

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

**EDUKACE PACIENTA PO PERFORACI  
GASTRODUODENÁLNÍHO VŘEDU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

JIŘINA CEPKOVÁ, DiS.

Praha 2018

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

**EDUKACE PACIENTA PO PERFORACI  
GASTRODUODENÁLNÍHO VŘEDU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JIŘINA CEPKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Stuchlíková

Praha 2018



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

CEPKOVÁ Jiřina  
3VSV

Schválení tématu bakalářské práce

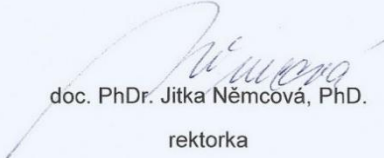
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukace pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu

*Patientenaufklärung nach Magengeschwür-Durchbruch*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolína Stuchlíková

V Praze dne: 31. října 2017

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2018

podpis .....

## **PODĚKOVÁNÍ**

Především bych chtěla poděkovat paní PhDr. Karolíně Stuchlíkové za odborné vedení bakalářské práce, možnost konzultací, velkou trpělivost a cenné rady, které mi dala. Nemalý dík patří také mé rodině, blízkým, kolegyním a kolegům za podporu během studia.

## ABSTRAKT

CEPKOVÁ, Jiřina. *Edukace pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolína Stuchlíková. Praha. 2018. 57 s.

Tématem bakalářské práce je edukace pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce se zabývá vymezením pojmů týkajících se problematiky vředové choroby žaludku a duodena. Dále se zabývá vyšetřovacími metodami, které se používají ke stanovení této diagnózy. Obsahuje léčbu akutní i dlouhodobou společně s režimovými opatřeními a prevencí. Postihuje komplikace, k nimž v rámci léčby může dojít.

Praktická část se zabývá edukací pacienta po perforaci žaludečního a duodenálního vředu. Edukační proces je tvořen pěti fázemi posuzováním, diagnostikou, plánováním, realizací a vyhodnocením edukačního procesu. Obsahuje tři edukační jednotky. Cílem edukačního procesu je, aby pacient získal nové vědomosti o léčebném režimu, a aby si osvojil zásady správné životosprávy a prevence jimiž předejde recidivě a upevní svůj zdravotní stav.

V závěru bakalářské práce jsou doporučení pro praxi. Cílovou skupinou jsou pacienti, rodinní příslušníci a všeobecné sestry, které pečují o pacienty s vředovou chorobou žaludku a duodena.

Klíčová slova

Edukace. Perforace. Gastroduodenální vřed. Pacient. Všeobecná sestra.

## ABSTRACT

CEPKOVÁ, Jiřina. *Edukace pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Gradus: Bakalář (Bc.). Leiterin der Arbeit: PhDr. Karolína Stuchlíková. Praha. 2018. 57s.

Das Thema der Bakkalaureats-Arbeit ist die Edukation von Patienten nach einer Magen-Darm-Geschwür-Perforation. Die Arbeit ist auch einen theoretischen und einen praktischen Teil zerteilt. Im theoretischen Teil beschäftigen wir uns mit der Bestimmung von Grundbegriffen, die mit der Problematik der Geschwür-Krankheiten des Magens und des Zwölffingerdarmes zusammenhängen. Weiterhin werden auch die verschiedene Untersuchungsmethoden, die zu Diagnostizierung dieser Krankheiten angewendet werden, beschrieben. Beinhaltet darin sind die Behandlung, sowohl akute wie auch langfristige, Regime-Massnahmen wie auch die Prävention. Erwähnt sind auch die Komplikationen, die bei der Behandlung auftauchen können.

Der praktische Teil beschäftigt sich mit der Edukation von Patienten nach einer Magen-Darm-Geschwür-Perforation. Der Edukation-Prozess besteht aus fünf Teilen: Beurteilung, Diagnostik, Planung, Realisierung und Auswertung von der Edukation. Er enthält drei Edukationseinheiten. Das Ziel des Edukationsprozesses ist, dass der Patient neue Kenntnisse über das Behandlungsregime gewinnt, und sich die Grundlagen der gesunden Lebensweise und Prävention erwirbt, sodass das Rezidiv verhindern und die Gesundheit stärken könnte.

Der Schluss der Bakkalaureats-Arbeit beinhaltet auch Empfehlungen für die Praxis. Das Zielpublikum sind die Patienten, Familienmitglieder und Krankenschwester, die die Patienten mit Magen-Darm-Geschwür-Krankheiten behandeln.

Schlüsselworte:

Edukation. Perforation. Magen-Darm-Geschwür. Patient.Krankenschwester.

# PŘEDMLUVA

Ve své práci jsem se zaměřila na edukační proces pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu. Toto téma jsem si pro svoji bakalářskou práci vybrala pro častý výskyt tohoto onemocnění a komplikace spojené s ním. Jako všeobecná sestra pracující na urgentním příjmu se setkávám poměrně často s vředovou chorobou. Poměrně často s vředovou chorobou úzce souvisí nezdravá životospráva a špatný životní styl. Rovněž i hektický styl naší doby vystavuje člověka každodennímu stresu, který je jednou z příčin vzniku tohoto onemocnění.

Vzhledem k četnosti tohoto onemocnění je zřejmé, že ho nelze podceňovat ani odsouvat na okraj našeho zájmu. Správná životospráva a prevence jsou nutným předpokladem pro předcházení i léčbu již vzniklého onemocnění. Vhodná edukace pacienta je podstatnou složkou terapeutického procesu. Pacienti, kteří jsou správným

Podkladem pro vytvoření mé práce byly knihy, časopisy a internetové prameny. Mou snahou bylo čerpat z nejnovějších zdrojů. Chtěla bych také poděkovat PhDr. Karolíně Stuchlíkové za její ochotu, trpělivost a čas věnovaný při konzultacích.

Bakalářská práce je možná využít pro všeobecné sestry a studenty vysokých škol ve zdravotnických oborech.



# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

1 VŘEDOVÁ CHOROBA ŽALUDKU A DUODENA .....	15
1.1 KLASIFIKACE VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU, DUODENA.....	15
1.2 VÝSKYT VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU A DUODENA.....	15
1.3 ETIOPATOGENEZE VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU A DUODENA.....	16
1.4 PŘÍZNAKY VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU A DUODENA.....	17
1.5 DIAGNOSTIKA VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU A DUODENA.....	17
1.5.1 SPECIÁLNÍ DIAGNOSTIKA V GASTROENTEROLOGII.....	18
1.6 LÉČBA VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU A DUODENA.....	21
1.6.1 PŘEHLED LÉKŮ K TERAPII VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU A DUODENA .....	21
1.7 KOMPLIKACE VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU, DUODENA.....	22
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....	24
2.1 DLOUHODOBÁ PŘÍPRAVA PACIENTA K OPERACI.....	25
2.2 KRÁTKODOBÁ PŘÍPRAVA PACIENTA K OPERACI.....	25
2.4 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA PŘED URGENTNÍ OPERACÍ.....	26
2.5 INTRAOPERAČNÍ PÉČE.....	27
2.6 POOPERAČNÍ PÉČE.....	28
2.7 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ.....	29
3 EDUKACE .....	31
3.1 EDUKAČNÍ PROCES.....	33
4 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA PO PERFORACI GASTRODUODENÁLNÍHO VŘEDU .....	35
4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	51

ZÁVĚR.....	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	54
PŘÍLOHY .....	57

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>ALP</b>	Alkalická fosfatáza
<b>ALT</b>	Alaninaminotransferáza
<b>AST</b>	Aspartáttransamináza
<b>AMS</b>	Alfa-amyláza amyláza v séru
<b>CO<sub>2</sub></b>	Oxid uhličitý
<b>GMT</b>	Gama-glutamyltransferáza
<b>CT</b>	Computerová tomografie
<b>RTG</b>	Rentgen
<b>RZP</b>	Rychlá záchranná pomoc

(VOKURKA et al., 2010)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>Abúzus</b>	nadměrné užívání, zneužívání
<b>Duodenum</b>	dvanáctník
<b>Enterální</b>	střevní
<b>Edukace</b>	výchova, výuka
<b>Edukant</b>	člověk, který se učí
<b>Edukátor</b>	člověk, který učí
<b>Epigastrium</b>	nadbříšek
<b>Eradikace</b>	eliminace
<b>Gastritida</b>	zánět žaludku
<b>Gastroduodendální</b>	týkající se žaludku a dvanáctníku
<b>Gastrointestinální</b>	týkající se žaludku a střeva
<b>Hemateméza</b>	zvracení krve
<b>Indagace</b>	vyšetření dutin pohmatem
<b>Obstrukce</b>	překážka
<b>Parenterální</b>	mimostřevní
<b>Protektivní</b>	ochranný

(VOKURKA et al., 2010)

## ÚVOD

Vředová choroba žaludku a duodena patří do velmi častých onemocnění současné doby, někdy je řazena mezi psychosomatická onemocnění. Vředová choroba žaludku a duodena vzniká narušením rovnováhy mezi protektivními a agresivními faktory působícími na sliznici žaludku a duodena. Protektivními faktory jsou hlen a bikarbonáty. Mezi agresivní složky patří kyselina chlorovodíková, pepsin a *Helicobacter pylori* (SCHNEIDEROVÁ, 2014).

Vředová choroba byla popsána již před více než 150 lety, jejíž příčiny jsou zahaleny „hlubokou temnotou“. Názory na vznik vředové choroby žaludku a duodena se od té doby neustále vyvíjely. V roce 1983 objevil Marshall a Warren bakterii *Helicobacter pylori*, která má při etiopatogenezi vředové choroby žaludku a duodena rozhodující význam, a v roce 2005 dostali za tento objev Nobelovu cenu. Dalším momentem, jenž zcela změnil možnosti léčby vředové choroby byl objev protonové pumpy a syntetizace látek, které jsou schopny téměř kompletně zablokovat její činnost pomocí inhibitorů protonové pumpy.

Onemocnění má celospolečenský a celosvětový význam a proto mu byla a je věnována značná pozornost. Jen v České republice toto onemocnění postihuje 3 až 10 % populace. Životní styl s vysokým pracovním nasazením, s nedostatkem odpočinku a přemírou stresu nemalou měrou přispívá k rozvoji vředové choroby žaludku a duodena.

Teoretická část popisuje klasifikaci vředové choroby žaludku a duodena, výskyt, etiopatogenezi, symptomy, diagnostiku a léčbu. Dále se věnuje krátkodobé i dlouhodobé přípravě pacienta na operaci, jakož i předoperační přípravě a pooperační péči. Praktická část se zabývá edukací pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu. Spojení nejnovějších vědeckých poznatků spolu s moderní farmakoterapií a propracovanou edukací směřující k změně životního stylu pacientů umožňuje zvládnout i tuto zákeřnou chorobu.

**Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Zpracovat problematiku onemocnění vředové choroby žaludku a duodena na základě odborné literatury z provedené rešerše.

**Cíl 2:** Uvést specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vředovou chorobou žaludku a duodena na základě odborné literatury z provedené rešerše.

**Cíl 3:** Uvést teoretické poznatky o edukaci na základě odborné literatury z provedené rešerše.

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Realizovat edukační proces u pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu.

**Cíl 2:** Zpracovat doporučení pro praxi určené pacientům, rodinným příslušníkům i všeobecným sestřám.

**Cíl 3:** Vypracovat edukační materiál pro pacienty.

**Vstupní literatura**

HOLUBOVÁ, A. et al., *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta a. s. 2013. 267 s. ISBN 978-80-204-2806-6

JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing.a. s. 2013. 256. s. ISBN 978-80-247-4412-4.

JUŘENÍKOVÁ, P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

LATA, J. et al., *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. 256s. ISBN 978-80-7262-692-2.

**Popis rešeršní strategie**

Vyhledávání odborných zdrojů, které byly použity, jako podklad pro tvorbu teoretické části bakalářské práce s názvem Edukace pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu byly nejčastěji Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, Vědecká knihovna v Olomouci, EBSCO a internetový vyhledávač Google. Publikace byly vyhledávány v českém, slovenském a německém jazyce. Odborná literatura měla omezení stáří do 10 let. Byla zvolena tato klíčová slova: gastroduodenální vřed, edukace pacienta, perforace gastroduodenálního vředu. Rešerše zahrnuje celkem 36 záznamů, 3 vysokoškolských prací, 14 knih a 19 článků nebo sborníků.

Použitá data k praktické části bakalářské práce byla získána ze zdravotní dokumentace a rozhovorem s pacientem. Samotná realizace edukace pacienta probíhala v odpoledních hodinách na chirurgickém oddělení Nemocnice Šumperk v lednu 2018.

# **1 VŘEDOVÁ CHOROBA ŽALUDKU A DUODENA**

Vředová choroba žaludku a duodena patří mezi častá onemocnění. Problematika tohoto onemocnění je o to závažnější, protože vředová choroba žaludku a duodena se kromě osob v produktivním a vyšším věku se objevuje i u mladistvých. Patologické procesy postihují sliznici těchto orgánů, včetně nádorů. Vředovou chorobu lze rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří vředová choroba žaludku a duodena, druhou skupinu tvoří sekundární vředy (LATA et al, 2010).

## **1.1 KLASIFIKACE VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU, DUODENA**

Vředová choroba žaludku a duodena znamená, že se jedná o celkové onemocnění organismu, a ne pouze o samotné postižení sliznice žaludku a duodena. Onemocnění má svůj typický nárazový průběh, typické příznaky a také komplikace.

Peptický gastroduodenální vřed se může vyskytnout v rámci vředové choroby, mluvíme pak o primárním vředu, kdy je postiženo duodenum. Hlavní příčinou nekomplikovaného peptického vředu je infekce *Helicobacter pylori*. U sekundárních vředů žaludku a duodena je známá příčina. Vředy tohoto druhu se nejčastěji vyskytují u pacientů, kteří užívají léky s nepříznivým účinkem na gastrointestinální trakt, nesteroidní antiflogistika (NSA), tato léčiva mají jako jedny z nejčastěji ordinovaných a užívaných léků velmi nepříznivé vedlejší účinky na trávicí trakt.

Zcela výjimečnou skupinu tvoří kriticky nemocní pacienti, u kterých jsou peptické vředy důsledkem jiného závažného onemocnění. Tato skupina pacientů je často spojena s vysokým rizikem krvácení do gastrointestinálního traktu (LATA et al. 2010).

## **1.2 VÝSKYT VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU A DUODENA**

V průběhu života prodělá 3-10% populace vředovou chorobu gastroduodena. Obecně platí, že duodenální vředy vznikají spíše u mladších jedinců, zatímco žaludeční vředy se objevují častěji ve vyšším věku mezi 40-70 lety, rovnoměrně obě pohlaví (LATA et al. 2010).



### 1.3 ETIOPATOGENEZE VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU A DUODENA

Proces vzniku vředové choroby je komplexní, její vznik lze, kromě infekce *Helicobacter pylori* vysvětlit i nerovnovážným poměrem mezi agresivními a protektivními činiteli. Každý z těchto činitelů působí na základě odlišného mechanismu.

K agresivním činitelům, kteří přispívají k autodigesci žaludeční sliznice, patří kyselina chlorovodíková, pepsin, duodenogastrický reflux, hormonální faktory, užívání ulcerogenních léků, psychosomatické poruchy a kouření. V současné době je považována za rozhodujícího útočného činitele přítomnosti Hp. Jeho agresivita se projevuje toxickometabolickým působením na sliznici žaludku, vedoucí následně k vyvolání antrální gastritidy.

K protektivním činitelům je řazena vlastní odolnost dvanácterníkové a žaludeční sliznice, která je ovlivňována stavbou buněk, hlenobikarbonátovou sekrecí, aktivním iontovým proudem, vnitřním humorálním mechanismem a prostaglandiny. Nesteroidní antirevmatika (NSA) patří k často podávaným lékům s pozitivními léčebnými účinky, ale na druhé straně jsou to léky, které i při minimální dávce, ale i při krátkodobém užívání, při aplikaci jinou formou než perorální, mohou vyvolávat závažné zdravotní komplikace gastrointestinálního traktu.

Nejčastěji se jedná o změny na žaludeční a duodenální sliznici, které se v souvislosti s touto léčbou označují jako gastropatie. Stupeň poškození sliznice žaludku a duodena při léčbě NSA může být různorodý, od minimálních slizničních hemoragií, až po klinicky manifestní vředové léze spojených s krvácením nebo s perforací. Riziko manifestace vředové choroby gastroduodena zvyšuje užívání NSA až desetinásobně.

Maximum výskytu je pozorováno v prvních třech měsících léčby NSA, ale vředová choroba může manifestovat prakticky kdykoliv během léčby. Užívání NSA je vedle infekce Hp považováno za druhou nejčastější příčinu vředové choroby žaludku a duodena. Kortikosteroidy mají velmi nepříznivý vliv na hojení vředových lézí, a často jsou kombinovány s NSA, čímž se zvyšuje možnost vzniku peptických vředů (ŠPIČÁK, 2008).

## 1.4 PŘÍZNAKY VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU A DUODENA

U žaludečního vředu dominuje v klinickém obraze bolest, a to zejména v epigastriu po jídle. Bolest je často tupá a může propagovat do zad. Dalšími příznaky žaludečního vředu je nauzea a zvracení, pocit časně sytosti a nechut' k jídlu. Častěji postihuje žaludeční vřed osoby ve věku mezi 40-70. rokem života, a postihuje obě pohlaví rovnoměrně. Úbytek tělesné hmotnosti, který budí podezření na maligní onemocnění, vyskytuje u poloviny pacientů s žaludečním vředem.

Vředová choroba se může manifestovat nauzeou, zvracením, pyrózou, změnami chuti k jídlu, změnami hmotnosti a zápachem z úst. Vředová choroba žaludku a duodena může být spojena s některými poruchami vyprazdňování jako je průjem nebo zácpa. U některých pacientů se vředová choroba žaludku a duodena může projevit až komplikacemi, jakými jsou např. meléna, hemateméza, penetrace a perforace.

Duodenální vřed se projevuje bolestí v epigastriu s větším časovým odstupem po jídle, a to 2-3 hodiny. Bolesti často budí nemocné ze spánku, ustupují po jídle a antacidech. Častá je pyróza, říhání, zvracení kyselých šťáv a také obstipace. Chuť k jídlu se nemění, je zachována. Bývá zde podíl pozitivní rodinné anamnézy. Duodenální vřed se častěji vyskytuje u mladších nemocných mezi 20-40. rokem života, více však u mužů. Pro oba typy vředů je typický sezónní výskyt a několikaletá anamnéza potíží. Bolest u duodenálního vředu je epizodická, objevuje se několikrát do roka a trvá obvykle 1-2 týdny. U nekomplikovaného vředového onemocnění může být pacient i několik měsíců bez potíží (SLEZÁKOVÁ et al., 2010).

## 1.5 DIAGNOSTIKA VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU A DUODENA

Základem vyšetření pacienta s trávicími potížemi je anamnéza a fyzikální vyšetření. **Anamnéza** je výpověď nemocného, ale musí to být aktivní postup vedený lékařem, v některých případech i všeobecnou sestrou. Důležité je pokládat cílené otázky, které co nejpřesněji vystihnou podstatné potíže nemocného.

**Nynější onemocnění** – obvykle se nemocného dotazujeme na nynější potíže, na to, co nemocného přivádí do ordinace lékaře.

**Osobní anamnéza** – informuje o všech podstatných onemocněních, které pacient, prodělal

**Farmakologická anamnéza** - zde se uvádějí všechny léky, které pacient užívá.

**Alergická anamnéza** – lékař se dotazuje pacienta, zda měl někdy v minulosti alergii na léky, na kontrastní látku nebo zda pacient má potravinovou alergii.

**Pracovní a sociální anamnéza** – měla by doplnit nezbytnou charakteristiku prostředí, ve kterém pacient žije. Rodinná anamnéza uvádí podstatná onemocnění, která se vyskytují u blízkých příbuzných pacienta (HOLUBOVÁ et al., 2013).

### 1.5.1 SPECIÁLNÍ DIAGNOSTIKA V GASTROENTEROLOGII

Velmi častou stížností pacientů je bolest v oblasti břicha, proto u každé bolesti musí registrovat řadu okolností:

- Lokalizace subjektivního pocitu bolesti velmi často neodpovídá skutečnému sídlu bolesti.
- Charakter bolesti – zda se jedná o bolest svíravou, křečovitou nebo zda někam vyzařuje.
- Délka trvání bolesti – průběh bolesti během roku, jednak v průběhu dne, zda na lačno nebo po jídle.
- Kdy a zda dochází k úlevě od bolesti
- Intenzita bolesti – pokud se nejedná o krutou bolest, je většinou tento údaj méně významný, protože bolest je vždy individuálně vnímána.

#### Fyzikální vyšetření v gastroenterologii

Celkové posouzení tělesného a duševního stavu pacienta.

Vyšetření jednotlivých tělesných partií (hlava, krk, hrudník břicho, končetiny).

Vyšetření břicha je u pacienta s gastroenterologickými příznaky vyšetřením velice důležité. Nejdůležitější fyzikální metodou je palpace břicha.

- **Pohled** na břicho může ukázat břicho vystupující nad úroveň hrudníku například u obezity, ascitu, nádoru, cysty. Na hubeném břiše můžeme pozorovat pohyb střevních kliček, zejména při střevní obstrukci.
- **Poklep** břicha informuje o plynné náplni v gastrointestinálním traktu nebo o přítomnosti tekutiny v dutině břišní. V obou těchto případech je zvuk vyvolaný poklepem na břicho zcela odlišný. Bolestivá reakce při poklepu je varovným znamením možnosti dráždění peritonea. Poklepem také určíme hranice jater,

případně jiných útvarů bez plynové náplně např. cysty, nádory nebo zvětšená děloha.

- **Palpace** je nejdůležitější metodou fyzikálního vyšetření břicha. Palpací určujeme dolní okraj jater, jejich konzistenci a povrch. Pohmatem lze stanovit zvětšení sleziny, případně přítomnost jiných chorobných změn, které se projevují jako rezistence. Významným projevem při palpaci je bolestivost, která je častým projevem onemocnění dutiny břišní. Zejména pečlivě je třeba posuzovat bolestivost při pohmatu v pravém dolním kvadrantu břicha, která může signalizovat apendicitidu. Častá je bolest v krajině žlučníku tzv. Murphyho příznak, při jeho zánětu nebo při žlučnickové kolice.
- **Při auskultaci** břicha slyšíme obvykle přelévání obsahu, škroukání, zvuky vyvolané tekutinou ve střevních kličkách s plynovou náplní.
- **Indagace** per rektum patří k základnímu vyšetření břicha, při kterém se posuzuje přítomnost patologických útvarů, bolestivost a případné vyklenutí Douglasova prostoru. Zbytek stolice na prstě může prokázat přítomnost čerstvé krve nebo melénu (HOLUBOVÁ et al., 2013).

### **Laboratorní vyšetření**

- Chemické vyšetření moči v indikovaných případech i močového sedimentu.
- Krevní obraz, soubor jaterních testů – bilirubin, alaninaminotransferáza (ALT), aspartátaminotransferáza (AST), alkalická fosfatáza (ALP), gama – glutamyltransferáza (GMT).
- Při abdoimnalgii pankreatická amyláza v séru (AMS) a vyšetření lipázy (HOLUBOVÁ et al., 2013).

### **Ultrasonografické vyšetření**

Je to neinvazivní vyšetřovací metoda, která je pro pacienta zcela bezpečná a bez jakékoliv zátěže. Proto je ordinováno jako základní vyšetření při symptomech, které signalizují možnost onemocnění gastrointestinálního traktu. Má svá omezení, zejména v orgánech obsahující plyn jako je např. žaludek a střevo, naopak je suverénní metodou v diagnostice chorob žlučníku, velmi cenné informace podá o parenchymatózních orgánech (NEJEDLÁ, 2015).

### **Endoskopické vyšetřovací metody**

## **Gastroskopie, ezofagogastroduodenoskopie, orální endoskopie**

Hlavním cílem vyšetření je většinou žaludek. Cestou do žaludku je přístrojem s prográdní optikou prohlédnut také jícen a obvykle se endoskop zavádí až do duodena. Protože se gastroskop zavádí ústy, označuje se někdy jako orální. Indikace k tomuto vyšetření jsou velmi široké, prakticky již pouhé podezření na onemocnění jícnu, žaludku nebo duodena jsou dostatečným důvodem k vyšetření. Možnost odběru biopsie je jedna z velkých výhod endoskopických metod.

Velmi častým nálezem jsou peptické vředy, a to buď v žaludku, nebo v duodenu. Při nálezu peptického vředu je nutné bezprostředně provést vyšetření na přítomnost Hp. I toto vyšetření se provádí biopsií pomocí bioptických klíštěk zavedených zvláštním kanálkem gastroskopu. Kontraindikací orální endoskopie je nespolupráce pacienta, anatomické překážky bránící bezpečnému zavedení, šok, nebo podezření na perforaci trávicí trubice a i horečnaté stavy (HOLUBOVÁ et al., 2013).

### **Terapeutická endoskopie**

U všech endoskopických vyšetřovacích metod je možno současně s diagnostickým vyšetřením provádět i endoskopické terapeutické výkony.

Injekční techniky – drobnou injekční jehlou, která je na konci kanyly zavedené endoskopem, lze aplikovat různé látky do sliznice a podslizniční tkáně, popřípadě do viditelných cév, nejčastěji se užívá této metody při stavění krvácení, při sklerotizaci jícnových varixů nebo při aplikaci botulotoxinu v léčbě achalázie jícnu.

Stavění krvácení – ke krvácení nejčastěji dochází z drobné cévy na spodině peptického vředu nebo ze slizniční hemoragické eroze. Přímo na postižené místo se aplikuje buď roztok adrenalinu, koncentrovaný alkohol nebo sklerotizační roztok. K uzavření cévky se může použít i termokoagulace, která se provádí zvláštní tepelnou sondou nebo laserem. Účinné stavění krvácení je i pomocí klipů, zvláštních svorek, které mechanicky uzavřou krvácející cévu.

Extrakce cizích těles – ta se dostávají do gastrointestinálního traktu náhodným nebo úmyslným způsobem. Nejčastěji je nutno extrahovat nejrůznější předměty z jícnu, žaludku, anebo z rekta. K odstraňování cizích těles se používají různé typy kliček, kleští a košíků (HOLUBOVÁ et al., 2013).

## **Rentgenové vyšetřovací metody**

RTG jícnu a polykacího aktu přehledným způsobem znázorňuje poměry při polykání. Tato vyšetřovací metoda je důležitá u stenóz.

RTG žaludku může přinést srovnatelné výsledky s endoskopickou vyšetřovací metodou, ale jen při dokonalém zvládnutí techniky dvojího kontrastu tzn. I. kontrast suspenze síranu barnatého, II. kontrast + CO<sub>2</sub> ze šumivého prášku.

Computer tomography, CT je cennou vyšetřovací metodou pro detekci metastatických procesů v játrech a v uzlinách (HOLUBOVÁ et al., 2013).

## **1.6 LÉČBA VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU A DUODENA**

Při léčbě vředové choroby žaludku a duodena je snahou v první řadě zhojit vředovou lézi a je-li přítomna infekce Hp, provést jeho eradikaci. K eradikaci Hp je užívána týdenní léčba, tzv. trojkombinací, založená na inhibitoru protonové pumpy a dvou kombinací antibiotik. Tato terapie eradikuje infekci Hp, odstraňuje potíže a navozuje proces hojení s výrazným snížením možné recidivy vředové choroby.

Terapie vředové choroby žaludku a duodena u pacientů s negativním nálezem infekce Hp spočívá hlavně v objasnění příčin vzniku. Základní podmínkou je prokázání nepřítomnosti infekce Hp. Léčba peptických vředů spočívá v potlačení žaludeční sekrece a v podpoře ochranných žaludečních mechanismů (MAREK et al., 2010).

### **1.6.1 PŘEHLED LÉKŮ K TERAPII VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU A DUODENA**

Antacida se v současné době k léčbě vředové choroby gastroduodena téměř nepoužívají. Vzhledem k jejich rychlému nástupu je lze užít při zahájení systémové terapie. Mechanismus účinku antacid spočívá v neutralizaci kyselých žaludečních šťáv.

Blokátory H<sub>2</sub> - receptorů – účinek spočívá ve snížení bazální i stimulované sekrece v důsledku blokády histaminových H<sub>2</sub> - receptorů na parietální buňce. Před zahájením této terapie léky ze skupiny antisklerotik je vhodné vždy potvrdit diagnózu choroby endoskopickým vyšetřením s odběrem biopsie, tím lze předejít možnému zastření symptomatologie nádorového onemocnění žaludku. Indikací k léčbě touto skupinou léků je zejména akutní vředová choroba gastroduodena.

Inhibitory protonové pumpy – potlačují v parietální buňce tvorbu kyseliny chlorovodíkové i reverzibilní inhibicí protonové pumpy. K obnovení sekrece dochází až po vytvoření nového enzymu, což nastává nejpozději za 24 hodin, z tohoto důvodu je účinná léčba také při dávkování jednou denně.

Sukralfát je hlinitá sůl oktasulfátu sacharózy, která se působením nízkého pH v žaludku mění na viskózní gel, který ulpívá jako ochrana sliznice na spodině vředů a slizničních defektů v gastroduodenu. Indikací je vředová choroba žaludku a duodena a prevence stresových lézí u kriticky nemocných pacientů.

Komplexní sole bizmutu a koloidní subcitrát bizmutu jsou léky s vysokou léčebnou účinností u gastroduodenálních vředů. Jejich výhoda spočívá i v přímém toxickém působení na infekci Hp.

Prokinetika podporují a upravují správnou motilitu v gastrointestinálním traktu. Indikací prokinetik je gastroezofageální reflux a duodenogastrický reflux a funkční dyspepsie (MAREK et al., 2010).

## **1.7 KOMPLIKACE VŘEDOVÉ CHOROBY ŽALUDKU, DUODENA**

Mezi komplikace vředové choroby žaludku a duodena patří:

Ke krvácení může dojít, nahodí-li vřed cévu. Toto krvácení pak může být různé intenzity, může se projevit jako pozvolné, pomalé, okultní (skryté) krvácení nebo masivní, prudké, ústící do hemoragického šoku. Může mu i nemusí předcházet vředová anamnéza.

Masivní krvácení se projeví tím, že pacient zvrací velké množství čerstvé krve (hemateméza) nebo se natrávená krev objeví ve stolici. Při tomto krvácení je pacient ohrožen hemoragickým šokem. Jedná se o náhlou příhodu břišní, musí se odstranit zdroj krvácení a musí se hradit krevní ztráty. Endoskopie v těchto případech slouží jak diagnostická, tak i terapeutická metoda volby.

Perforace znamená, že vřed pronikne žaludeční stěnou a způsobí tak zánět pobřišnice. Jedná se o náhlou příhodu břišní, která, začíná prudkou bolestí v nadbřišku s doprovázejícím šokovým stavem. Do pobřišniční dutiny uniká perforací plyn, který se shromažďuje pod bránicí. Diagnostika je tedy jednoznačná, provádí se nativní rentgenový snímek ve stoje, kdy je srpkovité nahromadění vzduchu pod bránicí

Penetrace znamená proniknutí vředu mimo oblast žaludeční stěny, (např. do jater, pankreatu). Projevuje se intenzivní bolestí a příznaky postižení orgánu, do kterého vřed penetroval. Diagnostika se provádí endoskopickým vyšetřením, léčba je vždy chirurgická (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Stenóza pylorického kanálu nebo vývodné části bulbu duodena se jako komplikace objevuje vzácně. Stenóza je způsobena otokem nebo fibrózou, kdy pacienti udávají pocit plnosti, mají nauzeu nebo zvrací. Množství zvratků je velké a staršího data. Diagnostika je endoskopická nebo rentgenologická (ČEŠKA et al., 2010).



## 2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Perioperační péče zahrnuje péči v období okolo operace, tzn. před, během a po operaci. Jako každá jiná ošetrovatelská péče mají i tato období svá specifika, na která je třeba brát zřetel při ošetřování chirurgického pacienta. Intervence zdravotnického personálu vycházejí ze standardů jednotlivých zdravotnických pracovišť a přihlídnutí k individuálním potřebám každého pacienta (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Časové ohraničení preoperační péče se nedá vymezit na měsíce, dny nebo hodiny. Zahrnuje péči o pacienta od doby rozhodnutí se k operační indikaci a končí předáním pacienta na operační sál. Z tohoto vymezení je patrné, že toto období je velice variabilní, a také se zde promítá příčina vedoucí k operaci a celkový stav pacienta. Cílem předoperační přípravy je vytvoření co nejpříznivějších podmínek ke zvládnutí operační zátěže a nekomplikovaného pooperačního průběhu (ZEMAN et al., 2011).

V případě chirurgických výkonů na žaludku je v rámci předoperační přípravy věnována pozornost výživovým parametrům (indikace centrálního venózního katetru, nasogastrické sondy), managementu bolesti, doplnění krevních ztrát. V rámci pooperační péče je důležitá důsledná monitorace pacienta. Mezi ošetrovatelské intervence patří sledování žaludečního obsahu (množství, vzhled, příměsi), sledování bilance tekutin, péče o invazivní vstupy, operační ránu, dutinu ústní, aplikace parenterální výživy atd. (PUDNER, 2010).

Předoperační péči můžeme rozdělovat z několika hledisek, které se navzájem doplňují a prolínají:

Obecná a speciální – péče, která je společná pro všechny operační výkony, a péče, která je přizpůsobena druhu onemocnění a charakteru operace.

Fyzická, psychická a medikamentózní – příprava vlastního organismu, edukace, mírnění strachu, obav, úprava medikace.

Celková a lokální – péče vztahující se k organismu jako celku a péče zaměřená přímo na místo plánované operace.

Dlouhodobá, krátkodobá a bezprostřední předoperační péče (PENKA et al., 2010).

## **2.1 DLOUHODOBÁ PŘÍPRAVA PACIENTA K OPERACI**

Časové hledisko dlouhodobé předoperační péče se odvíjí od celkového zdravotního stavu pacienta a typu plánovaného operačního výkonu. Důležitý je zde aktivní přístup pacienta do celého procesu léčby, jeho důvěra v lékaře a zvolené metody jsou základním kamenem úspěchu veškeré léčby (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

V rámci dlouhodobé předoperační přípravy musí pacient absolvovat také interní vyšetření. Jednotlivé komponenty interního vyšetření jsou indikovány v souvislosti s plánovaným operačním výkonem, způsobem anestezie a celkovým zdravotním stavem pacienta. Součástí interního vyšetření je zhodnocení vitálních funkcí, screeningové vyšetření krve a moči, elektrokardiografie rentgenové vyšetření srdce a plic (SLEZÁKOVÁ et al., 2010).

Jako součást předoperační přípravy je doporučeno zvyšování fyzické kondice, která zahrnuje i dechovou rehabilitaci, pod dohledem fyzioterapeuta, které zkracuje dobu rekonvalescence. Stejně tak je velmi důležitá nutriční podpora u vybraných skupin pacientů (ČSARIM, 2009).

## **2.2 KRÁTKODOBÁ PŘÍPRAVA PACIENTA K OPERACI**

Krátkodobá příprava se odehrává 24 hodin před samotným operačním výkonem. Plynule navazuje na dlouhodobou přípravu a povinností lékaře a všeobecné sestry je zhodnotit dostupné informace a zkontrolovat výsledky předoperačních vyšetření, dle své kompetence. V rámci hospitalizace a psychické přípravy je potřeba od pacienta zjistit míru informovanosti o jeho zdravotním stavu příbuzných a zvoleným osobám, pokud je má pacient uvedené v souhlasech o poskytování informací (SLEZÁKOVÁ et al., 2010).

Oholení operačního pole je velmi diskutovanou otázkou. Všeobecně doporučováno je holení operačního pole bezprostředně před zákrokem. Oholení operačního pole večer před operací zvyšuje riziko infekce, proto by se tato činnost měla provádět v den operace, ideálně za použití elektrického strojku či epilačního krému (WENDSCHE et al., 2012).

Paušálně prováděné vyprázdnění střeva před každým operačním zákrokem je v dnešní době již překonáno. Je doporučeno u pacientů trpících zácpou a u operačních výkonů v dutině břišní. V případě břišních operací je možné zvolit aplikaci klyzmatu,

nebo přípravu ortográdní, která spočívá v perorálním příjmu vyprazdňovacích roztoků, které se mohou podávat žaludeční sondou (ZEMAN, KRŠKA, 2011).

Cílem omezení příjmu potravy a tekutin je eliminace rizika aspirace a regurgitace žaludečního obsahu. Doporučení týkající se omezení nealkoholických, čirých tekutin je stanoveno na dvě hodiny před plánovaným operačním výkonem. Omezení týkající se lehkého jídla, mléka, sladkostí je stanoveno na šest hodin před operací a tučné, smažené potraviny je nutno vynechat osm hodin před operací (CVACHOVEC et al., 2011).

## **2.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘÍPRAVA PACIENTA PŘED OPERACÍ**

Bezprostřední předoperační příprava se odehrává v den operace, a to zhruba 2 hodiny před výkonem. Je zaměřena na kontrolu dokumentace, výsledků vyšetření. Z dalších ošetrovatelských intervencí je přiložení bandáží či elastických punčoch, které jsou prevencí tromboembolické nemoci. Zajištění invazivních vstupů, aplikace medikace dle ordinace lékaře a organizační náležitosti podle zvyklostí jednotlivých oddělení (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Složení a načasování premedikace závisí na druhu operace, přidružených onemocněních a na dalších faktorech, které posoudí anesteziolog v rámci předoperačního vyšetření. Jejím cílem je zmírnění strachu, úzkosti, snížení sekrece slin, žaludečních šťáv a případně prevence alergických reakcí. Po aplikaci premedikace musí pacient dodržovat klidový režim na lůžku a být pod dohledem zdravotnického personálu, v případě urgentních operací a u dětí se premedikace aplikuje na operačním sále, většinou intravenózně (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

## **2.4 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA PŘED URGENTNÍ OPERACÍ**

Neodkladné a urgentní operace s sebou nesou vyšší výskyt pooperačních komplikací i úmrtí, které mohou být jak ve spojitosti s dekompenzovaným stavem pacienta, tak i v souvislosti se základní příčinou vedoucí k akutní operaci. Příprava GIT je kontraindikována, vzhledem k nedodržení lačnění jsou prováděny intervence k prevenci aspirace, jako je například intubace (SLEZÁKOVÁ, 2010).

## 2.5 INTRAOPERAČNÍ PÉČE

Intraoperační péče je období začínající předáním pacienta v předsálí, filtru až po jeho převzetí zpět zdravotnickým personálem zpět na jednotku intenzivní péče či standardní oddělení. Je to péče zajišťována pracovníky operačního sálu. V dnešní době je většinou užíván centralizovaný systém operačních sálů s rozdělením operačního traktu na část ochrannou (příjezdová chodba), aseptickou (místnost sousedící s operačním sálem, umývárna, sterilizace, příprava pacienta), sterilní (operační sál) a odsunovou část (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Samotný operační tým je tvořen lékaři, sestrami specialistkami, ošetřovateli, sanitáři, anesteziologem a anesteziologickou sestrou. Dále může být u operace přítomen technik, a další specialisté dle zvoleného operačního výkonu například radiolog, radiologický asistent a jiné (ZEMAN et al., 2011).

Mezi základní vybavení operačních sálů patří operační stůl, který je možné uzpůsobit danému typu operačního výkonu, osvětlení, instrumentální stolky, resuscitační pomůcky a další přístrojová technika. Všechno vybavení musí splňovat přísná hygienická kritéria, předpisy jsou ošetřeny také další náležitosti operačních sálů (WENDSCHE et al., 2012).

Pacient vstupuje do operačního traktu filtrem, kde je přeložen na transportní lehátko, které je určeno pouze pro převoz pacientů na operační sál. Následně je pak ochrannou zónou na něj převezen. Před uvedením pacienta do zvoleného typu anestezie je nutno provést bezpečnostní proces, který spočívá v kontrole identifikace pacienta, jeho dokumentace, místa operačního výkonu atd. Některé společné prostory mohou být společné pro více operačních sálů, ale mělo by se dodržet rozdělení na operační sály septické a aseptické (ZEMAN et al., 2011).

Pacient je uložen na operační stůl do základní polohy nejčastěji na zádech, na břiše či boku, horní končetina je tak, aby měl anesteziolog přístup k zajištěnému žilnímu vstupu a bylo možné přiložit manžetu tonometru. Po uvedení do anestezie je poloha upravena dle typu operace. Pozornost musí být věnována predilekčním místům, která jsou patřičně vypodložena, a pacient je zajištěn popruhy proti pádu z operačního stolu. V průběhu celé operace musí anesteziologická sestra myslet na udržování tělesné teploty pacienta, aby neprochladl. Po celou dobu operačního výkonu a anestezie jsou

pacientovi sledovány základní vitální funkce, je mu aplikována medikace dle potřeby, což je v kompetenci anesteziologa a anesteziologické sestry (ZEMAN et al., 2011).

Po uložení pacienta do požadované polohy je provedena široká dezinfekce operačního pole dle předepsaných zásad, kterou provádí I. asistent, od místa operačního řezu směrem k periferii a poté zarouškování, buď jednorázovými rouškami, nebo textilními rouškami. Velký důraz se klade na to, aby dezinfekce nestekla mimo tělo pacienta, zde hrozí riziko vzniku popálenin při následném použití elektrokauterizačního přístroje. Po ukončení operace instrumentující sestra překryje operační ránu sterilním krytím a předá pacienta obíhající sestře, která odstraní použité roušky a zkontroluje pacienta. Lékař - operátor po ukončení operace sepíše operační protokol, kde jsou zaznamenány informace týkající se vlastní operace, personální zajištění, průběh operačního výkonu, použitá instrumentária a materiály. Použitá instrumentária, roušky atd. se musí shodovat na základě konzultace operátora s instrumentální sestrou. Anesteziologická sestra sleduje pacienta do doby jeho probuzení z anestezie, toto sledování je zajištěno na dospávacím pokoji, který je součástí operačního traktu. Po stabilizaci je možné předat pacienta na standardní oddělení, vždy rozhoduje anesteziolog. V případě, že pacient vyžaduje intenzivní sledování, je předán rovnou z operačního sálu na jednotku intenzivní péče, nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení (WENDSCHE et al., 2012).

## **2.6 POOPERAČNÍ PÉČE**

Bezprostřední pooperační období je ukončení a doznívání anestezie, obnovení bdělosti, vědomí a návratu obranných reflexů. Péče je zaměřena na sledování vitálních funkcí a projevů případných pooperačních komplikací, zvládnutí bolesti a také péči o psychický stav pacienta. Veškeré intervence zaznamenáváme do dokumentace, lékař zapisuje ordinace obsahující interval monitoringu vitálních funkcí, bilanci tekutin, aplikace medikace, dietoterapii, pohybový režim, pokyny k ošetření operační rány a provedení dalších potřebných vyšetření (SLEZÁKOVÁ et al., 2010).

K pooperační péči patří samozřejmě i péče o invazivní vstupy, které představují možnou bránu vstupu. Po operaci má pacient zajištěn žilní vstup pro aplikaci medikace a infúzní terapii, periferní venózní katetr ponecháváme maximálně 72 hodin. První operační den spočívá péče o operační ránu v kontrole krycího obvazu, jeho prosakování a vzhled okolní kůže a podobně. Pokud krytí prosakuje, doplníme ho nedříve o další

vrchní vrstvu obvazu, a pokud je toto nedostačující, ihned informujeme lékaře. Nejsou-li přítomny tyto komplikace, provádíme první převaz s odstupem jednoho až dvou dnů, dle zvyklostí oddělení a typu operačního výkonu. V následujících dnech provádíme převaz za aseptických podmínek dle ordinace lékaře, stehy se odstraňují za 7 až 21 dnů dle typu operační rány (STRYJA et al., 2011).

Hlavní funkcí drénů je odvádění tekutiny z ran a patologických ložisek, které se zavádějí v průběhu operačního výkonu, a v době pooperační se sleduje množství a vzhled sekrece a místo zavedení. Dle funkce dělíme drenážní systémy na aktivní, které jsou napojeny na zdroj podtlaku (Redonův drén) a pasivní, které odvádějí drén do sacích vrstev obvazu (rukavicový drén) nebo jsou napojeny na spád (Pigtail). V závislosti na množství sekretu je drén ponechán jeden až několik dní (DUŠKOVÁ, 2009).

### **3.7 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ**

Výživu lze aplikovat orálně, do gastrické sondy, enterální sondy a také parenterálně. Fyziologický příjem potravy předpokládá zdravý nebo alespoň částečně funkční gastrointestinální trakt. Příjem potravy předpokládá fungující mechanismy řízení hladu, sytosti, funkční chrup, funkční motilitu všech částí trávicího traktu, dostatečnou sekreci trávicích šťáv a také osídlení trávicího traktu fyziologickou bakteriální mikroflórou.

Játra jsou centrální laboratoří celého organismu a jejich funkce je dietními aspekty významně ovlivňována. Navazující činnost řady fyziologických systémů je odkázána na dostatek živin. Dostatečný a specifický příjem živin je důležitý zejména pro rychle rostoucí tkáň (HOLUBOVÁ et al., 2013).

#### **Dieta při vředové chorobě žaludku a duodena**

U vředové choroby žaludku a duodena je významná především konzistence stravy. Důležité je udržení dobrého nutričního stavu, ve vážných situacích je vhodná parenterální výživa. Nepodávají se mléčné diety, které naopak stimulují produkci kyseliny chlorovodíkové. Důležité je omezení kouření, dráždivé kořeněné stravy, smažené a mastná jídla (HOLUBOVÁ et al., 2013).

#### **Pravidla pro šetřící dietu**

- Výběr potravin, koření a způsob zpracování tlumí sekreci žaludečních enzymů, a tím působí proti horním dyspeptickým potížím.

- Pravidelnost ve stravování – jíst malé porce a častěji. Doporučuje se 6-8 denně.
- Nepít velké množství tekutin najednou.
- Nutný je individuální výběr potravin, vyvarovat se potravin, které vedou k potížím například nadýmavé potraviny, kořeněné pokrmy apod.
- Nepoužívat příliš horká nebo mražená jídla a nápoje.
- Důležitý je psychický a fyzický klid pacienta.
- Úplný zákaz kouření, pití alkoholických nápojů a kávy.
- Dostatek spánku.

### **Technologická příprava pokrmů**

Pokrmu vaříme a dusíme pod pokličkou, pečeme pouze na vodě. Důležité je, aby jídla byla upravena do měkka bez přepalovaných tuků. V rámci šetřící diety je zákaz smažení! Maso pro lepší chuť a barvu opečeme nejprve nasucho, poté podlijeme vodou nebo vývarem a dusíme. Grilování masa na přímém ohni není vhodné, protože působením vysokých teplot dochází k přepalování tuků na povrchu masa. Vhodná úprava masa je v mikrovlnné troubě. Tuky, kvalitní olej, máslo a smetanu přidáváme do pokrmů až nakonec, aby nedocházelo k přepalování (SVAČINA et al., 2008).

### **Kouření jako rizikový faktor vředové choroby**

Jedním z nejrizikovějších faktorů životního stylu je kouření. Je to zlovyk, který má za následek nejrůznější onemocnění. Jen velmi obtížně se dá škodlivost tabakismu k něčemu přirovnat. Tabákový kouř obsahuje nikotin, dehty, oxid uhelnatý, amoniak, nitrosaminy, formaldehyd, arzenik a kyanid. Řada z těchto látek je prudce jedovatá a rakovinotvorná.

Nikotin je návyková látka, která způsobuje závislost kuřáka. U kuřáků se vyskytuje cca o 60 % více případů žaludečních a duodenálních vředů než u nekuřáků. Kouření způsobuje poruchy mikrocirkulace, a tím zpomaluje hojení vředů (MACHOVÁ et al., 2009).

### 3 EDUKACE

Edukace je pojem, který používaný nejčastěji v pedagogice, která využívá znalosti sociologie, psychologie a dalších vědních disciplín (MASTILIAKOVÁ, 2015). "Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech" (JUŘENÍKOVÁ, 2010, s. 9).

S rozvojem technologií jsou kladeny na zdravotnické pracovníky vysoké požadavky z hlediska znalostí, pokud personál nemá dostatečné znalosti k dané problematice pacientů, nemůžeme očekávat pacientovu spolupráci (JAROŠOVÁ, 2012).

Vzdělávání chápeme jako celoživotní proces, při němž rozlišujeme dva typy edukací:

- intencionální – vzdělávací působení je přímé, úmyslné a jedinec tedy ví, že je vyučován.
- funkcionální – nepřímá výuka dějící se skrze hodně adaptované prostředí, které nemusí být ani jako výchova vnímáno. Jedinec se učí přizpůsobovat zákonitostem prostředí.

Rozlišujeme čtyři činitele edukačního procesu: edukant, edukátor, edukační konstrukty, edukační prostředí (JANEČKOVÁ, 2011).

**Edukant** – skupina nebo osoba přijímající informace, na něž aplikujeme metodu, jež má způsobit rozvoj. Ve skupině lze pozorovat rozdílnou vnímavost a ochotu ke spolupráci jednotlivých edukantů. U edukovaných pacientů se snažíme vytvořit nové, požadované stereotypy životosprávy a chování (MASTILIAKOVÁ, 2015), (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

**Edukátor** – rozumí se jím osoba působící na edukanty a svým vlivem je rozvíjející. Edukační činnost provádí přímo. Edukatorem je nejen jedinec, ale i skupina. Výhodou skupinového edukátora je střídání dle zkušeností a specializace (MASTILIAKOVÁ, 2015), (UHLÍŘOVÁ, 2016).

**Edukační konstrukty** – takto označujeme materiály, jež nám pomohou v přípravě edukace i v jejím samotném průběhu. Mezi konstrukty náleží: zákony, standardy, vyhlášky, učebnice, letáčky a jiné.



**Edukační prostředí** – jedná se o místo, kde probíhá edukace (učebna, doma, nemocniční pokoj nebo posluchárna). Místo edukace značně ovlivňuje kvalitu a též spolupráci edukantů. Edukační prostředí definujeme vnitřními a vnějšími podmínkami (JUŘENÍKOVÁ, 2010), (MASTILIAKOVÁ, 2015).

**Edukační standard** – jedná se o závaznou normu, s níž můžeme dosáhnout požadované úrovně a kvality edukace (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Jestliže plánujeme edukaci, počítáme při tom s ovlivňujícími faktory. Mezi pozitivní řadíme zájem edukanta, spolupráci, vhodné prostředí a pomůcky. Negativní faktory spatřujeme často v nezájmu edukanta, dalšími pak jsou únava, bolest, deprese. Tyto negativní faktory lze potlačit za pomoci pečlivé přípravy, vhodné volby místa i času (JUŘENÍKOVÁ, 2010), (UHLÍŘOVÁ, 2016).

Úroveň edukace zvyšují vhodné edukační pomůcky ve formě vizuální, textové, audio či multimediální (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Při stanovování cíle edukace je nezbytně nutné, aby byl definován jednoznačně, kontrolovatelně a přiměřeně. Aby cíl byl komplexní, musí obsahovat jak afektivní, tak i kognitivní a psychomotorickou oblast osobnosti. Cíle dělíme na krátkodobé a dlouhodobé a rovněž na speciální a obecné (KUBEROVÁ, 2010).

Zcela nové informace a seznámení s problematikou přináší základní edukace. Nadstavbou na ni je pak reedukace, která rozšiřuje a zdokonaluje dovednosti a znalosti. Uceleným programem uspořádaným do navazujících bloků se stoupající tendencí rozumíme komplexní edukaci (KALNICKÝ, 2014).

Při edukaci ve zdravotnictví neztrácíme ze zřetele, že má mít především preventivní charakter. Edukace je důležitou součástí jak primární, tak sekundární i terciální prevence. V primární prevenci se zaměřujeme na zdravé jedince, u nichž se snažíme kvalitu zdraví nejen udržet, ale i zlepšit celkovou kvalitu života. Nemocný jedinec je v centru sekundární prevence, jejímž cílem je znovu získání zdraví a obnovení soběstačnosti (SVĚŘÁKOVÁ, 2012). Na pacienty s trvale a nenávratně poškozeným zdravím cílí terciální prevence, kladoucí si za cíl zlepšení kvality života a předcházení komplikací. Při získávání nových znalostí a dovedností jsou mnohem přístupnější dětští pacienti. V případě dospělých pacientů se potýkáme se stereotypy. K efektivitě léčebného procesu a zkrácení rekonvalescence výrazně přispívá, pokud je

edukován pacient i rodinní příslušníci podílející se na ošetrovatelské péči (ŠULISTOVÁ, 2012).

### **3.1 EDUKAČNÍ PROCES**

U edukačního procesu v ošetrovatelství rozlišujeme pět fází.

V první fázi se zabýváme posuzováním, v němž získáváme, třídíme a analyzujeme data o pacientovi, zjišťujeme míru jeho znalostí a dovedností a v rozhovoru s ním zvažujeme využitelné prvky pro motivaci. Nemůžeme pominout ani věk edukanta, protože mohou závažně ovlivnit celý proces (například nedoslýchavost, zhoršené kognitivní funkce a jiné). K citlivým tématům je třeba přistupovat se zvýšenou opatrností. V případě zhoršené sociální situace přizveme k edukaci sociálního pracovníka (MASTILIAKOVÁ, 2015), (SVĚŘÁKOVÁ, 2012).

Diagnostika je další fází edukačního procesu. Na základě všech informací sestaví všeobecná sestra edukační diagnózu. Jedná se o souhrn problémů, potřeb, příčin a faktorů, které je ovlivňují. Edukační diagnózy dělíme na základě potřeb a priorit.

Při vytváření edukačního plánu určujeme cíle, jichž chceme dosáhnout. Během plánování dodržujeme zásadu flexibility umožňující přizpůsobení dle měnících se okolností. Nedílnou součástí plánování je frekvence i délka edukačního procesu. Naplánované cíle mají vždy působit jako doporučení a ne jako zákaz. Je třeba je formulovat tak, aby byly měřitelné, ověřitelné a prospěšné se zřetelem na slučitelnost s lidskými právy.

Samotná edukace se odehrává ve fázi realizace. Nezbytným krokem je přitom motivace pacienta, díky níž si zajistíme jeho spolupráci. Následuje expozice, při níž je přímo působeno na edukanta a jsou mu předávány další poznatky, přičemž nejde o pasivní příjem informací, pacient by se měl sám aktivně zapojovat do realizace edukačního procesu. Praktické použití znalostí a dovedností probíhá během aplikace.

V poslední fázi vyhodnocujeme pokroky edukanta i sebe sama jako edukátora. Takto získaná zpětná vazba je pro obě strany nesmírně důležitá. Hodnocení všeobecné sestry by tedy mělo směřovat i od pacienta. Vždy je třeba mít na zřeteli důležitost pochvaly či odměny ze strany všeobecné sestry mající pozitivní vliv do budoucna. Stejně tak je nezbytná obezřetnost vůči chybám v edukačním procesu, jež by mohly mít

za následek iatrogenní dopady na pacienta. Důkladná příprava přispívá jako prevence chybového jednání (JUŘENÍKOVÁ, 2010), (KUBEROVÁ, 2010).

Součástí celého edukačního procesu je přesná, srozumitelná dokumentace, o níž je řádně informován celý tým, takže slouží i jako ochrana proti případnému trestnímu stíhání. Zaznamenáváme vše, co edukační proces u pacienta obsahoval, jako jsou úroveň znalostí, motivace, bariéry, formy a plnění cílů. Součástí záznamu je edukace rodiny či odmítnutí edukace ze strany nemocného. Samozřejmostí je pochopitelně datum i podpis edukátora (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

## 4 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA PO PERFORACI GASTRODUODENÁLNÍHO VŘEDU

Dne 10. 1. 2017 v nočních hodinách byl přijat na chirurgické oddělení 30 letý pacient P. S. pro bolesti břicha k dovyšetření. Pacient byl přivezen RZP na chirurgickou ambulanci centrálního příjmu pro 2 hodiny trvající křečovitě bolesti v oblasti epigastria, zvracení bez patologické příměsi. Pacient fumátor, alkohol užívá příležitostně, občas zneužívá Pervitin.

### **Kazuistika pacienta**

#### **I. FÁZE – POSUZOVÁNÍ**

**Jméno:** P. S.

**Pohlaví:** Muž

**Věk:** 30

**Bydliště:** Šumperk

**Rasa:** Europoidní

**Etnikum:** České

**Vzdělání:** Vyučen

**Zaměstnání:** Nezaměstnaný

### **Anamnéza**

*Nynější onemocnění:* bolesti břicha v levém epigastriu, zvracení, malátnost.

*Osobní anamnéza:* prodělal běžná dětská onemocnění, operace tříselné kýly vlevo (2014).

*Alergická anamnéza:* neguje.

*Abúzus:* alkohol příležitostně, kuřák, občas pervitin.

*Farmakologická anamnéza:* nic nemedikuje.

## Základní údaje

<b>Tělesný stav</b>	Normostenický habitus, slabost, únava.
<b>Mentální úroveň</b>	Orientován místem, časem, osobou a prostorem.
<b>Komunikace</b>	Přiměřená, bez potíží.
<b>Zrak, sluch</b>	Zrak a sluch v pořádku, bez potíží.
<b>Řečový projev</b>	Srozumitelný, klidný.
<b>Paměť</b>	Dlouhodobá a krátkodobá paměť neporušená.
<b>Motivace</b>	Snížená.
<b>Pozornost</b>	Přiměřená, má zájem o svůj zdravotní stav.
<b>Typové vlastnosti</b>	Pacient se vidí jako cholerik.
<b>Vnímavost</b>	Přiměřená.
<b>Pohotovost</b>	Reakce jsou zpomalené, vzhledem k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu.
<b>Nálada</b>	Smutná, obává se svého zdravotního stavu.
<b>Sebevědomí</b>	Vysoké.
<b>Charakter</b>	Impulsivní, komunikativní,
<b>Poruchy myšlení</b>	Bez poruch, omezení.
<b>Chování</b>	Neklidné
<b>Učení:</b>	<b>Typ:</b> emocionální <b>Styl:</b> vizuální, systematické, logické <b>Postoj:</b> má zájem o nové informace <b>Bariéry:</b> strach, únava, celková slabost

(NĚMCOVÁ a kol., 2017)

## Posouzení fyzického stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb

Posouzení podle Majory Gordonové

**1. Podpora zdraví:** Pacient byl převezen RZP s akutními bolestmi břicha na chirurgickou ambulanci centrálního příjmu šumperské nemocnice. Nikdy předtím tyto zdravotní problémy neměl. Během svého života neprodělal vážné onemocnění. Léky pravidelně neužívá. Praktického lékaře téměř nenavštěvuje. Pacient kouří až 20 cigaret denně, alkohol pije příležitostně, přiznává abusivní užívání Perivitinu. Pacient si uvědomuje závažnost svého zdravotního stavu a je pevně rozhodnut upravit své chování s cílem zlepšení svého zdraví.

**2. Výživa:** Pacient váží 68 kg a měří 175 cm. Jeho BMI je 22, 2. Pacient nedodrží základy správné životosprávy. Stravuje se nepravidelně, den zahajuje černou mletou kávou a cigaretou. Během dopoledne vypije další 2-3 černé kávy spolu s 5-8 cigaretami. Oběd bývá nepravidelný, obvykle nutričně nevyvážený. V jeho stravě převažují uhlohydráty s absencí bílkovin a vlákniny z čerstvého ovoce a zeleniny. Vypije denně 1,5 l tekutin, přičemž větší množství přijatých tekutin tvoří káva a ochucené nápoje s umělými barvivy.

**3. Vylučování:** Pacient problémy s močením neudává, moč je čirá bez patologických příměsí. Stolicí má pravidelnou 1x za 2 dny.

**4. Aktivita, odpočinek:** Pacient je delší dobu evidovaný na Úřadu Práce v Šumperku. Na dotaz ohledně režimu dne pacient odpovídá, že značnou část dne stráví hraním počítačových her spolu s konzumací již výše zmíněných nápojů a kouřením cigaret.

**5. Vnímání, poznávání:** Pacient je plně orientovaný osobou, místem i časem. Se sluchem, čichem a chutí potíže nemá. Pacient nemá dostatek informací o svém onemocnění, léčebném režimu a chce se dozvědět o dané problematice co nejvíce.

**6. Sebepojetí:** Pacient o sobě tvrdí, že je cholerik. Se svým životem není zcela spokojený, chtěl by ho změnit. O svůj vzhled moc nedbá. Zanedbává základní hygienické návyky a to přispívá k jeho sociální izolaci.

**7. Role a vztahy:** Pacient je svobodný, bezdětný. Žije s přítelkyní v bytě v panelovém domě. Nejvíce času tráví hraním počítačových her, sledováním televize.

**8. Sexualita:** Pacient nepocítuje žádné zvláštní obtíže, dle svého mínění je se svým sexuálním životem spokojen.

**9. Zvládání zátěže:** Stresové situace příliš nezvládá, je spíše cholericke povahy. Konflikty s lidmi ze svého okolí příliš neřeší a takto vzniklé situace nechává odeznít „do ztracena“.

**10. Životní hodnoty:** Pacient se dosud ve svém životě „nenašel“, stále hledá své uplatnění. Momentálně nepracuje a volný čas zaplňuje elektronickými mediemi. Jediné k čemu se upíná, je jeho vztah s přítelkyní.

**11. Bezpečnost, ochrana:** Pacient vnímá hospitalizaci spíše negativně. Nejvíce ho obtěžují ostatní pacienti, ztráta soukromí a odloučení od přítelkyně. Pacient byl seznámen s funkcí signalizačního zařízení a s léčebným režimem.

**12. Komfort:** Pacient si stěžuje na bolesti břicha. Jsou mu podávána analgetika dle ordinace lékaře. Cítí se slabý a unavený. Pravidelný režim oddělení, zvláště pak ranní vstávání a hygienu vnímá negativně vzhledem ke svému dosavadnímu způsobu života.

**13. Růst a vývoj:** Růst a vývoj pacienta probíhal bez patologií.

### **Profil rodiny**

Pacient žije 5 let v partnerském vztahu, je bezdětný. Oba jeho rodiče jsou ve středním věku bez výraznějších zdravotních obtíží. S bratrem se stýká pravidelně. Vystudoval střední odborné učiliště obor instalatér. Po vyučení asi 5 let vykonával povolání, v kterém se vyučil. V současnosti má pozastavenou živnost a je v evidenci Úřadu Práce.

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

Rodinné vazby jsou poměrně volné. Rodiče syna navštěvují v nemocnici zhruba 1 x týdně. Přítelkyně pacienta navštěvuje denně, tráví s ním pravidelně 1-2 hodiny. Pacient je ekonomicky závislý na své partnerce, pobírá pouze dávky životního minima. Bydlí v pronajatém bytě v panelovém domě a jejich finanční situace jim umožňuje pouze běžné výdaje bez možnosti spoření.

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

Pacient nemá mimo nemocnici pravidelný režim. Spí nepravidelně. Je příležitostným konzumentem drog a alkoholu. S přítelkyní občas navštěvuje kino a o jiné kulturní akce nejeví žádný zájem. Poslouchá rockovou hudbu, četba ho

nezajímá. S partnerkou sleduje televizi, hodně času tráví na sociálních sítích a hraním počítačových her. Není členem žádné církve a o spirituální hodnoty se nezajímá.

**Kultura:** sledování televize, občas kino.

**Náboženství:** Bez vyznání.

**Hodnoty:** Upíná se především na vztah se svojí přítelkyní. O své zdraví se příliš nestará.

**Postoj k nemoci:** Svým onemocněním byl pacient zaskočen, nyní se snaží ze situace vyvodit správné závěry a získat dostatek informací k tomu aby se vyléčil a dostatečně upravil životní režim.

### **Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí**

Rodina pacienta je s jeho zdravotním stavem obeznámena, ale příliš ho nepodporuje. Mnohem větší oporu nalézá ve své přítelkyni, která ho motivuje k abstinenci, k návratu do zaměstnání a ráda by s pacientem založila rodinu.

### **Vstupní test**

<b>Otázka</b>	<b>Odpověď</b>
Jaké jsou Vaše znalosti v péči o pooperační ránu?	Ne
Víte, jakou dietu je třeba u vředové choroby dodržovat?	Ne
Znáte režimová opatření u vředové choroby žaludku a duodena?	Ne
Víte o negativním vlivu na průběh léčby vředové choroby žaludku a duodena?	Ne
Znáte význam správné životosprávy pro léčbu vředové choroby žaludku a duodena?	Ne
Znáte preventivní opatření proti vzniku vředové choroby žaludku a duodena?	Ne
Slyšel jste o gastroenterologické poradně?	Ne
Slyšel jste o možnosti lázeňské péče pro pacienty s vředovou chorobou žaludku a duodena?	Ne



Z výše uvedeného testu bylo zjištěno, že pacientovy vědomosti o režimových opatřeních, životosprávě, v péči o pooperační ránu jsou nedostatečné. Po hodnocení odpovědí je zřejmé, že pacient má jen mlhavé tušení o závažnosti svého onemocnění. Je nezbytně nutné pacienta edukovat o potřebě správné životosprávy a režimových opatřeních. Rovněž je důležité předat pacientovi informace o dalších možnostech terapie a prevence. S pomocí vstupního testu byl vytvořen edukační proces zahrnující tři edukační jednotky.

### **Motivace pacienta:**

Je průměrná. Pacient verbálně vyjadřuje zájem o své onemocnění a metody léčby. Postupně si uvědomuje závažnost svého onemocnění a důležitost změny životního stylu pro zabránění recidivy. Přáním pacienta je uzdravit se a vrátit se do domácího prostředí.

## **2. FÁZE – DIAGNOSTIKA**

### **Deficit vědomostí:**

- v péči o pooperační ránu,
- pooperační režim,
- dietní opatření,
- režimová opatření,
- důležitost abstinence alkoholu,
- důležitost abstinence drog,
- důležitost abstinence kouření,
- prevence vzniku a recidivy gastroduodenální vředové choroby,
- možnost podpůrné léčby balneoterapií.

### **Deficit v postojích:**

- obavy z nemoci,
- obavy z nedostatku a vůle při změně životního stylu a abstinence,
- obava z vlivu nemoci na partnerský vztah,
- obava z recidivy onemocnění.

**Deficit zručnosti:**

- v péči o pooperační ránu,
- dodržování životosprávy.

**3. FÁZE - PLÁNOVÁNÍ**

**Podle priorit:** na základě vyhodnocení výsledků získaných ze vstupního testu jsme si stanovili priority edukačního procesu.

- Edukace v péči o pooperační ránu.
- Edukace o režimových opatřeních.
- Edukace o dietních opatřeních.
- Edukace o úplném zákazu alkoholických nápojů.
- Edukace o úplném nebo alespoň větším omezení kouření.

**Podle struktury:** Tři edukační jednotky.

**Záměr edukace:**

- Získání co nejvíce vědomostí o režimových a dietních opatřeních pacienta s vředovou chorobou žaludku a duodena.
- Seznámit pacienta s péčí o pooperační ránu a v péči o jizvu.
- Seznámit pacienta s dietními opatřeními u vředové choroby žaludku a duodena.
- Znalost rizikového chování a komplikací vředové choroby žaludku a duodena.

**Podle cílů:**

**Kognitivní** – Pacient získá vědomostí o nutnosti a správnosti dodržování životního režimu. Zná dietní opatření a rozumí jim. Rovněž se seznámil s péčí o pooperační ránu a technikou provádění masáže jizvy. Pacient zná rizika předchozího chování, jež vedlo ke vzniku choroby.

**Afektivní** – pacient projevuje kladný přístup k získávání nových informací a je ochotný se zapojit do edukačního procesu.

**Behaviorální** – pacient umí dodržovat dietní a režimová opatření, dodržuje preventivní opatření.

**Podle místa realizace** – nemocniční prostředí na chirurgickém oddělení u lůžka pacienta.

**Podle času** – edukační proces je rozdělen do třech po sobě jdoucích dní v odpoledních hodinách.

**Podle výběru** – výklad, vysvětlování, rozhovor, vstupní a výstupní test.

**Edukační pomůcky** – papír, tužka, letáky, obrázky, odborná literatura, notebook, pomůcky k hygieně rukou, desinfekční prostředek na kůži, obvazový materiál, emitní miska.

**Podle formy** – individuální.

**Typ edukace** – úvodní.

### **Struktura edukace**

- 1. Edukační jednotka:** Pooperační péče pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu.
- 2. Edukační jednotka:** Režimová a dietní opatření pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu.
- 3. Edukační jednotka:** Prevence vzniku a komplikací vředové choroby žaludku a duodena.

### **Časový harmonogram edukace:**

- 1. Edukační jednotka:** 15. 1. 2018 od 14:00 do 15:00 (60 minut).
- 2. Edukační jednotka:** 16. 1. 2018 od 14:00 do 15:20 (80 minut).
- 3. Edukační jednotka:** 17. 1. 2018 od 14:00 do 15:00 (60 minut).

## **4. FÁZE – REALIZACE**

### **1. Edukační jednotka**

**Téma edukace:** Pooperační péče pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu.

**Místo edukace:** U lůžka pacienta, chirurgické oddělení.

**Časový harmonogram:** 15. 1. 2018 od 14:00 do 15:00 (60 minut).

Cíl:

**Kognitivní** – pacient nabyde vědomosti potřebné k péči o pooperační ránu, pochopil nezbytnost pooperačních režimových opatření.

**Afektivní** – pacient se zapojuje a jeví živý zájem o získání vědomostí a dovedností v péči o operační ránu.

**Forma** – individuální.

**Prostředí** – nemocniční.

**Edukační metody** – vysvětlování, rozhovor, praktický nácvik, zodpovězení pacientových dotazů.

**Edukační pomůcky** – Audiovizuální pomůcky, tužka, papír, kniha, pomůcky k hygieně rukou, desinfekční prostředek na kůži, obvazový materiál, emitní miska.

### **Realizace 1. Edukační jednotky**

**Motivační fáze** - (10 minut) přivítat se s pacientem, pochválit ho za ochotu ke spolupráci, připravení vhodného prostředí k edukaci. Připravení pomůcek k realizaci edukační jednotky.

#### **Expoziční fáze (30 minut)**

Pacienta edukujeme o důležitosti včasné rehabilitace, která předejde možným komplikacím, jako jsou trombózy, dekubity a respirační obtíže. Pomocí praktické ukázky a vedením, učíme pacienta, jak se správně posadit a vstát z lůžka. Dále se současným nácvikem předvedeme dechové cvičení a rehabilitační cviky na lůžku. Rovněž ho poučíme o úkonech běžné hygieny a doprovodu na toaletu. Motivujeme ho k časnému vstávání z lůžka a rovněž se snažíme zvýšit jeho psychickou pohodu. V péči o pooperační ránu upozorníme pacienta na potřebu sprchování pouze čistou vodou bez použití mýdel či sprchových gelů, dezinfekci operační rány provádí vždy všeobecná sestra.

Pacienta poučíme před dimisí o procesu hojení pooperační rány a možných případných komplikacích. Dále pacientovi doporučíme tlakové masáže jizvy po zhojení operační rány, kterými se předejde vytvoření keloidní jizvy. S masáží pacient započne až po zhojení rány, tedy asi 14 dní po odstranění stehů, svorek. Zpravidla po několika týdnech od operace.

Správnou techniku tlakové masáže provádíme za pomoci bříška prstů, jímž masírujeme jizvu a její okolí. Je třeba prstem tlačit na jednotlivá místa jizvy po dobu až půl minuty, přičemž indikátorem tlaku je zblednutí nehtového lůžka prstu. Po několika sekundách přesuneme působení o kousek dále. Je nezbytné provádět masáž jizvy s citem a bez nadměrného zatížení. Je zakázáno přejíždět po jizvě prsty, což by mohlo vést k jejímu poškození. Při masáži jizvy, lze použít promašťující krémy. Četnost masáže jizvy může být tak, jak je možné (i 20 x denně po dobu 10 minut). Zpravidla se masáž provádí po dobu šesti týdnů, dokud nezačne jizva měknout a blednout. Výsledek se projeví za jeden až dva měsíce.

Jako další podpůrný prostředek doporučíme mazání jizvy vhodným přípravkem k minimalizaci jizvy; v klinické praxi se dlouhodobě osvědčilo užívání vepřového sádla k promazávání jizvy.

**Fixační fáze** – (10 minut) Slouží k důkladnému zopakování všech základních informací v pooperačním režimu, hojení péče o ránu a následnou jizvu.

**Hodnotící fáze** – (10 minut) Zhodnocení účinnosti edukace první edukační jednotky, diskuze pokládání kontrolních otázek pacientovi a vyhodnocení správnosti odpovědí.

*Kontrolní otázky pro pacienta:*

Proč je důležitá včasná pooperační rehabilitace?

Jak pečovat o hojící se operační ránu?

Jak pečovat o pooperační jizvu?

**Zhodnocení edukační jednotky** - Pacient si osvojil všechny potřebné znalosti a vědomosti potřebné k správné rehabilitaci, režimovým opatřením a péči o operační ránu a následnou jizvu. Pacient znalosti demonstroval ukázkou vstávání z lůžka, správným mytím rukou. Pacient byl po celou dobu aktivní a o edukaci jevil zájem. Dále kladl otázky nad rámec edukace, neboť se o problematice chtěl dozvědět co nejvíce. Na závěr edukační jednotky jsme došli ke společnému závěru, že byla pro pacienta přínosem. Cíle stanovené v edukační jednotce byly splněny. Celková doba edukace první jednotky trvala 60 minut.

## **2. Edukační jednotka**

**Téma edukace:** Životní režim a dietní opatření u pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu.

**Místo edukace:** U lůžka pacienta, chirurgické oddělení.

**Časový harmonogram:** 16. 1. 2018 od 14:00 do 15:00 (80 minut).

**Cíl:**

**Kognitivní** – pacient nabyde vědomosti o životním a dietním režimu po perforaci gastroduodenálního vředu, pacient pochopí nutnost dodržovat režimová opatření a rovněž získá vědomosti o životosprávě včetně toho, kterých nápojů a potravin se musí vyvarovat a čím je nahradí.

**Afektivní** – pacient má zájem o získávání nových vědomostí o životním režimu a dietních opatřeních, je vstřícný, spolupracuje.

**Forma** – individuální.

**Prostředí** – nemocniční, soukromí pro edukaci zajištěno.

**Edukační metody** – rozhovor, výklad, vysvětlování, diskuze, zodpovězení pacientových dotazů.

**Edukační pomůcky** – papír, tužka, notebook, edukační karta, odborná literatura.

### **Realizace 2. edukační jednotky**

**Motivační fáze:** (10 minut) pozdravení a představení s pacientem, připravení klidného prostředí, zajištění soukromí, vysvětlení nutnosti získání nových vědomostí a povzbuzení pacienta ke spolupráci. Vytvoření zpětné vazby k minulé edukaci, jestliže má pacient nějaké dotazy, zodpovíme je, případné nejasnosti k problematice předchozí edukace znovu vysvětlíme.

**Expoziční fáze:** (50 minut)

Jedním z rozhodujících faktorů je úprava životního režimu. Spolupráce s lékařem je nutností, rovněž i pravidelné kontroly v gastroenterologické poradně, správná medikace dle ordinace lékaře.

Léčebný režim je základní součástí léčby a je tvořen omezením fyzické aktivity, duševním klidem a dostatkem pravidelného spánku. Důležitou součástí režimového

opatření je omezení, v lepším případě úplným zákazem kouření. Na celkový zdravotní stav při vředové chorobě má nemalý vliv i stres.

Mezi režimová opatření náleží i změna pravidelných návyků během dne. Pacient byl zvyklý trávit značnou část dne sezením u počítače, kouřením a pitím energetických nápojů a kávy. Tyto nezdravé návyky je třeba nahradit správným způsobem životosprávy. Doporučíme mu procházky, jízdu na kole či plavání. Jako částečnou náhradu elektronických médií nabídneme četbu hodnotné literatury a sebevzdělávání. Dalším důležitým krokem ve změně nezdravých životních návyků je bezesporu návrat do pracovního procesu. Doporučili bychom mu spíše formu zaměstnance, protože tato forma práce neklade tak vysoké psychické nároky jako podnikání. Pravidelný režim daný vstupem do zaměstnání přispěje k správnému zažití režimových opatření.

Pacient je edukován o vhodnosti výběru potravin. Nejprve je potřeba upravit stravovací režim, kdy přijímá jídlo častěji a v menších porcích, doporučuje se přijímat potravu 7x během dne. Přestávky mezi jídly by neměly být delší než dvě až dvě a půl hodiny. Rovněž je důležité zachovat přibližně stejnou výživovou hodnotu u každého jídla, což znamená, že jednotlivá jídla musí být stejně sestavena, jako je večeře nebo oběd. Je nutné si uvědomit, že při konzumaci těžko stravitelných potravin nedojde k jejich rozložení a dostávají se až do tenkého střeva, kde způsobují nepříjemné zdravotní problémy. Strava by měla být řádně rozmělněna v ústech a měla by být konzumována v klidu. Pokrmy se připravují vždy čerstvé. Správným způsobem úpravy potravy je dušení a vaření. Omezíme příliš kořeněná jídla, tučné, smažené a těžce stravitelné pokrmy. Uzeniny a konzervovaná jídla redukuje a upřednostňujeme kvalitní libová masa, například králíčí, drůbeží, telecí. Při přípravě čerstvých pokrmů je třeba se vyhnout užití průmyslových dochucovadel, jako jsou worchesterské a rybí omáčky, masoxy, kečupy, ocet, hořčice a jiná dráždidla. K přípravě pokrmů se používá menší množství rostlinného oleje a živočišné tuky – především sádlo, slanina, škvarky jsou zcela vyloučeny. Omáčky je doporučeno kořenit sladkou paprikou, citrónem a zelenými bylinkami, zahustit světlou jíškou, moukou rozmíchanou ve vodě nebo v mléce.

Pacienta upozorníme na nevhodnost nezralé a tuhé zeleniny a nadýmavých druhů, jako je například kapusta, květák a zelí. Doporučíme mu konzumaci dobře vyzrálého ovoce - nejlépe nastrohaného nebo namixovaného.

Edukujeme pacienta v rámci dietního opatření o nevhodnosti čerstvého pečiva a konzumace velmi horkých nebo velmi studených nápojů, velkých objemů mléka, alkoholu, perlivé vody, džusů, kávy a nápojů obsahující kofein. Z nápojů doporučíme jako nejvhodnější pramenitou vodu a minerální vody nesyčené, heřmánkový a mátový čaj.

Strava by měla být stejně energeticky bohatá, jako u zdravého člověka. Měla by obsahovat více bílkovin a méně cukrů a tuků. Nezbytné je při sestavování jídelníčku postupovat tak, aby měl pacient zajištěn dostatečný přísun minerálních látek a vitamínů.

**Příklad časového rozdělení stravy pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu:**

Snídaně 7.00 – 8.00 hodin

Přesnídávka 9.30 – 10.30 hodin

Oběd – polévka – 12.00 hodin

Hlavní jídlo – 12.30 – 13.30 hodin.

Moučník, kompot – 13.00 – 13.30 hodin.

Svačina 16.00 – 16.30 hodin

První večeře 18.00. – 19.00 hodin

Druhá večeře 21.00 – 22.00 hodin.

**Návrh jídelníčku pro pacienta po propuštění z hospitalizace**

	<b>1. den</b>	<b>2. den</b>	<b>3. den</b>
<b>Snídaně</b>	Čaj s mlékem	Čaj, chléb, máslo	Bílá zrnková káva, chléb máslo, sýr.
<b>Přesnídávka</b>	Šunka, chléb, máslo	Jablečná přesnídávka	banán
<b>Oběd</b>	Rajčatová polévka, telecí závitky, brambory, kompot.	Kuřecí vývar, dušený králík, bramborová kaše	Zeleninová polévka, kuřecí plátek s rýží.
<b>Svačina</b>	Bílá káva, chléb, máslo.	Slabé kakao, tvarohová	Čaj, rohlík s máslem a medem.



		pomazánka, rohlík.	
<b>První večeře</b>	Vaječná míchanina	Rohlík, máslo, šunka.	Dušené filé, bramborová kaše, mrkvový salát
<b>Druhá večeře</b>	banán	Starší tvarohové buchty.	Meruňkové pyrė, rohlík.

**Fixační fáze** (10 minut) zopakování všech základních informací, zdůrazníme nezbytnost dodržování režimových a dietních opatření a zodpovíme pacientovi dotazy.

**Hodnotící fáze** (10 minut) jedná se o zhodnocení efektivity druhé edukační jednotky, zda pacient porozuměl výkladu.

Součástí hodnocení je použití kontrolních otázek a zhodnocení správnosti odpovědí.

*Kontrolní otázky pro pacienta:*

Víte, proč musíte dodržovat režimová opatření?

Víte, proč je nezbytně nutné dodržovat dietní opatření?

Víte, proč je nezbytné vyloučit kouření?

Víte, proč je důležité naplánování volného času?

### **Zhodnocení edukační jednotky:**

Cíle, které jsme stanovili, byly splněny. Pacient odpovídá správně na otázky, nově získaným vědomostem rozumí. Během edukace pacient spolupracoval, byl klidný. V případě nejasností se tázal na vysvětlení, pokládal doplňující otázky, projevoval zájem a chtěl si osvojit co nejvíce vědomostí o svém onemocnění. Celková doba edukace druhé jednotky byla 80 minut.

### **3. edukační jednotka**

**Téma edukace:** Prevence vzniku a komplikací vředové choroby žaludku a duodena.

**Časový harmonogram:** 18. 1. 2018 od 14:00 do 15:00 (60 minut).

Cíl:

**Kognitivní** – pacient získá vědomosti o opatřeních po prodělané perforaci žaludečního vředu.

**Afektivní** – o získané vědomosti jeví pacient dostatečný zájem, spolupracuje a klade vhodné doplňující otázky.

**Forma** – individuální.

**Prostředí** – u lůžka pacienta, na chirurgickém oddělení.

**Edukační metody** – vysvětlování, rozhovor, diskuze, zodpovídání dotazů.

**Edukační pomůcky** – papír, tužka, notebook, flash disk, odborná literatura.

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

**Motivační fáze:** (10 minut) pozdravit a přivítat pacienta, vytvořit příjemnou a přátelskou atmosféru a navázat na minulou edukaci.

**Expoziční fáze:** (30 minut) Komplikace vředové choroby žaludku a duodena vzniká nejčastěji návratem nesprávné životosprávy, stravovacích návyků, stresu, kouření a konzumací alkoholických nápojů.

Prevence je nejdůležitější součástí léčby. Pacient je motivován k reorganizaci svého běžného dne, přičemž smysluplně vyplní ty části, které ho vedly k nezdravému vysedávání u počítače a požívání nevhodných jídel (chipsy, fast food) a popíjení nezdravých nápojů (káva, lihoviny, energetické nápoje). Preventivně může působit i příprava vhodných nápojů (nesycené minerální vody, bylinné čaje) pro okamžiky, kdy obvykle sáhl po kofeinových či energetických nápojích.

Nedílnou součástí prevence žaludečního vředu je ústní hygiena, včasné ošetření zubů a dásní. Špatné zuby jsou bránou pro infekci a jejich nedobrá stav znemožňuje správné žvýkání potravy, což vede ke zvýšené zátěži gastrointestinálního traktu. Rovněž je důležité vyvarovat se nesprávného užívání léků, jako jsou nejčastěji nesteroidní antiflogistika.

K prevenci infekce *Helicobacter pylori* jež vede ke vzniku gastroduodenálního vředu, náleží i používání vlastního nádobí, příborů, ručníků a omezení polibků.

Pacientovi bude zprostředkován kontakt s nutričním terapeutem v nemocnici a rovněž s poradnou pro odvykání kouření. Mezi doporučující informace patří i opatření vedoucí k odstranění předmětů (popelníky, zapalovače, cigarety), které by mohly vyvolat recidivu. Důležitou součástí odvykací kúry je podpora nejbližšího okolí – přítelkyně, rodina.

Vhodným doplňkem preventivního opatření je balneoterapie zaměřující se na léčbu vředové choroby žaludku a duodena. Pravidelný režim v těchto zařízeních může kladně přispět k osvojení si správných režimových a stravovacích opatření. Rovněž kontakt s pacienty se stejným onemocněním může působit motivačně.

**Fixační fáze:** (10 minut) shrnutí a zopakování zásad preventivního opatření.

**Hodnotící fáze:** (10 minut) shrnutí a zhodnocení efektivity 3. edukační jednotky, diskuze k danému tématu, pokládání kontrolních otázek pacientovi a vyhodnocení správnosti odpovědí.

*Kontrolní otázky pro pacienta:*

Víte, jaká je správná technologie přípravy pokrmů?

Víte, které druhy potravin je nutné z jídelníčku vyloučit?

Víte, jak budete řešit situace vedoucí k recidivě tabakismu?

**Zhodnocení edukační jednotky:** Edukační cíle byly splněny. Pacient projevil spolupráci a měl zájem o nové poznatky. Edukační jednotka trvala 60 minut.

## 5. FÁZE – VYHODNOCENÍ

Z celkového vyhodnocení edukačního procesu pacient znovu vyplnil edukační test, který byl použit v první fázi edukačního procesu – posuzování.

### Porovnání vstupního a výstupního testu

OTÁZKA	ODPOVĚD Ano/Ne	
	Vstup	Výstup
Znáte režimová opatření u vředové choroby žaludku a duodena?	Ne	Ano
Víte, jakou dietu je třeba u vředové choroby dodržovat?	Ne	Ano
Víte, že tabakismus zhoršuje průběh vředové choroby žaludku a duodena?	Ne	Ano
Víte o negativním vlivu na průběh léčby vředové choroby žaludku a duodena?	Ne	Ano

Znáte význam správné životosprávy pro léčbu vředové choroby žaludku a duodena?	Ne	Ano
Znáte preventivní opatření proti vzniku vředové choroby žaludku a duodena?	Ne	Ano
Slyšel jste o gastroenterologické poradně?	Ne	Ano
Slyšel jste o možnosti lázeňské péče pro pacienty s vředovou chorobou žaludku a duodena?	Ne	Ano

- Pacient zná režimová opatření u vředové choroby žaludku a duodena.
- Pacient ví, jaká dietní opatření má dodržovat u vředové choroby žaludku a duodena.
- Pacient ví o škodlivém účinku nikotinu na žaludeční sliznici.
- Pacient ví a zná negativní vlivy na průběh onemocnění žaludku a duodena.
- Pacient zná správný význam životosprávy.
- Pacient zná preventivní opatření, která zabrání recidivě.
- Pacient má dostatek informací o pomoci gastroenterologické poradny.
- Pacient byl obeznámen o prospěšnosti balneoterapie.

Všechny edukační cíle jak kognitivní, tak afektivní byly splněny. Pacient si osvojil vědomosti a postoje ve všech edukačních jednotkách.

Vzhledem k výsledkům výstupních odpovědí pacienta z testu usuzujeme, že edukace naplnila své cíle a byla na jejich základě ukončena. "

#### 4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Po prostudování odborné literatury jsme navrhli doporučení pro praxi jak pacientů, tak jejich rodinných příslušníků a všeobecným sestřám, které se zabývají onemocněním vředovou chorobou žaludku a duodena.

##### **Doporučení pro pacienta**

- Mít základní vědomosti o vředové chorobě žaludku a duodena.
- Dodržujte doporučený léčebný režim.
- Znat správné užívání předepsaných medikamentů.

- Dodržovat stravovací návyky.
- Znat vhodné a nevhodné potraviny.
- Vyloučit rizikové chování.
- Vyloučit kouření a pití alkoholických nápojů, rovněž tak abúzus drog.
- Pravidelné kontroly u lékaře a v gastroenterologické poradně.
- Změnu zdravotního stavu konzultujte se svým lékařem.
- Pestrý a vyvážený jídelníček.
- Dodržujte pitný režim.
- Vyhněte se stresovým situacím.

### **Doporučení pro rodinu pacienta**

- Dohlížet na pravidelné užívání léků.
- Sledovat, zda pacient pravidelně navštěvuje lékaře a gastroenterologickou poradnu.
- Všimnout si, zda nedošlo k recidivě patologického chování.
- Povzbuzovat pacienta k dodržování režimových opatření.
- Povzbuzovat pacienta k abstinenci.
- Motivovat pacienta k návratu do pracovního procesu a tím eliminovat riziko recidivy.

### **Doporučení pro všeobecné sestry**

- Mít co nejširší vědomosti o vředovém onemocnění žaludku a duodena.
- Vytvořit přátelský vztah s pacientem a ducha spolupráce.
- Připravte si pečlivě celou edukaci.
- Uplatňovat holistický přístup nejen během edukačního procesu.
- Správně připravit pacienta na případná vyšetření.
- Mít dostatečnou trpělivost a empatii s pacientem.
- Využít edukační proces a zahrnout do něho i rodinu pacienta.

## ZÁVĚR

Vředová choroba žaludku a duodena je onemocnění charakterizované výskytem jednoho nebo několika vředů ve stěně žaludku. Vředová choroba vzniká narušením rovnováhy mezi agresivními a protektivními faktory působícími na sliznici žaludku. Protektivními faktory jsou hlen a bikarbonáty, a mezi agresivní složky patří kyselina chlorovodíková, pepsin (SCHENIDEROVÁ, 2014).

Teoretická část bakalářské práce se zabývá vředovou chorobou žaludku a duodena a v případě komplikací předoperační a pooperační péče. Hlavním cílem praktické části práce bylo edukovat pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu o léčebném režimu, režimového opatření a prevenci předcházející recidivě tohoto onemocnění. Edukace pacienta probíhala v pěti fázích. Po zhodnocení pacientových vědomostí, které byly zjištěny pomocí vstupního testu, jsme navázali čtyřmi edukačními jednotkami.

V průběhu těchto edukačních jednotek se pacient aktivně zapojoval a kladl doplňující otázky. Všechny dílčí cíle, které jsme spolu s pacientem vytyčili, byly splněny. Výstupní test potvrdil úspěšnost edukace pacienta.

Na závěr jsme uvedli doporučení pro praxi a to pro pacienta, jeho rodinné příslušníky a všeobecné sestry. Bakalářskou práci je možné využít pro všeobecné sestry a studenty vysokých škol ve zdravotnických oborech. Cíle bakalářské práce byly splněny.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CVACHOVEC, K., et al., *Doporučení pro omezování příjmu tekutin a stravy před anesteziologickou péčí*. Online. ČSARIM, 2011 Dostupný na [http://www.csarim.cz/Public/csarim/doc/postupy/DP\\_NPO\\_CSARIM\\_final\\_approval\\_1\\_30911.pdf](http://www.csarim.cz/Public/csarim/doc/postupy/DP_NPO_CSARIM_final_approval_1_30911.pdf).

ČEŠKA, R. et al., 2010. *Interna*. 1. vyd. Praha: Triton, 855 s. ISBN 978-80-7387-423-0.

ČSARIM (Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny). *Doporučený postup vyšetření před diagnostickými nebo léčebnými výkony operační a neoperační povahy s požadavkem anesteziologické péče* (tzv. předanestetické vyšetření). Online 2009.

Dostupný na [WWW.http://www.csarim.cz/Text/metodicke-pokyny-a-stanoviska-csarim-I?MenuItemId=38](http://www.csarim.cz/Text/metodicke-pokyny-a-stanoviska-csarim-I?MenuItemId=38)

HOLUBOVÁ, A., et al. 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta a. s., 267 s. ISBN 978-80-204-2806-6

JANEČKOVÁ, B., 2011. *Edukace pacientů s antikoagulační léčbou*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Bakalářská práce.

JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing.a. s., 256. s. ISBN 978-80-247-4412-4.

JAROŠOVÁ, D., 2012 *Základy ošetrovatelství: studijní opora*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-207-4.

JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.a. s., 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KALNICKÝ, J., 2014. *Celoživotní učení, edukace dospělých a seniorů: (relaxační a kauzální analýza geneze)*. I. vyd. Ostrava: Repronis. ISBN 978-80-7329-403-8.

KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.

- LATA, J. et al., 2010. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 256 s. ISBN 978-80-7262-692-2.
- MACHOVÁ, J. et al., 2009. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- MAREK, J. et al., 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. Praha: Grada Publishing a. s., 808 s. ISBN 978- 80- 247- 2639- 7
- MASTILIAKOVÁ, D., 2015. *Edukace v ošetrovatelství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. I. vyd. Trenčín: trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka, Fakulta zdravotníctva. ISBN 978-80-7454-513-9.
- MOUREK, J., 2012. *Fyziologie – učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2.dopl.vyd.Praha: Grada Publishing a. s., 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
- MUSIL, D., 2009. *Rizika a prevence tromboembolické choroby. Medicína pro praxi*, roč. 6, č. 2, s. 61-65. ISSN 1214-8687.
- NAVRÁTIL, L. et al., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 424 s. ISBN 978-80- 247-2319-8.
- NEJEDLÁ, M., 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing a. s., 240 s. ISBN 978-80- 247- 4402- 5.
- NĚMCOVÁ, J. et al., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 4.vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická o.p.s. ISBN 978-80-905728-1-2.
- PUDNER, R., 2010. *Nursing The Surgical Patient. 3ed.* Londýn: Elsevier, 593 p. ISBN 978-0-7020-3062-8.
- RESSNER, P., 2011. *Delirium u geriatrických nemocných. Neurologie pro praxi*, roč. 12, č. 5, s. 311-316. ISSN 1803-5280.
- SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada Publishing a.s., 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8
- SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada Publishing a. s., 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2
- SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada Publishing a. s., 300 s. ISBN 987-80-247-3130-8.



- SVAČINA, Š. et al., 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada Publishing a.s., 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6
- SVĚŘÁKOVÁ, M., 2012., *Edukační činnost sestry, úvod do problematiky*. I. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.
- ŠPIČÁK, J. et al., 2008. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada Publishing a. s., 421. s. ISBN 978-80-247-1783-8.
- ŠPINAR, J. et al., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. Praha: Grada Publishing a. s., 336 s. ISBN 978-80- 247- 4356-1.
- ŠULISTOVÁ, R. a M. TREŠLOVÁ, 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. I. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 978-80-7394-246-5.
- UHLÍŘOVÁ, V., 2016, *Edukace pacienta na domácí parenterální výživě*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta. Bakalářská práce. Katedra ošetrovatelství.
- VOKURKA, M. et al., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10.vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.
- WENDSCHE, P., POKORNÁ, A., a I. ŠTETKOVÁ, 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 117 s. ISBN 978-80-7262-9.
- ZEMAN, M. et al., *Chirurgická propedeutika*. 3. doplněné a přepracované vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

## **PŘÍLOHY**

PŘÍLOHA A - Rešerše .....	I
PŘÍLOHA B - Protokol k provádění sběru podkladů .....	II
PŘÍLOHA C - Edukační karta – Režimová opatření u pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu.....	III
PŘÍLOHA D - Edukační karta – Dietní doporučení u pacienta s vředovou chorobou žaludku a duodena .....	IV
PŘÍLOHA E - Edukační karta – Správný postup při masáži jizvy .....	V
PŘÍLOHA F - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů .....	VI

**Moravskoslezská  
vědecká knihovna  
v Ostravě**

**Číslo rešerše:** 8396  
**Název rešerše:** Edukace pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu  
**Jazykové omezení:** čeština, slovenština, německý jazyk  
**Časové omezení:** 2008-2018  
**Klíčová slova:** gastroduodenální vřed, edukace pacienta, perforace gastroduodenálního vředu,

Zpracovala: Bc. Seberová Radmila

Záznamy jsou řazeny v pořadí monografie, články (z tisku, z časopisů) - abecedně dle autorů.  
U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz [http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file\\_name=find-b&local\\_base=SKC](http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC) Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovní výpůjční služby v naší knihovně).  
U článků je nutné vyhledat celý časopis.

## PŘÍLOHA B - Protokol k provádění sběru podkladů

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	Cepková Jiřina	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VSV
Téma práce	Edukace pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Nemocnice Šumperk	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Karolína Stuchlíková, PhD.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

podpis  
Nemocnice Šumperk a.s.  
Moravská 640/41, 787 01 Šumperk  
podpis 3 335 003, 602 697 486  
Bc. Monika Zatlíková  
hlavní sestra

V ..... dne .....

.....  
podpis studenta

PŘÍLOHA C - Edukační karta – Režimová opatření u pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu

## *Režimová opatření u pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu*

*Pravidelná strava*

*Pravidelný spánek*

*Procházky v přírodě*

*Vyhýbat se, nebo alespoň eliminovat stresové situace*

*Důkladné plánování volného času*

*Abstinence od alkoholu*

*Úplný zákaz kouření*

*Přiměřená fyzická zátěž*



Jméno autora: Jiřina Cepková

Tento edukační materiál je výstupem bakalářské práce s názvem edukace pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu, která vznikla v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

Zdroj : vlastní zpracování



## *Dietní doporučení pro pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu*

*Vhodná příprava stravy - dušení, vaření*

*Omezení kořeněných, tučných a smažených jídel.*

*Vhodná masa jsou králíci, drůbeží a telecí.*

*Zakázána jsou různá dochucovadla - kečupy, hořčice, worchesterské omáčky, bujóny z kostky, ocet.*

*Nevhodná je také tvrdá, nezralá a nadýmavá zelenina (květák, kapusta).*

*Nevhodné je čerstvé pečivo*

*Nevhodná je konzumace horkých, alkoholických, kofeinových a energetických nápojů.*

*Nejvodnější z nápojů jsou pramenitá voda, minerální vody nesycené*



Jméno autora: Jiřina Cepková

Tento edukační materiál je výstupem bakalářské práce s názvem edukace pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu, která vznikla v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

Zdroj : vlastní zpracování

PŘÍLOHA E - Edukační karta – Správný postup při masáži jizvy

*Provádíme za pomoci bříška prstů, jímž masírujeme jizvu a její okolí.*

*Prstem tlačít na jednotlivá místa jizvy po dobu až půl minuty.*

*Indikátorem tlaku je zblednutí nehtového lůžka prstu.*

*Po několika sekundách přesuneme působení o kousek dále.*

*Provádíme masáž jizvy s citem a bez nadměrného zatížení.*

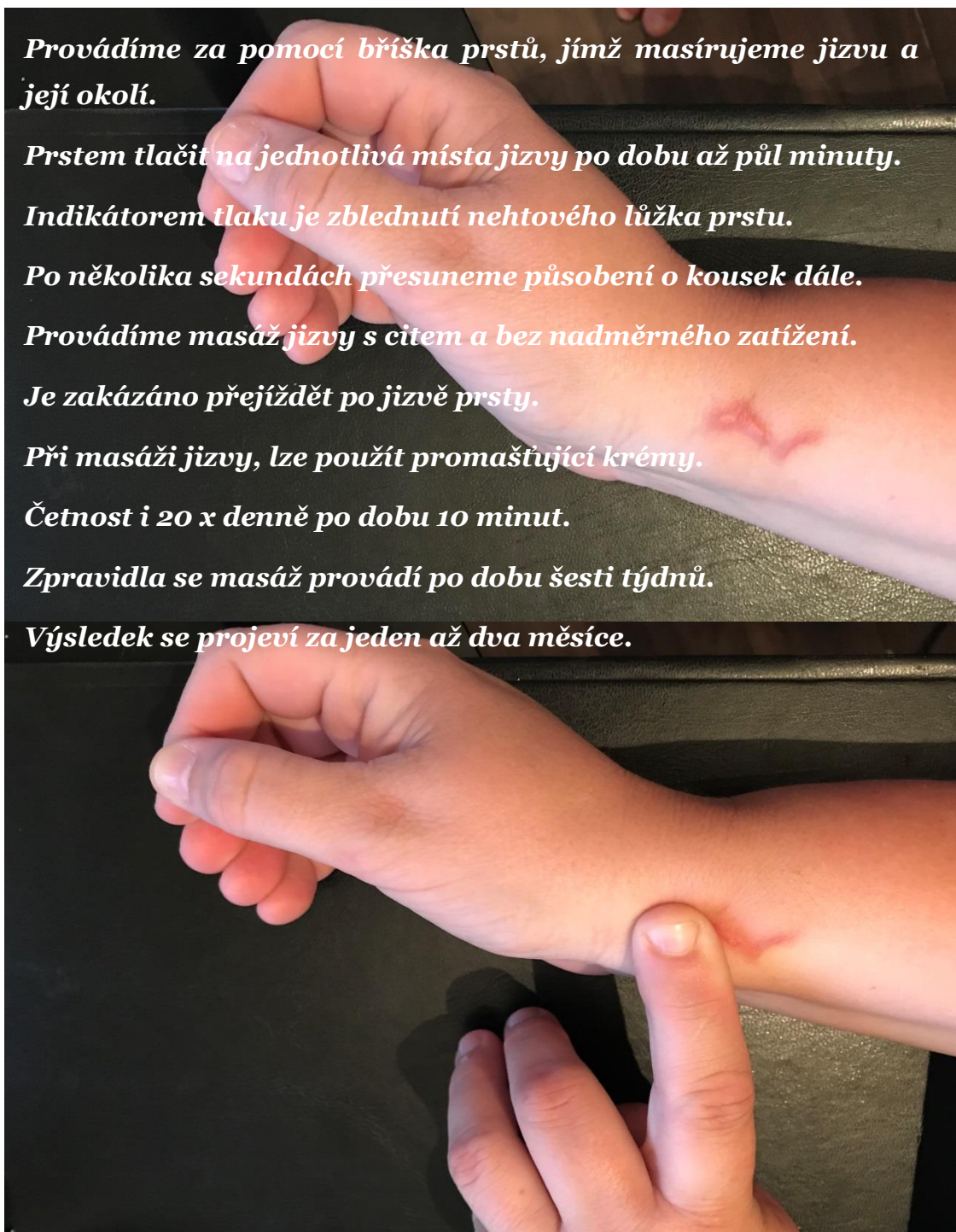
*Je zakázáno přejíždět po jizvě prsty.*

*Při masáži jizvy, lze použít promašťující krémy.*

*Četnost i 20 x denně po dobu 10 minut.*

*Zpravidla se masáž provádí po dobu šesti týdnů.*

*Výsledek se projeví za jeden až dva měsíce.*



Jméno autora: Jiřina Cepková

Tento edukační materiál je výstupem bakalářské práce s názvem edukace pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu, která vznikla v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

Zdroj : vlastní zpracování

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem edukace pacienta po perforaci gastroduodenálního vředu, v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Šumperku dne 31. 5. 2018

Jméno a příjmení studenta