kanyla bude pravidelně ošetřována a kontrolována. V případě zarudnutí, otoku, bolesti či pálení při aplikaci léků neprodleně informujte zdravotnický personál. Součástí přípravy k operaci je i péče o operační pole, což obnáší jeho oholení a dezinfekci v místě pupku.

Před odjezdem na sál provedete kompletní hygienu celého těla, odstraníte veškeré šperky, jako jsou prstýnky, řetízky, náramky a piercingy, sundáte brýle a vyjmete zubní protézy. Všeobecná sestra Vám donese košili, do které se po koupeli obléknete. Pokud máte cennosti, uložte je do trezoru.

Důležitým bodem je prevence tromboembolické nemoci, k zabránění jejího vzniku se používají bandáže dolních končetin a aplikace nízkomolekulárních heparinů. Bandáže budete moci sundat až po prvním vstávání, které proběhne následující den po operaci, a to pouze za přítomnosti sestry.

Všeobecná sestra Vám 30 minut před návozem na sál donese léky, jedná se o premedikaci, jsou to léky tlumící nervový systém a působí zklidnění pacienta. Po podání již nikam sám nechod'te.

**Fixační fáze:** (5 minut) důkladně zopakovat nejdůležitější informace, diskutovat o daném tématu a poskytnout čas pro otázky.

**Hodnotící fáze:** (5 minut) posoudit, zda pacienti pochopili edukaci, položit jim kontrolní minitest a poté ho vyhodnotit. Sledovat výrazy tváří během expoziční fáze a reakce na položené otázky během hodnocení. Shrnout poznatky z diskuze.

**Kontrolní minitest:**

Co provede ráno před výkonem, když vstanete?

Od kdy nesmíte jíst, pít ani kouřit?

## **Zhodnocení edukační jednotky**

Na závěr edukační jednotky jsme provedli tzv. kontrolní minitest, na který pacienti odpověděli správně, na tomto základě jsme zjistili, že přednášce porozuměli a odnesli si z ní nové vědomosti. Pacienti jeví vysoký zájem o nabytí nových informací, byli aktivní a doptávali se. Vzhledem k věku pacienta A nás překvapily jeho paměťové schopnosti a soustředěnost, pacient B měl zájem získat nové vědomosti o metodě ONSTEP. Kognitivní, afektivní i behaviorální cíl hodnotíme za splněný a edukační jednotku za úspěšně provedenou. Časovou délku edukace (35 min.) považujeme za dostatečně dlouhou.

## **2. edukační jednotka**

**Téma edukace:** Specifika ošetrovatelské péče u pacienta po operaci tříselné kýly.

**Místo edukace:** denní místnost pacientů

**Časový harmonogram:** 16. 01. 2015 od 8:00 do 8:35 (35 minut).

**Cíl:**

**Kognitivní** – pacienti jsou schopni do 2 hodin si zapamatovat přednesené informace a aplikovat je v období po operaci. Pacienti umí analyzovat průběh specifické ošetrovatelské pooperační péče do 2hodin.

**Afektivní** – Pacienti plně přijímají obsah edukační jednotky, oceňují nově získané vědomosti a dovednosti a považují je za hodnotné.

**Behaviorální** – po dobu hospitalizace umí manipulovat s hospitalizačními pomůckami a dokáží s přesností použít numerickou hodnotící škálu.

**Forma:** skupinová

**Prostředí:** nemocniční, zajistit intimitu, soukromí a dostatek času.

**Edukační metody:** vysvětlování, rozhovor, zodpovězení na otázky, praktická ukázka.

**Edukační pomůcky:** ukázka hospitalizačních pomůcek, vstupní test, kontrolní minitest.

## **Realizace 2. edukační jednotky**

**Motivační fáze:** (3 minuty) u pacientů navodíme psychickou pohodu, vytvoříme příjemné a klidné prostředí. Vysvětlíme důvody uspořádání edukační jednotky a seznámíme je s průběhem pooperační ošetrovatelské péče, která bude probíhat po výkonu.



**Expoziční fáze:** (20 minut)

Pacienti bez komplikací, po menších operačních výkonech jsou uloženi na dospávací pokoj, kde tráví cca 2 hod. do stabilizace stavu (probuzený, orientovaný, oběhově i dechově stabilní). V případě rozsáhlého výkonu, s destabilizací stavu, či při nutnosti podpory vitálních funkcí jsou rovnou ze sálu odvezeni na JIP nebo ARO.

U lůžka je zajištěno signalizační zařízení, sloužící v případě potřeby k přivolání všeobecné sestry. Dále se u lůžka nachází pomůcky v podobě emitní misky a buničiny pro případ nauzey a zvracení po probuzení z anestezie. Všeobecnou sestrou, bude prováděna monitorace základních životních funkcí (TK, P, D, TT a vědomí) dle ordinace lékaře každých 20 minut po dobu dvou hodin. Při měření fyziologických funkcí Vám bude zároveň kontrolován stav operační rány a prosakování krycího materiálu. Každých 20 minut zaznamenáváme a hodnotíme bolest pomocí hodnotící numerické škály 0-10. Dle potřeby a ordinace lékaře Vám budou podávána analgetika. Bolesti by měly odeznít za 24–48 hod. Všeobecné sestry budou pravidelně ošetřovat periferní žilní kanylu, aby nedošlo ke vzniku infekce.

Nutností je sledovat pravidelnost vyprazdňování. Proto budete tázáni na první močení po operaci. Jelikož nesmíte v den operace vstávat, zajistíme Vám močící lahev k lůžku. Močový měchýř musí být vyprázdněn nejdéle do 6 hod. po operaci. Kontrolována bude i peristaltika střev, odchod větrů do 48 hod., stolice do 4 dnů maximálně.

Po celkové anestezii můžete začít popíjet čaj po lžičkách po 2-4 hod., dle ordinace lékaře. Takto vypijete první hrníček, následující již můžete pít normálně. Po úplném odeznění anestezie zvýšíte příjem tekutin, potřebných jako prevence bolesti hlavy. Nepijte minerální a sycené vody ani džusy, hrozí zde pocit nevolnosti, zvracení a nadýmání. Strava Vám bude podána dle zdravotního stavu a dle ordinace lékaře, pokud se nevyskytnou komplikace, první lehkou stravu budete moci konzumovat večer nebo následující den ráno. Pokud lékař neurčí jinak, dietní omezení není nutné, je však vhodné vyhnout se nadýmavé stravě. Mezi nadýmavé potraviny řadíme luštěniny jako je hrách, čočka a fazole, dále pak zelí, květák, hrozny, zákusky, různé druhy koření a v neposlední řadě bublinkové nápoje.

Pro riziko pádu po výkonu budete mít u postele postranice. Polohu vleže nutno dodržet 24 hodin po operaci. Včasná mobilizaci je však důležitá, a proto následující den po operaci budete vstávat z lůžka. První vstávání bude pouze za pomoci sestry. Na dolních končetinách budete mít bandáže sloužící k prevenci TEN (tromboembolické nemoci), ty budete moci sundat až po prvním vstávání z postele.

První operační den (následující den po zákroku) odstraníme krytí z rány, ránu odezinfikujeme, zhodnotíme její stav a dle stavu překryjeme sterilním krytím nebo tekutý obvazem.

Jestliže bude Váš zdravotní stav stabilizovaný, bez větších komplikací, je možná návštěva rodiny v návštěvních hodinách. Pokud máte k přípravě na výkon či k následné péči ještě nějaké dotazy, ptejte se. Dotazy o průběhu zákroku Vám zodpoví lékař a informace o zdravotním zákroku po operaci taktéž.

**Fixační fáze:** (7 minut) zopakovat základní informace, rozebírat obsahu edukační jednotky, poskytnout čas pro dotazy a použít edukační materiál. Seznámit pacienty s pomůckami potřebnými k hospitalizaci (močící lahev, signalizační zařízení, emitní miska, buničina, monitorovací zařízení, postranice).

**Hodnotící fáze:** (5 minut) získat zpětnou vazbu o provedené edukaci a zhodnotit přínos výkladu pro pacienty, položit edukovaným kontrolní otázky a ty následně vyhodnotit. Sledovat reakce a projevy pacientů při expoziční a fixační fázi. Shrnout poznatky získané z rozhovoru.

**Kontrolní minitest:**

Co uděláte, pokud Vám bude nevolno?

Kdy smíte prvně pít?

Jak probíhá první vstávání?

**Zhodnocení edukační jednotky**

Ke zhodnocení jsme opět použili kontrolní minitest, obsahující tři otázky, pacienti na ně znali odpovědi skoro s přesností. Dle toho usuzujeme, že se pacienti při edukační jednotce plně soustředili a prokázali schopnost naslouchat danému tématu.

Stanovené cíle byly splněny. Časovou délku edukace (35 min.) považujeme za dostatečně dlouhou. Druhá edukační jednotka informovala pacienty o základních vědomostech potřebných ke správné přípravě před výkonem.

### **3. edukační jednotka**

**Téma edukace:** Rekonvalescence v domácím prostředí.

**Místo edukace:** denní místnost pro pacienty

**Časový harmonogram:** 20. 01. 2015 od 10:30 do 11:10 (40 minut).

**Cíl:**

**Kognitivní** – pacienti porozumí technice zvedání těžkých břemen do propouštění. Edukanti jsou schopni získané vědomosti aplikovat v domácím prostředí, po celou dobu rekonvalescence.

**Afektivní** – do 12 hodin jsou pacienti schopni akceptovat změny v jejich životním režimu na dobu nezbytně nutnou.

**Behaviorální** – koordinace pohybů při zvedání těžkých břemen, do doby propuštění. Edukanti umí do 2 hodin v domácím prostředí ošetřovat operační ránu a její okolí.

**Forma:** skupinová

**Prostředí:** nemocniční, s přítomností rodinných příslušníků, zajistit intimitu, soukromí, příjemné prostředí a dostatek času.

**Edukační metody:** vysvětlování, rozhovor, zodpovězení na otázky pacienta, praktická ukázka, diskuze pacienta, rodiny a všeobecné sestry.

**Edukační pomůcky:** odborná brožura, obrázek, vstupní test, model těžkého břemene, kontrolní minitest.

#### **Realizace 3. edukační jednotky**

**Motivační fáze:** (3 minuty) přicházíme příjemně a pozitivně naladěni. Motivujeme k poctivému pokračování v léčbě v domácím prostředí, k nácviku správného postoje při zvedání těžkých břemen a dodržování pohybového režimu. Vysvětlíme podstatu edukační jednotky. Ponecháme dostatek času pro diskuzi a otázky.

**Expoziční fáze:** (20 minut)

Od 3. dne je možné krátké sprchování. Před sprchováním sejměte krytí z rány, operační ránu pouze sprchujte nebo můžete použít nedráždivé mýdlo na kůži a okolí, nepoužívejte žínku. Po sprchování proveďte řádné osušení rány čistým ručníkem.

Operační ránu udržujte v suchu a čistotě. Jakmile se jizva zcela zhojí, je možná běžná koupel. Podle typu materiálu a velikosti kýly Vám budou stehy odstraněny 7.-14. den po operaci.

Po operaci je nutná včasná, ale šetrná rehabilitace s přísným vyloučením fyzické zátěže po dobu 3-6 týdnů, protože každá plastika kýly je ohrožena tzv. recidivou. Dodržujte klidový režim, vhodné jsou pravidelné procházky. Neprovádějte břišní a zátěžové cviky. Vyvarujte se nošení těžkých břemen, v případě nutnosti zvedání těžkých břemen užíjte tuto techniku.:

- rozkročte nohy
- stáhněte hýždě
- zatáhněte břicho
- narovnejte záda



Obrázek 1 Technika zvedání těžkých břemen

Zdroj: NÁLEVKOVÁ, 2015

*Pás kýlní tříselný* - pokud je Vám doporučen, noste jej, a to zejména při denních činnostech.

*Masti, nesolené sádlo* – použít až po odstranění stehů.

- slouží k rychlejšímu zhojení jizvy (bepanthen, kalcium pantothenicum, měsíčková mast) ve formě mazání, masírování aj.

Zaměstnání / činnost	Doba rekonvalescence
Lehká práce bez zátěže	1-2 týdny
Střední zátěž, minimální zdvihání předmětů	2-4 týdny
Těžká fyzická práce	6-8 týdnů

Je zde uvedena průměrná doba rekonvalescence. Přesnou dobu rekonvalescence stanoví ošetřující lékař individuálně.

Po operaci tříselné kýly nejsou nutná zvláštní omezení, je však vhodné vyvarovat se nadýmavé stravě, neurčí-li lékař jinak. Mezi nadýmavé potraviny patří luštěniny jako je hrách, čočka a fazole, dále zelí, květák, hrozny, zákusky, různé druhy koření a v neposlední řadě bublinkové nápoje.

Dochází-li ke krvácení z rány, máte horečku nebo poruchu střevní peristaltiky, místo operační rány je zarudlé, zduřené, z rány vytéká sekret a jiné komplikace, obraťte se na svého praktického lékaře či chirurgickou ambulanci. Na odstranění stehů přijdete 7.–10. den po operaci na chirurgickou ambulanci. Po odstranění stehů ošetřujte jizvu mastí urychlující hojení, jakmile se jizva zcela zhojí, je možná běžná koupel.

Dostanete od nás propouštěcí zprávu, s ní se budete hlásit do 3 pracovních dnů u svého praktického lékaře. Jestliže jste dostali nové léky, všeobecná sestra Vám je připraví na následující tři dny, aby Vám vystačily do návštěvy praktického lékaře. Dále dostanete brožuru, která obsahuje důležité pokyny, kterými byste se po operaci tříselné kýly měli v domácím prostředí řídit.

**Fixační fáze:** (10 minut) vyhradit dostatek času, pro zopakování podstatných informací, které byly v expoziční fázi řečeny. Použít edukační materiál a obrázky, diskutovat o daném tématu a poskytnout čas pro otázky. Zopakovat zvedání těžkého břemene. Ujasnit pacientům nesrovnalosti.

**Hodnotící fáze:** (7 minut) zhodnocení zpětné vazby během rozhovoru, zjistit zda edukanti porozuměli a vstřebali obsah edukační jednotky. Vyhodnocení správnosti odpovědí kontrolního minitestu složeného ze dvou vědomostních otázek a jedné dovednostní techniky. Sledovat výrazy tváří během expoziční fáze a reakci na položené otázky během hodnocení.

**Kontrolní minitest:**

Kdy se máte dostavit na kontrolu k praktickému lékaři?

Předved'te nám postoj při zvedání těžkých břemen.

Jmenujte možné komplikace, při kterých navštívíte praktického lékaře.

### **Zhodnocení edukační jednotky**

Opět došlo k dožení stanovených cílů. Pacienti porozuměli přednášenému obsahu. Po celou dobu edukace byli pozorní a soustředěni, na základě kontrolního minitestu jsme zjistili, že pacienti nabyli nových vědomostí i dovedností, které uplatní při rekonvalescenci v domácím prostředí. Uzavíráme jednotku jako správně provedenou a pro znovunabytí plného zdraví prospěšnou. Časové rozvržení 40 minut považujeme za přiměřené.

## **5. FÁZE – VYHODNOCENÍ**

Ke zhodnocení úspěšnosti provedení edukačního procesu jsme použili výstupní test (příloha D a E), ve kterém byly položeny stejné otázky jako v testu vstupním. Na základě výsledků těchto testů jsme zjistili, že pacienti porozuměli přednášeným tématům a vědomosti, dovednosti a postoje jsou schopni aplikovat v praxi. Fáze plánování a realizace byla úspěšná. Ověřením pro nás byly i tzv. kontrolní minitesty, na které pacienti odpovídali v průběhu sezení. Zda pochopili první a druhou edukační jednotku, jsme si ověřili 16. 01. 2015 v den edukace, jelikož oba pacienti tento den podstoupili operační výkon.

Všechny tři edukační jednotky probíhaly v denní místnosti pacientů. Časové rozložení sezení považujeme za vhodně zvolené a pro pacienty nijak náročné. Pacienti projeví spokojenost, celou dobu výborně spolupracovali a dotazovali se. Stanovené kognitivní, afektivní a behaviorální edukační cíle se podařilo splnit, na tomto základě ukončujeme edukaci a považujeme ji za úspěšně provedenou.

## 4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

### Doporučení pro všeobecné sestry

- Vnímejte pacienta jako bio-psycho-sociální jednotku.
- Berte ohled na jeho hodnoty, kulturu a životní styl.
- Informace, které Vám pacient poskytne, jsou důvěrné.
- Mějte přehled o vědomostech, dovednostech a postojích pacienta.
- Před zahájením jednotky seznámte pacienta s jejím průběhem.
- Uvědomte si, že pacient není odborník a nemusí všemu rozumět.
- Doporučte pacientům kvalitní zdroje pro čerpání nových informací.
- Využívejte obrázků, edukačních materiálů a praktických ukázek.
- Rozvíjejte své vědomosti o problematice edukačního obsahu.
- Pro získání hlubších vědomostí doporučujeme navštěvovat webové stránky Evropské kýlní společnosti, které jsou dostupné z: <https://www.europanherniasociety.eu/home.html>.
- Docházejte na konference, semináře či kurzy, dozvíte se, jak zkvalitnit plánování a realizaci edukačního procesu.
- Celoživotní vzdělávání

### Doporučení pro pacienty

- Nepodceňujte preventivní prohlídky.
- Dodržujte předepsané pokyny.
- Při výskytu komplikací se ihned hlase u svého obvodního lékaře či na ambulantní chirurgii.
- Po dobu 6 týdnů vynechejte těžkou fyzickou zátěž.
- Řekněte si o edukační materiály.
- Máte-li zájem o hlubší vědomosti, nechte si poradit kvalitní a ověřené zdroje, kde informace čerpat.
- Sledujte novinky z medicíny, nikdy nevíte, kdy se Vám budou hodit.
- Pokud něčemu nerozumíte, ptejte se!

## ZÁVĚR

Teoretická část měla čtenáře zasvětit do problematiky onemocnění, ale zároveň poukázat na moderní trendy léčby, které zvyšují kvalitu života pacienta. Chtěli jsme zdůraznit důležitost role všeobecné sestry v edukačním procesu a nejčastější chyby, kterých se edukátor/ka může dopustit.

Cílem bakalářské práce bylo poukázat na nutnost edukace pacientů po operaci tříselné kýly. Naším záměrem bylo naplánovat a realizovat edukační proces u pacienta po operaci tříselné kýly. Avšak po zjištění deficitu znalostí u dvou oslovených pacientů, trpících tímto onemocněním jsme se rozhodli rozšířit edukační proces na tři edukační jednotky, které popisují průběh přípravy před operací, bezprostřední pooperační péči a samozřejmě následnou péči v domácím prostředí. Na základě odborné literatury jsme edukační proces rozpracovali tak, aby odpovídal potřebám pacientů. Pacienti mnohdy nemívají dostatek informací o průběhu hospitalizace a to má vliv na jejich psychický stav. Stanovené cíle hodnotíme za splněné, pacienti byli během hospitalizace schopni aplikovat získané vědomosti a dovednosti do praxe. Změnil se jejich náhled na problematiku a edukaci vnímají jako podstatnou součást ošetrovatelské péče.

Získané výsledky prokázaly, že tento edukační proces by se mohl stát vhodným podkladem k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly i pro všeobecné sestry v klinické praxi. Výstupem práce je edukační materiál, který může být použit na chirurgickém oddělení, které se zabývá řešením tříselné kýly. Možnost využití letáku bylo konzultováno s vrchní sestrou chirurgického oddělení rychnovské nemocnice, kde probíhala odborná praxe zaměřená na získávání informací a podkladů k této bakalářské práci.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Marie MARKOVÁ, 2008. *Role sestry specialistky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 102 s. ISBN 978-80-7013-488-7.

CZUDEK, Stanislav, 2009. *Jednodenní chirurgie: One-day surgery: se souborem vybraných miniinvazivních operací na DVD*. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-80-247-1786-9.

*Česká asociace sester* [online]. Česká asociace sester. 2012 [cit. 5. listopadu 2014]. Dostupné z: [http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn\\_2012.pdf](http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf)

*Česká herniologická konference 2014 – Czech Branch of the EHS* [online]. Česká herniologická společnost. 2014 [cit. 12. listopadu 2014]. Dostupné z: <http://www.chsp.cz/>

ČESKO, 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. **131**, 4730-4801. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2011/131-2011.pdf>

ČESKO, 2011. Zákon č. 373 ze dne 6. listopadu 2011, o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. **131**, 4802-4838. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2011/131-2011.pdf>

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

DOLEŽEL, Jan, Petr VLČEK a Lenka VEVERKOVÁ, 2009-. Trendy v léčbě břišních a tříselných kýl. *Medicína pro praxi*. 6(4), 209-213. ISSN 1214-8687.

DUDA, Miloslav et al. *Základní výkony ve všeobecné chirurgii* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012 [cit. 14. listopadu 2014]. ISBN 978-80-244-2999-1. Dostupné z: <http://zakladnivykony.chirurgie.upol.cz>

DUŠOVÁ, Bohdana. *Edukace v ošetrovatelství II. část* [online]. Ostrava: Ústav ošetrovatelství a porodní asistence Lékařská fakulta Ostravské univerzity, 2006 [cit. 18. listopadu 2014]. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HLINOVSKÁ, Jana, Jana KOCUROVÁ a Jitka NĚMCOVÁ, 2010. Edukační dokumentace v klinické praxi. In: *Pedagogika v ošetrovatelství – tradice, současnost a perspektivy*. Zlín: FHS UT. s. 164. ISBN 978-80-7618-995-2.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KALA, Zdeněk et al., 2010. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 145 s. ISBN 978-807-0135-181.

KOHOUTEK, Lukáš a Adolf GRYGA. *Řešení tříselné kýly technikou ONSTEP* [online]. Nemocnice v Semilech, 2013 [cit. 22. října 2014]. Dostupné z: <http://www.nemsem.cz/files/tisk/onstep.pdf>

KREJČÍ, Lenka, 2011. *Vytvoření a práce sestry s edukačními kartami na chirurgickém oddělení*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Bakalářská práce. ZSF JČU.

KREJČOVÁ, Jana. Lékaři v rychnovské nemocnici ukázali novou metodu operace kýly. *Orlický týdeník*. 2013-. ISSN 9771214099005.

*Kýlní centrum Liberec* [online]. Krajská nemocnice Liberec. 2013. [cit. 22. října 2014]. Dostupné z: <http://www.nemlib.cz/web/index.php?m=521>

MAGUROVÁ, Dagmar a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ, 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.

MIEDEMA, Brent W. et al., 2009. *Transgastric placement of biologic mesh to the anterior abdominal wall*. ISBN 10.1007/s00464-009-0352-3.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012-2014*. 1. české vyd. Praha: Grada. 550 s. ISBN 978-80-247-4328-8.

NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM [online]. *Národní sada klinických standardů. Technologický klinický standard ošetření tříselné kýly*. 2011 [cit. 20. listopadu 2014]. Dostupné z: [http://www.sopr.cz/standardy/IGA10650-3/02\\_Prilohy/Standardy/HERNING\\_ODBORNA.pdf](http://www.sopr.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Standardy/HERNING_ODBORNA.pdf)

NĚMCOVÁ, Jitka et al., 2014. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatel'ství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň: NAVA TISK. 199 s. ISBN 978-80-902876-9-3.

NOVOTNÝ, Tomáš, 2010. *Operace tříselné kýly moderními tension-free metodami*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Disertační práce. LF MU.

PAFKO, Pavel et al., 2008. *Základy speciální chirurgie*. Praha: Galén, Karolinum. 385 s. ISBN 978-80-7262-402-7.

*První kýlní centrum Praha – First Hernia Center Prague* [online]. První kýlní centrum Praha. 2014 [cit. 12. listopadu 2014]. Dostupné z: <http://www.egk.cz/www/cz/kylni-centrum-praha-hernia-center-prague.phtml>

SEMEROVÁ, Veronika, 2011. *Laparoskopické a klasické hernioplastiky v oblasti třísla*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Diplomová práce. FZS UPCE.

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

SZOTKOWSKÁ, Hana, 2013. Chirurgové Nemocnice Prostějov začali jako první v Česku s novou metodou operací tříselné kýly. *Novinky.cz* [online]. Září 2013 [cit. 21. října 2014]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/vase-zpravy/olomoucky-kraj/prostejov/3960-19826-chirurgove-nemocnice-prostejov-zacali-jako-prvni-v-cesku-s-novou-metodou-operaci-triselne-kyly.html>

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ, 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči: pro sestry a porodní asistentky*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.

TEPLÁNSKÝ, Rastislav. Operace tříselné kýly trvala jen 16 minut. *Rychnovský deník*. 2013-, 22(254), 1. ISSN 9771802105019.

Téma: metoda ONSTEP

Interview s MUDr. David Wadie SHIHATOU, primářem rychnovské nemocnice. Rychnov nad Kněžnou 16. 01. 2015

Téma: Rekonvalescence pacienta po operaci tříselné kýly

Interview se zdravotnickým personálem chirurgického oddělení v rychnovské nemocnici. Rychnov nad Kněžnou 23. 01. 2015

TŮMOVÁ, Štěpánka, 2013. Rychnovská nemocnice zavádí šetrnou operaci kýly, trvá jen čtvrt hodiny. *iDNES.cz* [online]. Listopad 2013 [cit. 21. října 2014]. Dostupné z: [http://hradec.idnes.cz/operace-triselne-kyly-onstep-dj7-/hradec-zpravy.aspx?c=A131101\\_1994564\\_hradec-zpravy\\_kvi](http://hradec.idnes.cz/operace-triselne-kyly-onstep-dj7-/hradec-zpravy.aspx?c=A131101_1994564_hradec-zpravy_kvi)

VALENTA, Jiří et al., 2007. *Základy chirurgie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. 1159 s. ISBN 978-80-7345-202-5.

VUILLEUMIER, Henri, Martin HÜBNER a Nicolas DEMARTINES, 2009. *Neuropathy After Herniorrhaphy: Indication for Surgical Treatment and Outcome*. ISBN 10.1007/s00268-008-9869-1.

# PŘÍLOHY

příloha A - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce	I
Příloha B - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce	II
Příloha C - Rešerže	III
Příloha D - Vstupní a výstupní test pacienta A	IV
Příloha E - Vstupní a výstupní test pacienta B	V
Příloha F - Edukační karta	VI
Příloha G - Výstup práce – odborný leták	VII-VIII
Příloha H - Interview s MUDr. Davidem Wadie Shihatou	IX
Příloha I - Obrázek	X

## **Příloha A**

### **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

#### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem zpracovala podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Edukační proces u pacienta po operaci tříselné kýly v rámci odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 24.3.2015

.....  
Lucie Nálevková

## Příloha B

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



### PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Nálevková Lucie	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3 AVS
Téma práce	Edukační proces u pacienta po operaci tříselné kýly	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Oblastní nemocnice Náchod, a.s. Nemocnice Rychnov nad Kněžnou	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Jana Hlinovská, Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	<i>Jana Hlinovská</i> podpis
Souhlas vrchní sestry	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	<i>Bříkova Ivona</i> podpis

V Rychnově nad Kněžnou dne 23.1.2015

*Lucie Nálevková*  
podpis studenta



## Příloha C

### EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA PO OPERACI TŘÍSELNÉ KÝLY

Lucie Nálevková

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: edukační proces - Educational Process, ONSTEP - ONSTEP pacient - Patient, role všeobecné sestry – Role of General Nurse, tříselná kýla – Inguinal Hernia

Časové vymezení: 2000-2015

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články v časopise, elektronické zdroje

Počet záznamů: 67 (vysokoškolské práce: 2, knihy: 11, články v časopise:

39, elektronické zdroje: 15)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: - katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))

- databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))
- specializované databáze (EBSCO, PubMed)

## **Příloha D**

### **Vstupní test – odpovědi pacienta A**

Víte, co je tříselná kýla?	<b>ANO</b>
Znáte příčiny tohoto onemocnění?	<b>ANO</b>
Víte, co obnáší předoperační příprava?	<b>NE</b>
Slyšel jste někdy o metodě ONSTEP?	<b>NE</b>
Znáte průběh pooperační léčby?	<b>NE</b>
Víte, jak pečovat o operační ránu?	<b>NE</b>
Myslíte si, že je po operaci potřeba změny jídelníčku?	<b>NE</b>
Znáte vhodnou dobu rekonvalescence v domácím prostředí?	<b>NE</b>
Umíte popsat a předvést správný postoj při zvedání těžších břemen?	<b>NE</b>

### **Výstupní test – odpovědi pacienta A**

Víte, co je tříselná kýla?	<b>ANO</b>
Znáte příčiny tohoto onemocnění?	<b>ANO</b>
Víte, co obnáší předoperační příprava?	<b>ANO</b>
Slyšel jste někdy o metodě ONSTEP?	<b>ANO</b>
Znáte průběh pooperační léčby?	<b>ANO</b>
Víte, jak pečovat o operační ránu?	<b>ANO</b>
Myslíte si, že je vhodné po operaci změny jídelníčku?	<b>ANO</b>
Znáte vhodnou dobu rekonvalescence v domácím prostředí?	<b>ANO</b>
Umíte popsat a předvést správný postoj při zvedání těžších břemen?	<b>ANO</b>

## **Příloha E**

### **Vstupní test - odpovědi pacienta B**

Víte, co je tříselná kýla?	<b>ANO</b>
Znáte příčiny tohoto onemocnění?	<b>ANO</b>
Víte, co obnáší předoperační příprava?	<b>NE</b>
Slyšel jste někdy o metodě ONSTEP?	<b>ANO</b>
Znáte průběh pooperační léčby?	<b>NE</b>
Víte, jak pečovat o operační ránu?	<b>NE</b>
Myslíte si, že je po operaci potřeba změny jídelníčku?	<b>NE</b>
Znáte vhodnou dobu rekonvalescence v domácím prostředí?	<b>NE</b>
Umíte popsat a předvést správný postoj při zvedání těžších břemen?	<b>NE</b>

### **Výstupní test – odpovědi pacienta B**

Víte, co je tříselná kýla?	<b>ANO</b>
Znáte příčiny tohoto onemocnění?	<b>ANO</b>
Víte, co obnáší předoperační příprava?	<b>ANO</b>
Slyšel jste někdy o metodě ONSTEP?	<b>ANO</b>
Znáte průběh pooperační léčby?	<b>ANO</b>
Víte, jak pečovat o operační ránu?	<b>ANO</b>
Myslíte si, že je vhodné po operaci změny jídelníčku?	<b>ANO</b>
Znáte vhodnou dobu rekonvalescence v domácím prostředí?	<b>ANO</b>
Umíte popsat a předvést správný postoj při zvedání těžších břemen?	<b>ANO</b>

## Příloha F

### PŘÍPRAVA PACIENTA NA VÝKON

- musíte mít podepsané potřebné dokumenty a souhlasy
- od půlnoci nejíte, nepijete a nekouříte!!!
- do trezoru si uložte cenné věci
- příprava operačního pole – okolí pupku a místo operačního zákroku je oholené
- ráno proved'te kompletní hygienu celého těla
- odstraňte veškeré prstýnky, řetízky, náramky, piercingy, sundejte brýle a vyjměte zubní protézky
- oblékněte se do košile, kterou Vám donesla všeobecná sestra
- budou Vám zabandážovány dolní končetiny z důvodu prevence tromboembolické nemoci
- bude Vám aplikován nízkomolekulární heparin, lék proti srážení krve
- 30 minut před odjezdem na sál dostanete premedikaci, jsou to léky tlumící nervový systém, po jejich podání již nikam sám nechoďte
- bude Vám zavedena kanyla, v případě zarudnutí, otoku, bolesti či pálení informujte všeobecnou sestru

Edukační karta byla vytvořena v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické o. p. s., Praha 5  
Čerpano z: KALA, Zdeněk a Igor PENKA, 2010. Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nešékatřských zdravotnických oborů. 145 s. ISBN 978-807-0135-181.

Zdroj: NÁLEVKOVÁ, 2015

## Příloha G

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., v Praze 5, Duškova 7

### PO PROPUŠTĚNÍ

OBRÁTE SE NA CHIRURGICKOU AMBULANCI ČI SVÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V PŘÍPADĚ:

- dochází-li ke krvácení z rány
- místo operační rány je zarudlé, zduřené nebo z ní vytéká sekret
- máte-li horečku nebo poruchu střevní peristaltiky
- do 3 pracovních dnů se budete hlásit u svého praktického lékaře

### POKYNY PRO PACIENTY PO OPERACI TŘÍSELNÉ KÝLY

### PÉČE O RÁNU

- operační ránu udržujte v suchu a čistotě
- od 3. dne se můžete krátce sprchovat
- používejte nedráždivé mýdlo, bez žínky
- stehy se odstraňují 7.-14. den po operaci
- po celkovém zhojení jizvy provádějte běžnou koupel

Leták byl vytvořen za účelem bakalářské práce.

Téma: Rekonvalescence pacienta po operaci tříselné kýly. Interview se zdravotnickým personálem chirurgického oddělení v rychnovské nemocnici. Rychnov nad Kněžnou 23. 01. 2015

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii I.* Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

Autor: Lucie Nálevková  
Grafická úprava: Rosalie Balliharová  
Praha 2015

## POHYBOVÝ REŽIM

- zátěžové cvičení a posilování břišního svalstva provádějte nejdříve 6 týdnů po operaci
- dodržujte klidový režim
- při kašlání, kýchní či tlačení na stoličce, stiskněte rukama oblast operační rány
- neprovádějte břišní a zátěžové cviky
- vyvarujte se zdvihání a nošení těžkých břemen, v případě nutnosti užívejte následující techniku:
  - rozkročte nohy
  - stáhněte hýždě
  - zatáhněte břicho
  - narovnejte záda



## POMŮCKY

- *pás kýlní tříselný* – noste jej při denních činnostech, pokud Vám byl doporučen
- *masti, nesolené sádlo* – používejte až po odstranění stehů

## PRACOVNÍ NESCHOPNOST

DOBA  
ZAMĚSTNÁNÍ / ČINNOST REKONVALESCENCE

lehká práce bez zátěže	1-2 týdny
střední zátěž minimální zdvihání předmětů	2-4 týdny
těžká fyzická práce	4-6 týdnů

## DIETA

- vhodné vyvarovat se nadýmavé stravy (luštěniny, zelí, hrozny, zákusky, koření aj.)
- dodržujte pitný režim, nepijte džusy a bublinkové nápoje

Zdroj: NÁLEVKOVÁ, 2015

## **Příloha H**

Rozhovor s MUDr. Davidem Wadie Shihatou, primářem chirurgického oddělení rychnovské nemocnice.

### **Pane primáři je metoda ONSTEP pro práci chirurga jednodušší?**

Jednodušší to není, ale rychlejší ano. Operatér pořádně nevidí do místa zákroku.

### **Jaké druhy tříselné kýly se touto metodou dají řešit? Můžete jí řešit i nepřímou akretní kýlu?**

Ano, dají se jí operovat všechny druhy tříselné kýly, dokonce i recidivy.

### **Kolik jste ve Vaší nemocnici již praktikovali operací touto metodou?**

Tento výkon je tu krátce, metoda ONSTEP je v medicíně od roku 2012, my ji praktikujeme od března 2014, zatím jsme zde provedli cca 20 operací.

### **Každá operace má jistá rizika vzniku komplikací, jaký je výskyt komplikací u tohoto postupu a o jaké komplikace se jedná?**

V naší nemocnici jsme měli prozatím jen jednu komplikaci u mladého muže, kdy z implantované síťky vyjela struna a porušila okolní tkáň, docházelo k výtoku sekretu. Provedli jsme opravu a poté se rána hojila již bez komplikací.

### **Dočetli jsme se, že operaci může podstoupit 30 – 40 % pacientů, podle čeho vybíráte vhodné adepty?**

Nejvhodnější jsou pacienti hubení, šlachovití a ti, kteří mají tříselnou kýlu prvně. V lokální anestezii můžeme využít metodu i u 90 letého pacienta. U obézních pacientů provádíme laparoskopické či klasické operace, z důvodu špatného přístupu a nepřehlednosti v místě operačního zákroku.

### **Onemocnění tříselné kýly je častější u mužů, ale jaký je průběh u žen?**

U žen se implantují velké síťky, výhodou je malé množství vzniku recidiv.

**Jak probíhá rekonvalescence u těchto pacientů?**

Pacienti po zákroku bez komplikací odcházejí druhý den do domácího ošetřování. Po týdnu již mohou normálně nastoupit do práce, samozřejmě by se měli vyhnout zvedání těžkých břemen.

**Jak byste zhodnotil průběh operace pacienta B?**

Tento pacient byl ukázkovým případem, jednalo se o správně vybraného pacienta, který odpovídal předešlým kritériím. Operace trvala 20 minut a proběhla bez komplikací. První den po operaci by mohl jít pacient domů.

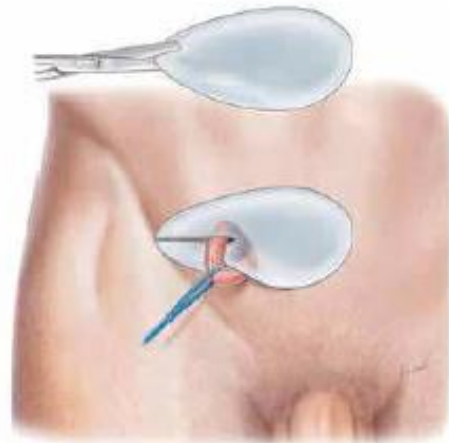


## Příloha I

### Chirurgické řešení metodou ONSTEP



Určení místa incize



Umístění spermatického provazce

Zdroj: KOHOUTEK et al., 2013