

Edukace pacienta s hemoroidy

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Anna Rambousková**
Vedoucí práce: Bc. Martin Krause, DiS.





Education of patient with hemorrhoids

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Anna Rambousková**
Supervisor: Bc. Martin Krause, DiS.



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Anna Rambousková**
Osobní číslo: **Z13000098**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Edukace pacienta s hemoroidy**
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

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

Cíle práce:

1. Zjistit informovanost pacientů o hemoroidech.
2. Zjistit informovanost pacientů o rizikových faktorech přispívajících ke vzniku hemoroidů.
3. Zjistit informovanost pacientů o režimových opatřeních po operaci hemoroidů.
4. Vytvořit edukační standard pro edukaci pacientů po operaci hemoroidů.

Teoretická východiska (včetně výstupu z BP):

Hemoroidy jsou stále aktuálním tématem, počet pacientů s tímto onemocněním, vzhledem k životnímu stylu, neustále stoupá. Toto onemocnění se řadí mezi civilizační choroby. Postihuje všechny věkové kategorie, ale s věkem se výskyt zvyšuje. Statistiky uvádí, že hemoroidy se vyskytují u 37 % dospělé populace a ve věku nad 50 let jsou přítomny v 50 %. Léčba hemoroidů se řídí stádiem onemocnění. Výstupem bakalářské práce bude edukační standard po operaci hemoroidů.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládáme, že 75 % a více pacientů je informováno o hemoroidech.
2. Předpokládáme, že 65 % a více pacientů je informováno o rizikových faktorech přispívajících ke vzniku hemoroidů.
3. Předpokládáme, že 75 % a více pacientů je informováno o režimových opatřeních po operaci hemoroidů.

Výzkumné předpoklady budou upřesněny na základě předvýzkumu.

Metoda:

Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Dotazník

Místo a čas realizace výzkumu:

Místo provedení: Sanatorium sv. Anny - EGK s. r. o. v Praze a Krajská nemocnice Liberec a. s., Všeobecná chirurgie v období listopad 2015 až leden 2016.

Vzorek:

Respondenti: pacienti na chirurgickém oddělení s hemoroidálním onemocněním v počtu 50 osob.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: **50-70 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. ANDĚL, P., M. ŠKROVINA a V. DUCHÁČ. Základy praktické proktologie. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-807-2628-926.
2. ČERNOCH, Jiří. Prekancerózy v trávicím traktu. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4735-009.
3. ČOUPKOVÁ, Hana. Ošetřovatelství v chirurgii. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4731-292.
4. GIVEN, Jean Claude. Anorectal and Colonic diseases. 3. vyd. Berlin: Springer-Verlag, 2010. ISBN 978-3-540-69418-2.
5. HORÁK, Ladislav. Praktická proktologie. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4735-955.
6. HERMAN, Jiří. Žilní onemocnění v klinické praxi. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3335-7.
7. JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetřovatelské praxi. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
8. KRŠKA, Zdeněk. Techniky a technologie v chirurgických oborech. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3815-4.
9. SCHUMPELICK, Volker a Vanda CIPROVÁ. Chirurgie - stručný atlas operací a výkonů. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4745-312.
10. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. Edukační činnost sestry. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-726-2845-2.
11. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. Speciální chirurgie. 3. vyd. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-128-5.


Vedoucí bakalářské práce:

Bc. Martin Krause, DiS.

Ústav zdravotnických studií

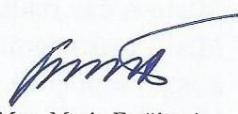
Datum zadání bakalářské práce: **29. května 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2016**


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kús

rektor




Mgr. Marie Froňková

pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 13. listopadu 2015

Prohlášení

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

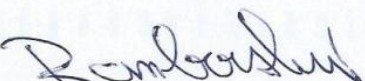
Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

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

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 28. 4. 2016

Podpis: 

Poděkování

Poděkování patří zejména panu Bc. Martinu Krausemu, DiS. za odborné vedení mé bakalářské práce. Děkuji především za cenné rady, připomínky, ochotu a poskytnutý čas. Dále mé poděkování patří rodině a přátelům, kteří mě podporovali během celého studia.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Anna Rambousková
Instituce: Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií
Název práce: Edukace pacienta s hemoroidy
Vedoucí práce: Bc. Martin Krause, DiS.
Počet stran: 68
Počet příloh: 8
Rok obhajoby: 2016

Souhrn:

Hemoroidy jsou stále aktuálním tématem, počet pacientů s tímto onemocněním, vzhledem k životnímu stylu, neustále stoupá. Toto onemocnění se řadí mezi civilizační choroby. Postihuje všechny věkové kategorie, ale s věkem se výskyt zvyšuje. Statistiky uvádí, že hemoroidy se vyskytují u 37 % dospělé populace a ve věku nad 50 let jsou přítomny v 50 %. Úloha všeobecné sestry v edukaci pacienta s hemoroidy je nezbytná. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se zabývá hemoroidálním onemocněním, ošetrovatelskou péčí a edukací pacienta s hemoroidy. Výzkumná část se zabývá informovaností pacientů s hemoroidálním onemocněním na chirurgickém oddělení.

Klíčová slova: hemoroidy, edukace, hemoroidální onemocnění, pacient, všeobecná sestra

Anotace v anglickém jazyce

Name and surname: Anna Rambousková
Institution: Technical university of Liberec, Institute of Health Studies
Title: Education of patient with hemorrhoids
Supervisor: Bc. Martin Krause, DiS.
Pages: 68
Appendix: 8
Year: 2016

Summary:

Hemorrhoids are still hot topic, number of patients with this disease is continuously rising due to their life style. This disease belongs to the civilization diseases. It affects all age categories, but incidence increases with age. Statistics say, that hemorrhoids occur at 37% of the adult population, and more than 50% among people aged 50 and older. The role of nurses in education of patient with hemorrhoids it is necessary Bachelor thesis is divided into two parts. Theoretical part deals with hemorrhoidal disease, nursing care and education of patients with hemorrhoids. Research part deals with awareness of patients with hemorrhoidal disease at the surgery department.

Keywords: hemorrhoids, education, hemorrhoidal disease, patient, general nurse

Obsah

Seznam použitých zkratk	8
I Úvod	10
II Teoretická část	11
1 Hemoroidální onemocnění	11
1.1 Anatomie a fyziologie rektu a análního kanálu	11
1.2 Dělení hemoroidů.....	12
1.3 Etiologie a rizikové faktory vzniku onemocnění.....	12
1.4 Symptomy onemocnění.....	13
1.5 Diagnostika onemocnění	13
1.6 Terapie onemocnění.....	14
1.6.1 Terapie konzervativní	15
1.6.2 Terapie chirurgická.....	15
2 Ošetrovatelská péče u pacientů s hemoroidy	16
2.1 Úloha všeobecné sestry při diagnostice onemocnění.....	17
2.2 Ošetrovatelská péče u pacienta před hemoroidektomií.....	17
2.3 Ošetrovatelská péče po hemoroidektomii	18
2.4 Režim v pooperačním období.....	19
2.5 Komplikace v pooperačním období.....	20
3 Edukace	21
3.1 Edukační proces v ošetrovatelství.....	21
3.2 Edukační proces u pacienta s hemoroidy	22
3.3 Role všeobecné sestry v edukaci	23
3.4 Role všeobecné sestry v edukaci pacienta s hemoroidy.....	24
3.5 Formy edukace.....	24
3.6 Metody edukace.....	25

3.7 Prostředky a pomůcky edukace	25
3.8 Edukace v prevenci vzniku hemoroidálního onemocnění.....	26
3.8.1 Edukace v primární prevenci	26
3.8.2 Edukace v sekundární prevenci.....	27
3.8.3 Edukace v terciální prevenci	28
3.9 Edukace o režimových opatřeních po operaci hemoroidů	28
III Výzkumná část	30
1 Cíle a výzkumné předpoklady	30
2 Metodika výzkumu	30
2.1 Metoda dotazníku.....	31
2.2 Charakteristika výzkumného vzorku	31
3 Analýza výzkumných dat	32
4 Analýza výzkumných cílů a předpokladů	52
4.1 Analýza výzkumného cíle č. 1 a předpokladu č. 1	52
4.2 Analýza výzkumného cíle č. 2 a předpokladu č. 2	53
4.3 Analýza výzkumného cíle č. 3 a předpokladu č. 3	54
5 Diskuze.....	54
6 Návrh doporučení pro praxi	58
IV Závěr.....	60
V Seznam použité literatury	61
Seznam tabulek.....	66
Seznam grafů	67
Seznam příloh	68

Seznam použitých zkratk

ADL	activities of daily living, Barthelův test základních všedních činností
aj.	a jiné
apTT	activated parcial tromboplastine time, aktivovaný parciální tromboplastinový čas
apod.	a podobně
ASA	American Sociation of Anesthesiologists, Americká asociace anesteziologů
atd.	a tak dále
cca	cirka
cm	centimetr
CRP	C-reaktivní protein
č.	číslo
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČSARIM	Česká společnost anesteziologie, resuscitace a urgentní medicíny
EGK	název zdravotnického zařízení
EKG	elektrokardiograf
FZS ZCU	Fakulta zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni
g	gram
i. v.	intravenózní
kcal	kalorie
LGH	low grade, nízký stupeň
HGH	high grade, vysoký stupeň
ml	mililitr
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association, severoamerická asociace pro sesterské diagnózy
např.	například
ot.	otázka

PES	stanovení diagnózy podle problému, etiologie, symptomu
Sb.	sbírky
s.r.o	společnost s ručením omezeným
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
TEN	trombembolická nemoc
TOKS	test okultního krvácení do stolice
tzv.	takzvaně
VAS	vizuální analogová škála
vyd.	vydání
ZSF JCU	Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

I Úvod

„Svět by možná vypadal jinak, kdyby Napoleon Bonaparte před bitvou u Waterloo netrpěl atakou trombózaných hemoroidů.“ (Horák, 2013, s. 17)

O aktuálnosti celosvětového problému výskytu hemoroidálního onemocnění není pochyb. Toto onemocnění se řadí mezi civilizační choroby a počet pacientů s touto diagnózou neustále stoupá. Postihuje všechny věkové kategorie, v pokročilém věku se však vyskytuje častěji. Vzhledem k intimitě této choroby přichází velká část pacientů k lékaři až v pokročilých stupních hemoroidů. Výskyt hemoroidálního onemocnění sahá hluboko do historie lidstva. Hemoroidy byly nejspíše prvotně popsány v Chammurappiho zákoníku cca 2250 let před našim letopočtem. Historické poznatky uvádějí, že hemoroidálním onemocněním trpělo hned několik významných osobností světové historie. (4, 5) Hemoroidy nejsou život ohrožující onemocnění, mohou být však prekancerózou pro vznik kolorektálního karcinomu. Domníváme se, že vzhledem k této závažnosti si hemoroidální onemocnění zaslouží svou pozornost a nemělo by být v žádném případě podceňováno.

Na edukaci pacientů je v současné době kladen velký důraz. Kvantita však neznamená kvalitu. Všeobecná sestra by měla umět edukovat a motivovat pacienta nejen v oblasti zdravého životního stylu, který je jedním z bodů prevence výskytu tohoto onemocnění, ale také v oblasti péče o pravidelné a správné vyprazdňování, zvýšenou hygienu konečníku, správného zvedání těžkých břemen či nošení vhodného volného oblečení a prádla. Tak jako u každého onemocnění je edukace pacienta velmi důležitá. Díky dostatečné prevenci se může počet pacientů s hemoroidálním onemocněním snížit.

Cílem této práce je zjistit informovanost pacientů o hemoroidálním onemocnění, rizikových faktorech přispívajících ke vzniku a také o režimových opatřeních po operaci hemoroidů. Domníváme se, že pokud všeobecná sestra poskytne pacientovi správné informace, je možné snížit opětovaný výskyt tohoto onemocnění. Jelikož chybí ucelený návod pro edukaci pacienta s hemoroidy, čtvrtým cílem této práce je vytvořit edukační standard. Edukační standard je rozdělen do několika oblastí podle režimových opatření po hemoroidektomii.

II Teoretická část

1 Hemoroidální onemocnění

Hemoroidy, odvozené od řeckého haimorrhoides flebes (krvácející žíly), jsou varikózně rozšířené žilní pleteně, které se nacházejí uvnitř řitního kanálu a sliznice dolní části konečníku. Jedná se o velmi časté žilní onemocnění. Vzhledem k životnímu stylu, který přispívá k výskytu hemoroidů, se řadí toto onemocnění mezi tzv. civilizační choroby. Hemoroidy patří k nejčastějším benigním onemocněním anorekta. V dnešní době se toto onemocnění vyskytuje až u 50-70 % dospělé populace. Tímto onemocněním trpí téměř každý člověk nad 40 let. Stoupá také výskyt u těhotných žen. Nejedná se o život ohrožující onemocnění, způsobuje však značný dyskomfort a nepříznivě ovlivňuje život nemocného bolestmi a nepříjemnými pocity. (1, 2, 27)

1.1 Anatomie a fyziologie rekta a análního kanálu

Hemoroidy, fibromuskulární polštářky, se fyziologicky nacházejí v análním kanálu. V submukóze kolem vnitřního análního ústí se vyskytuje vnitřní hemoroideální pleteň, okolo zevního análního ústí zevní pleteň. Funkcí hemoroidů je zajištění číti zvláště při diferenciaci střevního obsahu. Hemoroidy tímto způsobem přispívají k udržení kontinence. Další částí konečníku je anus, který slouží k vyprazdňování střevního obsahu. Jedná se o konečný úsek tlustého střeva. Anatomicky a funkčně je anus spjatý s rektumem. Anorektum (konečník a řiť) má funkci rezervoáru. Anatomicky se rozlišuje anální kanál a ampula rekta. Ampula je z 1/3 uložena intraperitoneálně a zbývající 2/3 extraperitoneálně. Ampula je dlouhá 15 cm, sliznici má vystlanou cylindrickým epitelem. Anální kanál, dlouhý jen cca 2,5 – 3,8 cm, se liší od ampuly svou velikostí a podélnou orientací slizničních řas. Anorektální přechod je tvořen linea dentata, ve kterém se nacházejí vývody análních žlázek. (1, 3, 28)

1.2 Dělení hemoroidů

Anatomicky se dělí hemoroidy podle lokalizace na interní, externí a intermediární. **Interní hemoroidy** jsou lokalizované při vnitřním ústí análního kanálu. **Externí hemoroidy** se nacházejí ve spodní části análního kanálu pod linea dentata a perianálně. **Intermediární hemoroidy** nejsou viditelné pouhým okem, toto označení se používá u části zevních hemoroidů, které leží přímo v podkoží análního kanálu. (28, 29) Hemoroidy I. a II. stupně se označují jako low grade (LGH) tzv. nízký stupeň naopak termínem high grade (HGH) se značí stupeň III. a IV. (4, 5, 19)

Goligherova klasifikace rozděluje hemoroidy podle morfologických a klinických změn. Podle těchto změn se rozlišují čtyři základní stupně hemoroidů (viz Příloha č. 1). **I. stupeň** označuje mírně zvětšené pleteně, které se jeví jako velmi elastické, pružné, sliznicí pokryté polštářky. Zvýrazňují se zvýšením nitrobřišního tlaku při nucení na stolicí nebo kašlání. **II. stupeň** se projevuje jako prolaps hemoroidů během defekace. Při prolapsu jsou hemoroidy zvenčí viditelné. Po skončení nitrobřišního tlaku se spontánně zatáhnou zpět. Vyskytují se jednotlivě nebo kruhově. **III. stupeň** vzniká také při zvýšení nitrobřišního tlaku a při zvýšení tělesné námahy. Na rozdíl od II. stupně však nedochází ke spontánnímu stáhnutí. Hemoroidy se manuálně reponují zpět do konečníku. U tohoto stupně se mohou objevit známky narušení struktury análního kanálu. U **IV. stupně** jsou hemoroidální plexy zvětšené, prolabované a vyhřezlé. Tento stupeň hemoroidů se nedá již reponovat. Struktury jsou částečně fibrotizované. Tento stupeň bývá často doprovázen komplikacemi, jako jsou trombózy, záněty nebo ulcerace. (4, 5, 19)

1.3 Etiologie a rizikové faktory vzniku onemocnění

Etiopatogeneze změn v konečníku není zcela objasněna. Na vzniku hemoroidální nemoci se podílí celá řada faktorů. Předpokládá se, že hlavní příčiny vzniku hemoroidálních uzlů jsou patologické změny v cévním řečišti, změny svalových a vazivových tkání submukózy či hypertonus řitního svěrače. Hemoroidy jsou primárně způsobeny genetickou predispozicí. Bývají často spojeny s výskytem varixů dolních končetin, kýlami či varikokélou. V častých případech se nacházejí u rodinných

příslušníků totožné morfologické nálezy. Jako tzv. symptomatické hemoroidy se označují hemoroidy související s nádory rekta a orgánů malé pánve. (3)

Dalším rizikovým faktorem je chronická zácpa, která způsobuje zvýšení tlaku během defekace či průjem. Spouštěcím mechanismem onemocnění bývá ve velkém počtu případů právě zácpa střídající se s průjmovitou stolicí. Jelikož se onemocnění řadí mezi civilizační choroby, velký vliv na vznik má také životospráva a životní styl pacienta. U žen se hemoroidy vyskytují také v souvislosti s těhotenstvím, porodem a užíváním hormonální antikoncepce. Podpurným faktorem pro vznik hemoroidů je také portální hypertenze a s ní spojená jaterní onemocnění. (5, 6, 7)

1.4 Symptomy onemocnění

Nejčastějším příznakem hemoroidální nemoci je krvácení, kdy krev bývá jasně červeně zbarvená. Vyskytuje se intermitentně, zejména ke konci defekace. Krvácení z konečníku bývá až v 75 % způsobené právě vzniklými hemoroidy. Bezbolestné krvácení se vyskytuje u vnitřních hemoroidů. Pacient nachází krev na spodním prádle a toaletním papíře. Vnější hemoroidy doprovází kromě krvácení také nepříjemná bolest. Další symptomy projevující se u tohoto onemocnění mohou být nepříjemné pocity v oblasti konečníku spojené se svěděním či pálením a tím vzniklý dyskomfort. Hemoroidy mohou způsobit také změny v pravidelné defekaci. Často se objevují pocity cizího tělesa v oblasti konečníku spojené s pocitem neúplného vyprázdnění. Dalším symptomem může být sekundárně způsobená hypochromní anémie. (6, 8)

1.5 Diagnostika onemocnění

Pro diagnostiku hemoroidálního onemocnění je zásadní odběr **anamnézy**. Lékař se soustředí převážně na anamnézu osobní, kde se zjišťuje zdravotní stav pacienta od narození až po současnost, životní styl, defekační zvyky a jiná kolorektální onemocnění. Rodinná anamnéza slouží ke zjištění přítomnosti hemoroidální onemocnění v rodině pacienta. Pracovní anamnézou se zjišťují možné rizikové faktory vzniku hemoroidálního onemocnění, jako jsou činnosti spojené s dlouhým stáním a sezením. Ve farmakologické anamnéze se zjišťuje, jaké léky pacient užívá, zda užívá

lokální antihemoroidalia či venofarmaka, která mají vliv na onemocnění. (9, 28)
U žen je velmi důležité zajistit podrobnou gynekologickou anamnézu. Nezbytnou složkou anamnézy jsou otázky týkající se nynějšího onemocnění. Prostřednictvím otázek týkajících se nynějšího onemocnění se zjišťuje charakter obtíží, bolest, doba vzniku problémů, konzistence stolice, příměsí hlenu a krve ve stolici, prolaps hemoroidů apod. (9)

Nezbytnou součástí diagnostiky hemoroidálního onemocnění je také **fyzikální vyšetření**. Aspekci se zjišťuje přítomnost vnějších hemoroidů, zbarvení okolní kůže, anální trombóza nebo ekzém. Vyšetření per rektum je nejzákladnějším vyšetřením nejen v proktologii. Lékař zjišťuje pohmatem v konečníku přítomnost zvětšených vnitřních hemoroidálních uzlů, bolestivost a barvu stolice, která zůstane na rukavici po vyšetření. Vyšetření per rektum se nejčastěji provádí v gynekologické poloze, poloze na boku nebo v poloze genupektorální. Všechny tyto polohy pomáhá pacientovi zaujmout všeobecná sestra, která pacientovi také vysvětlí, jak bude vyšetření probíhat. Během vyšetření všeobecná sestra asistuje lékaři. (9, 43)

Anoskopie je endoskopické vyšetření řitního kanálu a dolní části konečníku. Před tímto vyšetřením by měl mít pacient zpravidla vyprázdňenou ampulu rekta. Není nutné, aby byl pacient lačný. U žen by se mělo vyšetření provádět mimo menstruaci. Lékař pacientovi vysvětlí průběh vyšetření, před kterým je nutné, aby měl pacient podepsaný informovaný souhlas. Anoskopie se provádí za účelem diagnostickým, při kterém lékař zhodnotí stav řitního kanálu, nebo léčebným, kdy se během anoskopie ošetří samotné vnitřní hemoroidy např. Barronovou ligaturou. Pro správnou diagnózu a odlišení krvácení z vyššího úseku tlustého střeva se často u pacientů s hemoroidy indikuje endoskopické vyšetření kolonoskopie. (10, 12, 43)

1.6 Terapie onemocnění

Léčbu hemoroidálního onemocnění lze rozdělit na konzervativní a chirurgickou. Cílem léčby je zejména eliminace funkčních příznaků onemocnění. Úplná eliminace hemoroidů není vhodná z důvodu fyziologického udržení kontinence. Volba léčebného postupu obvykle závisí na druhu a stupni hemoroidů. (37)

1.6.1 Terapie konzervativní

Konzervativní terapie zpravidla nevede k vyléčení hemoroidálního onemocnění, ale zpomalí jeho průběh a odstraní některé symptomy jako např. bolest. (48) Využívá se nejvíce u I. a II. stupně hemoroidálního onemocnění. Mezi konzervativní terapii se řadí zejména dietní opatření v kombinaci se zdravým životním stylem. Strava by měla obsahovat dostatek vlákniny, ovoce, zeleniny a také dostatek tekutin viz Příloha č. 3. U vyšších stupňů hemoroidů se volí strava lehce stravitelná, spíše kašovitá, která nedráždí tlusté střevo a slouží ke změkčení stolice. Z jídelníčku se doporučuje vyřadit alkohol, kávu a kořeněná jídla. Péče o pravidelnou stolici a zvýšená perianální hygiena je základem konzervativní léčby hemoroidálního onemocnění dále viz kapitola 3.9. Pro zklidnění potíží v oblasti konečníku jsou doporučovány sedací koupele v roztoku heřmánku či dubové kůry. V rámci lokální farmakoterapie se nejčastěji využívají přípravky antihemoroidální ve formě mastí, krémů nebo čípků, které se vzájemně kombinují. Z dalších lékových skupin v léčbě hemoroidů využíváme venofarmaka, mírná laxativa, analgetika, lokální anestetika, nesteroidní antirevmatika či antiflogistika. (6, 11, 32)

1.6.2 Terapie chirurgická

Chirurgická terapie se v posledních letech velmi výrazně změnila a rozšířila. Ambulantní chirurgické zákroky se volí u pacientů s vnitřními hemoroidy nižšího stupně. Jejich nevýhodou je častá recidiva onemocnění a nutnost opakování výkonu. Výhodou je zejména provedení bez nutnosti hospitalizace a celkové anestezie. Ambulantní chirurgii využívají také těhotné ženy, pro které je operace v celkové anestezii kontraindikována. (6, 13, 39)

Mezi nejčastěji využívané ambulantní metody patří **Barronova ligatura**, která se provádí během anoskopie, kdy se provede mechanická destrukce hemoroidů aplikací elastické ligatury. Následně během několika dní hemoroidy nekrotizují a odchází se stolicí. Během jedné návštěvy proktologické ambulance se zpravidla aplikují 3 až 4 ligatury. Výkon se opakuje podle stupně onemocnění. (6, 13, 37) Další léčebnou metodou je **sklerotizace** spočívající v aplikaci chemické látky např. lauromakrogolu přímo do hemoroidálního uzlu. (49) Metoda je vhodná pro léčbu

I. a II. stupně hemoroidů. Při hluboké aplikaci hrozí poškození análního svěrače. V dnešní době se využívá spíše k zástavě akutního krvácení. (37, 49) Další metody ambulantní léčby využívají různé stupně teploty. Během **laseroterapie** se vyvíjí teplo na více než 600 °C a tím dochází k tepelné destrukci hemoroidu. Naopak **kryodestrukce** využívá teploty pod bodem mrazu v rozmezí -90 až -190 °C. Hemoroidální tkáň se zmrazí pomocí tekutého dusíku. (13, 28, 37)

Další možností chirurgické terapie je operace. Indikací k operaci je nejčastěji neúspěch konzervativní terapie, časté recidivy po ambulancích zákrocích a zejména vnější hemoroidy, které se nedají odstranit semiinvasivní terapií. V dnešní době se operace v celkové anestezii volí u vyšších stupňů hemoroidálního onemocnění, které jsou doprovázeny prolapsy řitního kanálu. Hospitalizace trvá obvykle 5-7 dní. Podle druhu zvolené terapie a náročnosti zaměstnání je pacient minimálně v týdenní pracovní neschopnosti. (14, 15, 39)

Tzv. **klasické metody hemoroidektomie podle Milligan-Morgana, Fergusona** či **Whiteheata** spočívají v resekci hemoroidálního uzlu, resekci problematické tkáně a následného podvázání přírodní tepny. Vyjmenované operační postupy jsou dnes částečně modifikovány. Méně invazivní operační metodou je **Stapler-Longova operace**, při které se využívá speciální šicí přístroj (viz Příloha č. 3). Výhodou je menší operační bolestivost a zkrácení doby hospitalizace. (14, 15, 30) V neposlední řadě se využívá chirurgická **incize** trombu ze zevního hemoroidu při perianální trombóze. (1)

2 Ošetrovatelská péče u pacientů s hemoroidy

Náplní práce všeobecné sestry v chirurgickém ošetrovatelství je zejména péče o pacienta před a po chirurgickém výkonu. Ošetrovatelská péče se odvíjí od aktuálního stavu pacienta a jeho individuálních potřeb. (46, 51) Všeobecná sestra spolupracuje s ostatními členy zdravotnického a ošetrovatelského týmu. Musí také umět rozpoznat varovné signály komplikací pacientova stavu a včas na ně reagovat vhodnými ošetrovatelskými intervencemi. (1, 46)

2.1 Úloha všeobecné sestry při diagnostice onemocnění

Všeobecná sestra má nezastupitelnou roli v proktologické ambulanci. Komunikace je naprostým základem práce sestry. Všeobecná sestra je zpravidla první, kdo komunikuje s nově přichozím pacientem. Pokud lékař vyžaduje vyprázdněný řitní kanál před vyšetřením, sestra vysvětlí pacientovi, jak a kdy, se má vyprázdnit např. pomocí glycerinového čípku. Svěráková (22) uvádí, že základní informace o diagnostikovaném onemocnění podává ošetřující lékař, se kterým pacient podepíše také informovaný souhlas s vyšetřením konečníku, sestra je oprávněna podávat poučení pouze v rámci svých odborných činností. (36) Pokud má pacient nejasnosti ohledně vyšetření, sestra průběh vyšetření znovu zopakuje a pomůže zaujmout pacientovi správnou polohu. Anoskopie se provádí nejčastěji v poloze gynekologické. Všeobecná sestra dbá o naprosté soukromí a zachování intimity pacienta po celou dobu vyšetření. Během vyšetření s pacientem komunikuje a asistuje lékaři. Podává lékaři nejdříve nesterilní vyšetřovací rukavice, anoskop s gelem pro snadnější zavedení, světlo popřípadě odsávačku. Po vyšetření, které trvá zpravidla do 5 minut, pomůže pacientovi z vyšetřovacího křesla, s očištěním a popřípadě pomůže také s oblékáním. Všeobecná sestra uklidí a dezinfikuje vyšetřovací křeslo a provede dekontaminaci použitých pomůcek. Jednorázové pomůcky likviduje v infekčním odpadu. (20, 42, 43)

2.2 Ošetrovatelská péče u pacienta před hemoroidektomií

Hemoroidektomie se provádí jako tzv. plánovaný operační výkon, před kterým musí pacient podstoupit řadu vyšetření. Množství vyšetření spočívá ve věku pacienta a počtu přidružených chorob. Základem **dlouhodobé předoperační přípravy** pacienta je interní vyšetření a anamnéza praktickým lékařem. Pacient podstoupí odběry krve a moči. Pokud nemá pacient v anamnéze kardiovaskulární onemocnění, EKG se doporučuje provést u starších 40 let. (56) Z laboratorního vyšetření krve se zjišťují hodnoty krevního obrazu, CRP, glykémie, urea a kreatinin, minerály, krevní skupina a Rh faktor, ukazatele srážlivosti krve apTT a Quick eventuálně další dle ordinace lékaře. Moč se chemicky vyšetřuje na močový sediment. Laboratorní výsledky nesmí být starší 14 dnů před datem operace. Ve věku nad 50 let pacient podstoupí také rentgenové vyšetření srdce a plic. (31, 43) Korbička (37) uvádí, že je před

hemoroidektomií nezbytné, aby pacient podstoupil endoskopické vyšetření tlustého střeva pro vyloučení jiného onemocnění tlustého střeva a rekta. Chirurg dále spolupracuje s anesteziologem. Anesteziolog zhodnotí pacientův stav a míru rizika provedení operace, tzv. skóre ASA. Pokud je pacient zaměstnán, měl by být v předoperačním období poučen o pracovní neschopnosti po operaci. (31, 42, 43)

Krátkodobá předoperační příprava začíná 24 hodin před operačním výkonem. Ihned na začátku hospitalizace se pacientovi přiloží identifikační náramek se jménem a datem narození. (53) Pacient musí být poučen o nutnosti lačnění před operací. Pacient by neměl 6-8 hodin před operací jíst, 6 hodin před operací by neměl kouřit a žvýkat. Maximálně 2 hodiny před operací smí požit čiré tekutiny. (45) Před hemoroidektomií musí být také pacient řádně vyprázdněn. Může se provést opakovaně očistné klyzma nebo se podá vyprazdňovací roztok podle ordinace lékaře. Pacient bývá hospitalizován nejpozději ráno v den operace. Pacient je uložen na pokoj, měl by být seznámen s oddělením, harmonogramem oddělení a průběhem operačního dne. Důležité je seznámení se signalizačním zařízením pro případné zavolání sestry. Všeobecná sestra dle zvyklostí zdravotnického zařízení oholí pacientovi operační místo, pomůže navléknout elastické punčochy či bandáže dolních končetin jako prevenci TEN a zavede intravenózní kanylu. Lékař pacientovi vysvětlí průběh operace a podepíše s ním informovaný souhlas. Anesteziolog s pacientem pohovoří o premedikaci a celkové anestezii. Všeobecná sestra kontroluje veškerou pacientovu dokumentaci. Sestra také dbá na minimalizaci pacientova strachu a stresu z operace. (31, 43)

Doba cca dvě hodiny před výkonem se označuje jako **bezprostřední předoperační příprava**. Pacient je již převlečen do operační košile a neměl by mít žádné šperky. Spolu se šperky se také v rámci přípravy vždy vyjme umělá zubní protéza atd. (31) Všeobecná sestra změří fyziologické funkce a zapíše je do dokumentace. Pacient se vymočí a poté se mu podá premedikace naordinovaná anesteziologem. Všeobecná sestra opět kontroluje zejména veškerou dokumentaci, přiložení elastických punčoch a průchodnost intravenózní kanyly. (31, 43)

2.3 Ošetrovatelská péče po hemoroidektomii

Všeobecná sestra převezme pacienta z tzv. dospávacího pokoje, spolu s dokumentací od personálu z operačního sálu, který ji informuje o průběhu operace,

komplikacích a pacientově stavu. Pokud nemá pacient komplikace, je po operaci převezen zpět na pokoj nejčastěji standardní ošetrovací jednotky. V dostupné vzdálenosti umístí signalizační zařízení pro případné přivolání sestry. Pacienta uloží do semiFowlerovy polohy, kterou se preventivně brání riziku aspirace při zvracení a zlepší se dýchání po operaci. Fyziologické funkce se monitorují dle ordinace lékaře. Sestra také monitoruje zvracení, nauzeu, účinek podaných analgetik, operační ránu a spánek (dále viz kapitola 2.4). (1, 43)

Veškeré informace o pacientově stavu se zaznamenávají do dokumentace. Nejčastěji po 2 hodinách od operace se podávají pacientovi tekutiny po lžičkách. Včasná mobilizace pacienta je prevencí TEN. Elastické punčochy či bandáže dolních končetin, provedené elastickým obinadlem, jsou pacientovi ponechány do úplného návratu mobility. Po hemoroidektomii pacient nejčastěji vstává večer v den operace. Sestra u pacienta přehodnocuje Glasgow Coma Scale, ADL, Nortonovu stupnici, Test rizika pádu či Škálu hodnocení rizika vzniku žilní trombózy a další. (1, 43) V pooperačním období také se dbá na prevenci rizika infekce z důvodu operační rány a také i. v. kanyly. Všeobecná sestra hodnotí okolí žilní kanylace např. dle stupnice Maddona a zodpovídá za její průchodnost. (1, 43)

2.4 Režim v pooperačním období

Všeobecná sestra dopomáhá pacientovi v oblasti **hygienické péče**. Pacientova soběstačnost se hodnotí podle Barthelova testu základních všedních činností (ADL). V rámci hygieny sestra u pacienta hodnotí také stupnici rizika vzniku dekubitů podle Nortonové či Bradenové. (1, 43) Dodržování základních hygienických pravidel snižuje riziko vzniku infekce v operační ráně, a tím také zkracuje dobu pracovní neschopnosti pacienta. (37, 45)

Oblast **výživy** je nedílnou součástí péče všeobecné sestry ve spolupráci s nutričním terapeutem. Strava pacienta po operaci hemoroidů dle ordinace lékaře bývá zpravidla nejdříve čajová, poté tekutá, následně kašovitá, ze které se postupně přechází na dietu, kterou měl pacient před operací. (12) Racionální strava by měla být co nejvíce stravitelná, tak aby napomáhala pravidelnému vyprazdňování stolice. Všeobecná sestra v oblasti výživy vyhodnocuje Nutriční screening. (1)

Kontrola **vylučování** v pooperačním období je velmi důležitá. Nejpozději do 8 hodin od operace by se měl pacient vymočit. Pokud se tomu tak nestane spontánně, je nutné provést jednorázovou katetrizaci močového měchýře. Odchod stolice a plynů lze ovlivnit zejména včasnou pooperační mobilizací. K vyprázdnění by mělo dojít nejdéle do 48 hodin po operaci. Pokud se tomu tak nestane, lékař ordinuje zpravidla kapénkové klyzma. (17)

Všeobecná sestra hodnotí a kontroluje **operační ránu**, zejména množství a barvu sekretu, velikost, hloubku, okraje a okolí rány, krvácení, popřípadě zápach rány. V neposlední řadě sestra hodnotí také přítomnost či nepřítomnost bolesti. (46) Veškeré informace o ráně musí být zaznamenány v dokumentaci pacienta. Pacient musí také docházet na pravidelné kontroly zejména do proktologické ambulance. (18)

Bolest se monitoruje a hodnotí škálou VAS, verbální škálou bolesti či numerickou stupnicí. Zejména se hodnotí stupeň a druh bolesti, lokalizace, charakter obtíží, propagace a časový faktor. (1, 40) Operační výkony v oblasti konečníku jsou velice bolestivé. Pacient užívá předepsaná analgetika podle ordinace lékaře. V pooperačním období nejčastěji ve formě infuzní analgezie. (18, 28)

Do **ošetřovatelské rehabilitace** lze zahrnout v pooperačním období prevenci TEN či dechovou rehabilitaci. (1, 42) Všeobecná sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem také doporučí pacientovi vzhledem k jeho věku, přidruženým onemocněním a životnímu stylu vhodné sportovní aktivity. (18, 27)

2.5 Komplikace v pooperačním období

Standardní pooperační průběh může být narušen nežádoucími komplikacemi. Komplikace mohou nastat v důsledku anestezie či operačního výkonu. Dělí se na akutní a chronické. Pro vznik akutních komplikací jsou nejrizikovější první 2 hodiny po operaci. Chronické komplikace se objevují po 48 hodinách od operace. Je nutné, aby všeobecná sestra sledovala příznaky komplikací a předcházela jejich vzniku vhodnými ošetřovatelskými intervencemi. (46)

Mezi **akutní komplikace** se řadí krvácení, infekce, bolest, retence moči či vznik trombembolické nemoci. Vznikají nejčastěji během hospitalizace v nemocnici. Částečně se jim dá předejít dodržováním režimových opatření. Prevence vzniku trombembolické nemoci jsou bandáže dolních končetin, dostatek tekutin, včasná mobilizace a aplikace

antikoagulancí již předoperačně. (4, 5, 33) Mezi **chronické komplikace** se řadí perianální trombóza hemoroidálního uzlu, recidiva onemocnění, chronické krvácení, poškození řitního svěrače a tím způsobená inkontinence, stenóza či ektropium sliznice. Chronickým komplikacím se nedá zcela zabránit ani dodržováním režimových opatření. Při podezření na komplikace musí pacient, co nejdříve vyhledat lékaře. (3, 5, 33)

3 Edukace

Edukace má nespočetné množství definic, jedna z nich vysvětluje pojem takto: „*Proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.*“ (Juřeníková, 2010, s. 9)

Edukace je slovo latinského původu, které v překladu znamená vést někoho vpřed, vychovávat. Edukace v ošetrovatelství má v dnešní době nezastupitelnou roli. Edukací se může pozitivně měnit životní styl pacientů tak, aby se zlepšila kvalita jejich života a tím i kvalita jejich zdraví. Za hlavní cíl edukace je považována změna chování a života pacienta. Moderní ošetrovatelství využívá edukaci jako prostředek učení u nemocných i zdravých osob. Edukace není pouze předávání informací. Důležitá je zejména zpětná vazba, aktivní zapojení pacienta a pozitivní přijetí naplánované změny. Hlavními aktéry edukace jsou edukant a edukátor. Edukatorem v ošetrovatelství je všeobecná sestra, která se snaží předat informace edukantovi, v tomto případě pacientovi. Velmi důležitými determinanty edukace jsou edukační prostředí a edukační konstrukty. (21, 25, 26)

3.1 Edukační proces v ošetrovatelství

Edukační proces je nezbytnou součástí diagnostického, léčebného a ošetrovatelského procesu. Skládá se z 5 na sebe navazujících fází. (21, 25)

První fáze anamnestická zjišťuje úroveň vědomostí, dovedností, životních postojů a stylu života edukanta. Všeobecná sestra, nejčastěji rozhovorem zjišťuje veškeré důležité informace, např. kdy se projeví první příznaky onemocnění, jaká byla dosavadní léčba, o jaký typ hemoroidů se jedná atd. **Druhá fáze**, ve které všeobecná

sestra stanoví **edukační diagnózy**. **Třetí fáze** spočívá v **naplánování edukačního procesu**. Všeobecná sestra naplánuje cíle a specifikuje kritéria, kterých chce na konci edukace dosáhnout. Edukaci rozvrhne do několika edukačních bloků. Zvolí edukační metody a pomůcky, délku edukace, vhodnou denní dobu pro edukaci a edukační prostředí. Během této fáze je vhodné vytvořit edukační mapu, která může napomoci edukátorovi v edukaci. **Čtvrtá fáze** je samotná **realizace edukačního procesu**, tedy vlastní edukace pacienta. **Pátá fáze** je fáze **hodnocení**, kdy si všeobecná sestra zhodnotí, zda dosáhla vytyčených edukačních cílů či nikoliv. V této fázi hodnotí, jak byla edukace kvalitní a zda splnila svůj účel. (21, 25, 26)

3.2 Edukační proces u pacienta s hemoroidy

Hemoroidy nepříznivě působí na psychiku pacienta i jeho rodiny a pacientovi způsobují nepříjemné obtíže. Edukační proces u pacienta s hemoroidy spočívá ve změně životního stylu a v pravidelné péči o konečník. Všeobecná sestra musí být dostatečně trpělivá, empatická, vzdělaná a musí být schopna realizovat edukační proces. Edukace u pacienta s hemoroidálním onemocněním by měla být rozdělena do několika bloků podle oblastí režimových opatření. (22)

První fáze edukačního procesu pomáhá získat **základní anamnestické** a charakteristické **údaje** o pacientovi, jeho životním stylu, návycích a denních aktivitách, projevech onemocnění, subjektivních pocitech a objektivních změnách ve vyprazdňování. V této fázi je snaha o zjištění pacientova postoje k onemocnění, jeho motivaci a úroveň získaných informací a vzdělanosti o onemocnění. Zjišťuje se, zda již byl pacient edukován o režimových opatřeních hemoroidálního onemocnění a jaký učební styl mu nejvíce vyhovuje. (42)

Stanovení **edukační diagnózy** se řadí do **druhé fáze**. Pokud se nenalezne vhodná edukační diagnóza, v NANDA taxonomii III, může se edukační diagnóza formulovat pomocí trojsložkové struktury PES (tedy problém, etiologie, symptom) např. Deficit vědomostí v souvislosti s ošetřováním konečníku, projevující se pokládáním častých otázek. Možné edukační diagnózy pro pacienta s hemoroidy podle NANDA taxonomie jsou např. Snaha zlepšit rovnováhu tekutin (00160), Snaha zlepšit znalosti (00161), Snaha zlepšit management vlastního zdraví (00162), Snaha

zlepšit výživu (00163), Snaha zlepšit sebeděči (00182), Snaha zlepšit komfort (00183) či Snaha zlepšit zdatnost (00187). (24, 54)

Edukaci je potřeba u každého konkrétního pacienta vždy předem **naplánovat**, děje se tak ve **třetí fázi**. Edukace by měla být individuální. Všeobecná sestra si u každé edukační diagnózy stanoví účel, cíl edukace a kritérium. Cíle edukace se dělí na afektivní, kognitivní a psychomotorické. Pro zachování intimity pacienta s hemoroidy není vhodné volit edukaci skupinovou. Dále se zvolí vhodná doba pro edukaci a také místo. Vhodnými pomůckami pro edukaci pacienta s hemoroidy jsou edukační materiál s obrázky, literatura, ukázka vytvořeného jídelníčku či anatomický model. (22, 23, 24)

Realizace je **čtvrtou fází** edukačního procesu. Mimo samotného provedení edukačního bloku je v této fázi důležité vedení edukační dokumentace. Všeobecná sestra zaznamená datum, čas a délku edukace, její průběh, využití pomůcky a metodiku. Každý záznam edukace musí podepsat pacient i všeobecná sestra. (22, 23, 24)

Vyhodnocení edukace probíhá v **páté fázi**. Hodnotíme splnění či nesplnění cílů edukace. Pokud byl splněn cíl edukace, edukace tedy byla úspěšná. Pacient zná příznaky a příčiny onemocnění, dokáže vyjmenovat postup péče o konečník, vyjmenuje vhodné potraviny pro podporu pravidelného vyprazdňování atd. V případě nesplnění cílů všeobecná sestra zhodnotí, proč a z jakého důvodu byla edukace neúspěšná. Edukace je cyklický proces a je tedy nutné pacienta reedukovat při její neúspěšnosti. (22, 23, 24)

3.3 Role všeobecné sestry v edukaci

Edukace je jednou z kompetencí všeobecných sester podle vyhlášky MZ ČR č. 55/2011 Sb. Mimo role sestry jako např. koordinátorka ošetrovatelské péče nebo asistentka lékaře působí všeobecná sestra také v oblasti vzdělávání a výchovy. Podílí se na vzdělávání nejen pacientů, ale také široké laické veřejnosti. (36) Podle vyhlášky č. 2/2016 Sb. sestra získala navíc kompetence v oblasti edukace. (57) „*Všeobecná sestra motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe.*“ (ČESKO, 2015, s. 7)

Edukace je žádoucí aktivita moderního ošetrovatelství. Pokud má všeobecná sestra zastávat roli edukátorky, je nutné, aby měla odborné znalosti o daném tématu

především z oblasti medicíny a ošetrovatelství. Pokud tomu tak není, ztrácí důvěru pacienta a edukace je tím naprosto zbytečná. Všeobecná sestra musí mít řadu osobnostních předpokladů pro správnou edukaci pacienta. Mezi základní vlastnosti sestry edukátorky patří empatie, vlídnost, odpovědnost, ochota pomoci, respekt k druhému, trpělivost, podpora a motivace pacienta, dobré komunikační schopnosti. V neposlední řadě také celkově upravený vzhled a vystupování na profesionální úrovni. Všeobecná sestra si v edukaci musí uvědomit individualitu každého pacienta. Ke každému pacientovi přistupujeme podle holistického pojetí a etnicko-kulturních odlišností. Edukace je ovlivněna také mírou informovanosti a vzdělanosti pacienta v dané problematice. (21, 22, 36)

3.4 Role všeobecné sestry v edukaci pacienta s hemoroidy

Základní informace o hemoroidálním onemocnění poskytne pacientovi lékař. Všeobecná sestra má však na starost komplexní edukaci pacienta. (36) Znalosti a vědomosti o problematice hemoroidů jsou tedy pro sestru nezbytné. Toto téma je pro edukaci velice citlivé, sestra musí být velmi ohleduplná, loajální, empatická a vstřícná. (25) Edukace pacienta s hemoroidy se zaměřuje na zdravý životní styl, jídelníček s dostatkem tekutin a vlákniny, dostatečnou fyzickou aktivitu, péči o pravidelné a správné vyprazdňování, zvýšenou hygienu konečníku, správné zvedání těžkých břemen, nošení vhodného volného oblečení a pravidelné lékařské prohlídky během těhotenství. (22, 23, 25)

3.5 Formy edukace

Pro edukaci pacienta s hemoroidálním onemocnění jsou vhodné dvě formy edukace. (25) U pacienta, u kterého se onemocnění již projevilo, se využije **individuální forma edukace**. Tato edukace je vhodná pro pacienty v léčebném procesu hemoroidů, popřípadě po operaci. U této formy je kladen důraz na individualitu pacienta a jeho potřeby. Vzniká úzká vazba mezi edukátorem a edukantem. Tato forma je vhodná z důvodu zachování intimity pacienta a snížení jeho studu. Individuální forma edukace je velice časově náročná. (25, 26) Prostřednictvím preventivních seminářů

o zdravém životním stylu, redukci nadváhy nebo pohybovém režimu před vznikem onemocnění lze využít **skupinovou formu edukace**. Pro pacienty s již vzniklým hemoroidálním onemocněním je spíše nevhodná. Podle počtu osob ve skupině vede edukaci vhodný počet edukátorů. Vhodnější jsou menší skupiny o počtu 5 až 10 osob. Nevýhodou je nízká aktivita edukantů a nepřilíš úzký vztah s edukátorem. (25, 26)

3.6 Metody edukace

V dnešní době existuje velké množství metod edukace. Podle individuálních potřeb pacienta se volí vhodná metoda. Pro edukaci pacienta s hemoroidy jsou nejvhodnějšími metodami metody tradiční (klasické). Do tradičních metod se řadí metody slovní a písemné. Řeč je nejefektivnějším nástrojem myšlení. Slovní metody se dále dělí na monologické a dialogické. (23) V monologických metodách hovoří pouze edukátor, tedy všeobecná sestra. Využívá popis daného onemocnění, výklad, přednášku, prezentaci nebo instruktáž. Jako dialogickou metodu využívá rozhovor, který probíhá mezi edukátorem a edukantem. Jako další tradiční metoda se využívá metoda písemná, tedy tištěný edukační materiál či literatura. V neposlední řadě se využívá metoda aktivizační. Může se využít brainstorming, myšlenková mapa, demonstrace se zpětnou ukázkou nebo situační metoda. (23, 26)

3.7 Prostředky a pomůcky edukace

Edukační prostředky a pomůcky se považují za podpůrný materiál edukace. Zprostředkují obsah učiva do názorné podoby, díky kterým se lépe dosáhne vytyčených cílů v edukaci. Tyto pomůcky dokážou propojit teorii s praxí, motivují a vzdělávají edukanta, doplňují a rozšiřují danou problematiku učiva. Všeobecná sestra by měla umět dostatečně kvalitně pracovat s vybranou edukační pomůckou. V edukaci pacienta s hemoroidy se využívají pomůcky textové, vizuální, audiovizuální a počítačové edukační programy včetně internetu. Pomůcky textové se dají shrnout pojmem edukační materiál, jedná se o knihy, brožury, odborné články aj. Jako vizuální pomůcky lze využít např. obrázky, fotodokumentace nebo modely lidského těla. V dnešní době nejvíce využívanými edukačními metodami jsou metody audiovizuální. Výukové filmy,

videa a televizní pořady spolu s popisujícím výkladem všeobecné sestry nejvíce přispívají k dosažení edukačních cílů. (21, 23, 25)

3.8 Edukace v prevenci vzniku hemoroidálního onemocnění

Úloha všeobecné sestry v prevenci vzniku hemoroidálního onemocnění je nezastupitelná. Je nezbytně nutné provádět osvětu populace s cílem předcházet vzniku onemocnění. Mezi základní cíle ošetrovatelství patří poskytování péče preventivního charakteru. Sestra má tedy za úkol upevňovat zdraví, popřípadě napomáhat k jeho návratu. (36, 51) Všeobecná sestra společně s lékařem a dalšími nelékařskými zdravotnickými pracovníky poskytuje pacientům nezbytné informace o adekvátním příjmu vlákniny a tekutin, dostatečném pohybu, správné defekaci, zvýšené perianální hygieně a o snížení dalších rizikových faktorů hemoroidálního onemocnění. (1, 38)

3.8.1 Edukace v primární prevenci

Primární prevence spočívá v opatřeních, která zabraňují vzniku hemoroidálního onemocnění. Cílem primární prevence je snížit nebo zcela odstranit rizikové faktory choroby a tím zvýšit kvalitu života populace. Všeobecná sestra zaujímá velmi podstatnou roli v edukaci o primární prevenci. Ve spolupráci s lékařem a nutričním terapeutem poskytuje pacientům informace nejen o správné životosprávě. Základem prevence vzniku hemoroidů je udržení optimální váhy a zdravá strava. Obezita a nadměrná konzumace tučného jídla přispívá nejen k výskytu hemoroidů, ale také k riziku vzniku kolorektálního karcinomu. Jídelníček by měl být pestrý, měl by obsahovat dostatek ovoce a zeleniny, vlákniny, vitamínů a minerálů viz Příloha č. 2. Vhodné je zvolit kuřecí a krůtí maso, ryby, mléčné výrobky, celozrnné pečivo, rýži a luštěniny. Pro úpravu stravy jsou vhodné technologické úpravy vaření a dušení. Omezit by se měla zejména nadměrná konzumace alkoholu, kávy, tuků, jednoduchých cukrů a soli. Důležitý je také pitný režim, který je individuální pro každého člověka. (16, 35, 38) Jeligová (35) uvádí obecné doporučení pro příjem tekutin 1,0 ml/kcal.

Všeobecná sestra dále edukuje o správném pohybu. Pro udržení optimální váhy by měl každý věnovat alespoň 30 minut denně zvýšené fyzické aktivitě. Vhodná kondiční cvičení doporučí fyzioterapeut či lékař s přihlédnutím na zdravotní stav pacienta. Nevhodná je jízda na kole. Dalším bodem primární prevence vzniku hemoroidů je také péče o pravidelné vyprazdňování, která se podpoří již zmíněnou konzumací vlákniny, dostatkem tekutin a pohybu. Vyprazdňování by mělo probíhat nejen pravidelně, ale také krátce. Dlouhá doba strávená na toaletě zvyšuje tlak v konečniku, a tím přispívá ke vzniku hemoroidů. (34) Důležité je také dbát na zvýšenou hygienu v oblasti konečniku. Doporučovány jsou neparfémovaná mýdla i toaletní papír. Oblečení by mělo být spíše volné, nejvhodněji bavlněné. (16, 38)

3.8.2 Edukace v sekundární prevenci

Sekundární prevence, do které spadá mimo jiné screening, se provádí u osob, u kterých se předpokládá zvýšené riziko výskytu onemocnění. Pacienti musí být dostatečně edukováni o možném riziku vzniku onemocnění a také o symptomech, které nemoc signalizují. Důležitá je v této prevenci zejména diagnostika a včasné odhalení nemoci. (16) Ke včasné diagnostice onemocnění přispívají zejména pravidelné preventivní lékařské prohlídky, které se podle vyhlášky MZ ČR č. 70/2012 Sb. poskytují bezplatně každé dva roky. Během preventivní lékařské prohlídky je lékař povinen provést kompletní fyzikální vyšetření, včetně vyšetření per rektum. (52)

Lékař může při podezření na hemoroidální onemocnění odeslat pacienta do příslušné proktologické ambulance. Všeobecná sestra v rámci svých kompetencí edukuje v oblasti screeningu, do kterého je možné se zapojit. (36) V České republice není dostupný screening hemoroidálního onemocnění, momentálně je však nabízen screeningový program kolorektálního karcinomu, který mimo jiné napomáhá k diagnostice hemoroidů. Osoby ve věkové kategorii 50-54 let mají právo na bezplatné provedení TOKS, tedy testu okultního krvácení do stolice, jednou ročně. Při pozitivitě testu je pacientům navrhována preventivní kolonoskopie. (52) Jednou za 10 let mohou lidé ve věku nad 55 let podstoupit zcela zdarma endoskopické vyšetření tlustého střeva. Pokud nechtějí podstoupit endoskopické vyšetření, jako alternativní metoda screeningu od 55 let se provádí test na okultní krvácení každé dva roky. (16, 45, 52)

3.8.3 Edukace v terciální prevenci

Terciální prevence má za úkol zabránění vzniku recidivy (návratu) onemocnění a vzniku komplikací již probíhající nemoci. Jedná se tedy o soubor preventivních opatření z oblasti výživy, pohybu a správného vyprazdňování. Pacienti by měli být edukováni o časté perianální hygieně, dostatečném pitném režimu, zvýšeném příjmu vlákniny, správném cvičení, nezvedání těžkých břemen, nošení volného oblečení apod. Využívají se také veškeré dostupné metody pro tišení bolesti. Do terciální prevence se řadí mimo léčby také dostatečná pohybová aktivita. Úkolem terciální prevence je snaha o zlepšení pacientova komfortu. (21, 41)

3.9 Edukace o režimových opatřeních po operaci hemoroidů

V oblasti **hygienické péče** všeobecná sestra edukuje pacienta o nutnosti důkladného osprchování konečníku po každé stolici. Zanedbaní intimní hygieny může způsobit recidivu onemocnění. (5) Sprchování se v pooperačním období preferuje před koupelemi. Konečník by měl být omyt bezprostředně po defekaci vlažnou vodou a šetrným mýdlem. Vhodné je používat mýdlo s neutrálním pH bez parfemace. Pokud pacient používá toaletní papír, pro lepší viditelnost případného krvácení se doporučuje používat neparfémovaný a bílý. Vhodnější je konečník osušit bavlněným ručníkem. (37, 45) Spolu se zvýšenou hygienickou péčí je na místě edukace o vyvarování se nošení těsného, neprodyšného a upnutého spodního prádla a oblečení. (18)

Edukace v oblasti **výživy** by měla pojednávat o jídelníčku obsahujícím dostatek vlákniny a tekutin. Sestra na této edukaci spolupracuje s nutričním terapeutem. Pro adekvátní příjem rozpustné i nerozpustné vlákniny by se tedy měla zvýšit konzumace ovoce a zeleniny se slupkou, luštěnin, obilovin, ořechů a semínek. Pacient by měl denně zkonzumovat alespoň 22,5 g vlákniny. (12, 55) Další vhodné potraviny viz Příloha č. 2. Je také vhodné omezit kávu a alkohol, tučnou a kořeněnou stravu a kouření. Pacient by si měl také udržovat optimální váhu dle BMI. (5) Nesmí se opomíjet ani pitný režim, preferují se zejména neslazené bylinné čaje a voda. (27, 35)

Všeobecná sestra dále edukuje pacienta v oblasti **vylučování**. Péče o pravidelný odchod stolice souvisí jak s výživou, tak i s pohybovým režimem. Pokud má pacient sedavé zaměstnání, je doporučeno zvýšit fyzickou aktivitu. Pokud i přes dostatečný

pitný režim, zvýšený příjem vlákniny a zvýšený pohyb, má pacient problémy s vyprazdňováním jsou doporučovány volně prodejné přírodní bylinné produkty. Pokud jde o pravidelnost, pacient jí docílí nácvikem defekačního reflexu. Vyprazdňování by mělo trvat krátkou dobu, v pravidelném čase, při minimálním zvýšení nitrobřišního tlaku. Pokud má pacient nutkání na stolicí, neměl by vyprazdňování oddalovat. (17) Výzkum v Japonsku zjistil, že vyprazdňování v podřepu minimalizuje vznik hemoroidálního onemocnění, protože tento způsob vyprazdňování je přirozenější a méně namáhavé. Z tohoto důvodu, se jako prevence opětovaného výskytu hemoroidů doporučuje používání tzv. turecké toalety, viz Příloha č. 4. (34)

Úkolem všeobecné sestry je edukovat pacienta po operaci hemoroidů o možnostech řešení **bolesti** nefarmakologickým způsobem. Vhodná je například úlevová poloha, při které leží pacient na zádech a nezatěžuje konečník. Dále je také vhodné aplikovat chlad na operační ránu. (18, 28) Pacient je edukován o monitoraci bolesti, nejčastěji pomocí škály VAS, několikrát denně dle ordinace lékaře. Pacient by měl umět vyjádřit stupeň a druh bolesti, lokalizaci, charakter a časový faktor. (1, 40)

V oblasti **ošetřovatelské rehabilitace** sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem edukuje o nutnosti omezení činností spojených s dlouhým stáním a sezením. Sedavý způsob života je jedním z rizikových faktorů přispívajících ke vzniku hemoroidů, proto je edukace v oblasti pacientova pohybu velice důležitá. (5, 6) Dále vysvětluje pacientovi zásady správného zvedání těžkých břemen. Doporučené pohybové aktivity bez velké zátěže jsou např. plavání, turistika či běh. Cvičení by mělo probíhat alespoň 3x týdně. Z důvodu zátěže řitní oblasti se nedoporučuje jízda na kole a koni. (18,27)

III Výzkumná část

1 Cíle a výzkumné předpoklady

Pro tuto bakalářskou práci byly stanoveny 4 cíle, na které navazují výzkumné předpoklady. Procenta výzkumných předpokladů byla upřesněna na základě předvýzkumu, prováděného v únoru 2016 na chirurgickém oddělení Sanatoria sv. Anny.

Cíle:

1. Zjistit informovanost pacientů o hemoroidech.
2. Zjistit informovanost pacientů o rizikových faktorech přispívajících ke vzniku hemoroidů.
3. Zjistit informovanost pacientů o režimových opatřeních po operaci hemoroidů.
4. Vytvořit edukační standard pro edukaci pacientů po operaci hemoroidů.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládáme, že 79 a více % pacientů je informováno o hemoroidech.
2. Předpokládáme, že 60 a více % pacientů je informováno o rizikových faktorech přispívajících ke vzniku hemoroidů.
3. Předpokládáme, že 45 a více % pacientů je informováno o režimových opatřeních po operaci hemoroidů.

2 Metodika výzkumu

Pro bakalářskou práci byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu. Výzkumné šetření pomocí **dotazníku** (viz Příloha č. 5), bylo prováděno na oddělení Všeobecné chirurgie v Sanatoriu sv. Anny – EGK s.r.o v Praze. Na počátku výzkumného šetření byl zajištěn souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení a vedoucího pracovníka oddělení Všeobecné chirurgie (viz Příloha č. 6). Výzkumné šetření proběhlo v období únor až květen 2016.

2.1 Metoda dotazníku

Předvýzkum (viz Příloha č. 7) probíhal v únoru 2016 metodou dotazníku u 10 náhodně oslovených respondentů (pacienti na oddělení Všeobecná chirurgie). Dotazníkové šetření probíhalo anonymně a dobrovolně u všech respondentů. Na základě předvýzkumu nejsou dotazníkové otázky změněny. Všechny stanovené otázky plně vyhovují pro další využití ve výzkumném šetření. Pro respondenty jsou veškeré otázky srozumitelné a dobře formulované. Výsledky předvýzkumu jsou, z těchto důvodů, zahrnuty do celkové analýzy výzkumných dat. Dotazník obsahuje celkem 22 otázek. Jednotlivé otázky jsou stanoveny na základě získaných informací z odborné literatury. Z toho je 20 otázek uzavřených a 2 otázky jsou otevřené (č. 3 a č. 22). První tři otázky jsou otázky identifikační, zbývajících 17 otázek se týká samotného výzkumného šetření. Polytomické výčtové otázky, kdy může respondent uvést více správných odpovědí, jsou otázky č. 13 a 19. Zbývajících dotazníkové otázky jsou polytomické výběrové, respondent tedy může uvést pouze jednu správnou odpověď. Za každou správně zodpovězenou otázku může respondent získat 1 bod. Za otázky č. 13 a 19, které jsou polytomické výčtové, získá 1 bod pouze tehdy, uvede-li všechny správné odpovědi. Maximálně lze tedy v dotazníku získat počet 17 bodů. Správné odpovědi na otázky jsou v grafech vždy zobrazeny zelenou barvou.

2.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenty tvořili pacienti na chirurgickém oddělení Sanatoria sv. Anny v Praze s hemoroidálním onemocněním. Dotazníkovým šetřením bylo celkem osloveno 70 respondentů. Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 65 (100,0 %) respondentů. Z důvodu nevyplnění veškerých otázek muselo být 5 dotazníků z výzkumného šetření vyřazeno. Návratnost dotazníku tedy byla 92,9 %. Pro výběr respondentů byla zvolena dvě kritéria a to věk a přítomnost hemoroidálního onemocnění. Dotazníková položka týkající se věku byla rozdělena do několika částí. Dolní věková hranice pro vyplnění dotazníku byla 18 let. Horní věková hranice nebyla nijak upřesněna.

3 Analýza výzkumných dat

Výsledky výzkumného šetření byly vyhodnocovány v programech Microsoft® Office 2007 Word a Microsoft® Office 2007 Excel. Výsledná data byla naformátována do tabulek a uvedena ve znacích n_i (absolutní četnost), f_i (relativní četnost) a Σ (celková četnost). Vyhodnocení dat proběhlo pomocí popisné statistiky.

3.1 Analýza výzkumné položky č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

	$n_i [-]$	$f_i [%]$
muž	27	41,5
žena	38	58,5
Σ	65	100,0

První dotazníková položka se zabývala pohlavím respondentů. 38 (58,5 %) respondentů uvedlo ženské pohlaví. Zbývajících 27 (41,5 %) respondentů uvedlo mužské pohlaví.

3.2 Analýza výzkumné položky č. 2: Jaký je Váš věk?

Tabulka č. 2 Věk respondentů

	$n_i [-]$	$f_i [%]$
18-29 let	9	13,9
30-39 let	18	27,7
40-49 let	20	30,8
50-59 let	15	23,0
60 a více let	3	4,6
Σ	65	100,0

Druhou dotazníkovou položkou a prvním kritériem pro výběr respondentů byl věk. Bylo zjištěno, že nejčastějším uvedeným věkem respondentů byl věk v rozmezí 40-49 let, a to v počtu 20 (30,8 %) respondentů. Druhým nejčastěji uvedeným věkem byl věk v rozmezí 30-39 let, uveden 18 (27,7 %) respondenty. Věkové rozmezí 50-59 let zvolilo 15 (23,0 %) respondentů. Rozmezí 18-29 let uvedlo 9 (13,9 %)

respondentů. Nejméně respondentů uvedlo věkové rozmezí 60 a více let, a to pouze 3 (4,6 %) z celkového počtu 65 (100,0 %) respondentů.

3.3 Analýza výzkumné položky č. 3: Jaké je Vaše povolání?

Tabulka č. 3 Povolání respondentů

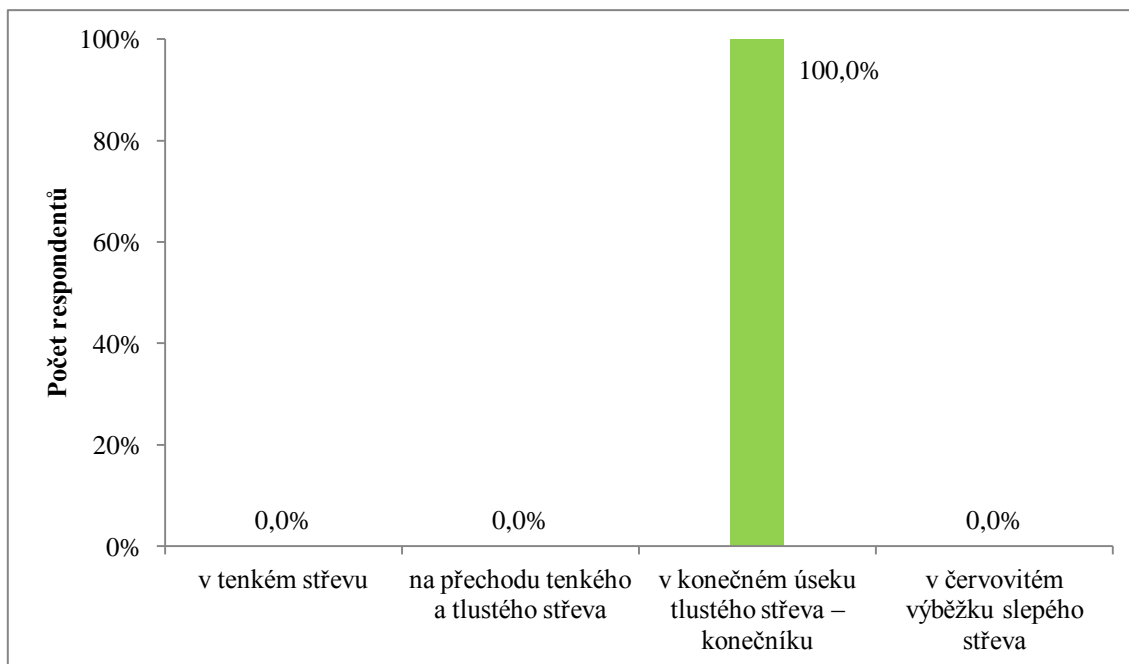
	n_i [-]	f_i [%]
administrativa	25	38,4
vedoucí pracovníci	10	15,4
služby a obchod	15	23,1
řemeslníci	5	7,7
zdravotnictví	6	9,2
jiné	4	6,2
Σ	65	100,0

Další dotazníková položka se zabývala povoláním respondentů. Největší počet respondentů, 35 (53,8 %) zvolil povolání v oblasti administrativy např. úředník nebo sekretářka. Povolání v oblasti poskytování služeb a obchodu např. pokladní či kadeřnice atd. uvedlo 15 (23,1 %) respondentů. Vedoucích pracovníků jako jsou jednatelé či manažeři firem bylo v dotazníkovém šetření 10 (15,4 %). Z oblasti řemeslníků, kam jsme zařadili např. dělníky či údržbáře, bylo 5 (7,7 %) respondentů. Oblast zdravotnictví (všeobecná sestra, či fyzioterapeut) uvedlo 6 (9,2 %) respondentů. Kategorii jiné např. starobní důchod, invalidní důchod, nezaměstnanost či mateřskou dovolenou zvolili 4 (6,2 %) respondenti.

3.4 Analýza výzkumné položky č. 4: Kde se podle Vás hemoroidy nachází?

Tabulka č. 4 Lokalizace hemoroidů

	n_i [-]	f_i [%]
v tenkém střevu	0	0,0
na přechodu tenkého a tlustého střeva	0	0,0
v konečném úseku tlustého střeva – konečníku	65	100,0
v červovitém výběžku slepého střeva	0	0,0
Σ	65	100,0



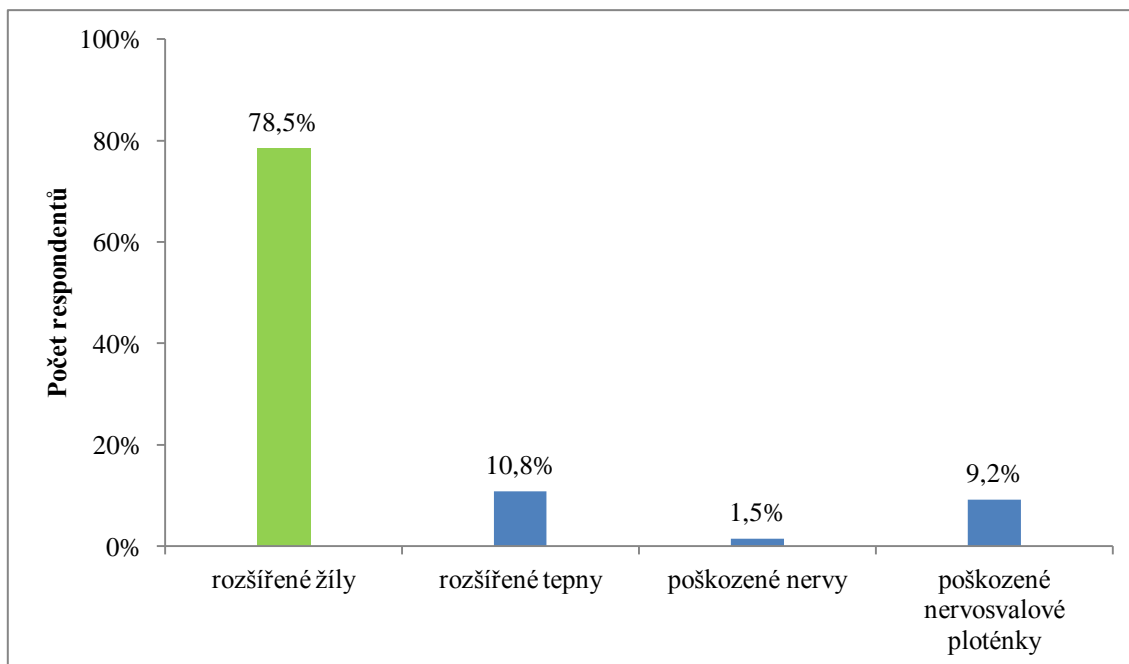
Graf č. 1 Lokalizace hemoroidů

V dotazníkové položce týkající znalostí pacientů o lokalizaci hemoroidů zodpověděli všichni respondenti, 65 (100,0 %) osob, správně, odpověděli tedy, že se hemoroidy nacházejí v konečném úseku tlustého střeva, v konečniku. Ostatní varianty lokalizace hemoroidů v tenkém střevu, na přechodu tenkého a tlustého střeva a v červovitém výběžku slepého střeva nevedl žádný 0 (0,0 %) z dotazovaných respondentů.

3.5 Analýza výzkumné položky č. 5: Co jsou podle Vašeho názoru hemoroidy?

Tabulka č. 5 Pojem hemoroidy

	n_i [-]	f_i [%]
rozšířené žíly	51	78,5
rozšířené tepny	7	10,8
poškozené nervy	1	1,5
poškozené nervosvalové ploténky	6	9,2
Σ	65	100,0



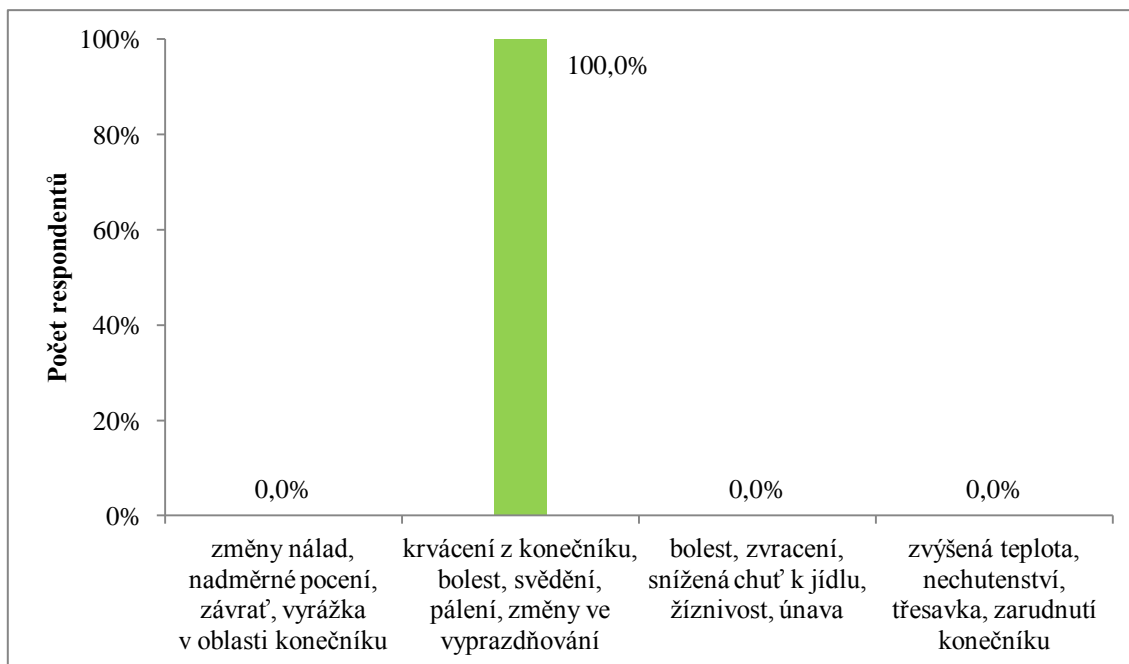
Graf č. 2 Pojem hemoroidy

Pojem hemoroidy respondenti ve velkém počtu znali. Správnou odpověď rozšířené žíly označilo v celkovém počtu 51 (78, 5%) respondentů. Jako druhá nejčastější odpověď byla uváděna chybná odpověď rozšířené tepny, kterou zvolilo 7 (10,8 %) respondentů. Poškozené nervosvalové ploténky za hemoroidy označilo 6 (9,2 %) respondentů. Za poškozené nervy označil hemoroidy pouze v 1 (1,5 %) respondent.

3.6 Analýza výzkumné položky č. 6: Jaké jsou podle Vašeho názoru příznaky hemoroidálního onemocnění?

Tabulka č. 6 Příznaky hemoroidálního onemocnění

	n_i [-]	f_i [%]
změny nálad, nadměrné pocení, závrat', vyrážka v oblasti konečníku	0	0,0
krvácení z konečníku, bolest, svědění, pálení, změny ve vyprazdňování	65	100,0
bolest, zvracení, snížená chuť k jídlu, žíznivost, únava	0	0,0
zvýšená teplota, nechutenství, třesavka, zarudnutí konečníku	0	0,0
Σ	65	100,0



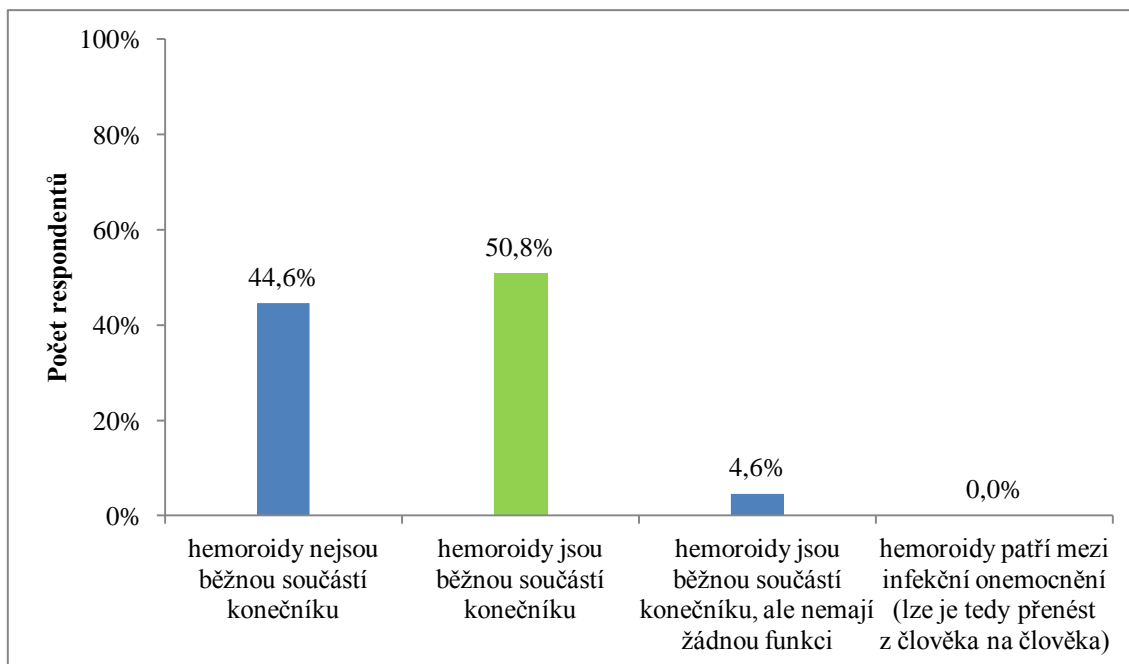
Graf č. 3 Příznaky hemoroidálního onemocnění

V dotazníkové položce týkající se příznaků hemoroidálního onemocnění zvolili všichni respondenti, 65 (100,0 %), správnou odpověď. Respondenti označili příznaky hemoroidálního onemocnění jakými jsou krvácení z konečníku, bolest, svědění, pálení a změny ve vyprazdňování. Ostatní odpovědi s příznaky, které byly považovány za nesprávné, neuvědli nikdo, tedy 0 (0,0 %) z dotazovaných.

3.7 Analýza výzkumné položky č. 7: Které z následujících tvrzení je podle Vás pravdivé?

Tabulka č. 7 Pravdivé tvrzení o výskytu hemoroidů

	n_i [-]	f_i [%]
hemoroidy nejsou běžnou součástí konečníku	29	44,6
hemoroidy jsou běžnou součástí konečníku	33	50,8
hemoroidy jsou běžnou součástí konečníku, ale nemají žádnou funkci	3	4,6
hemoroidy patří mezi infekční onemocnění (lze je tedy přenést z člověka na člověka)	0	0,0
Σ	65	100,0



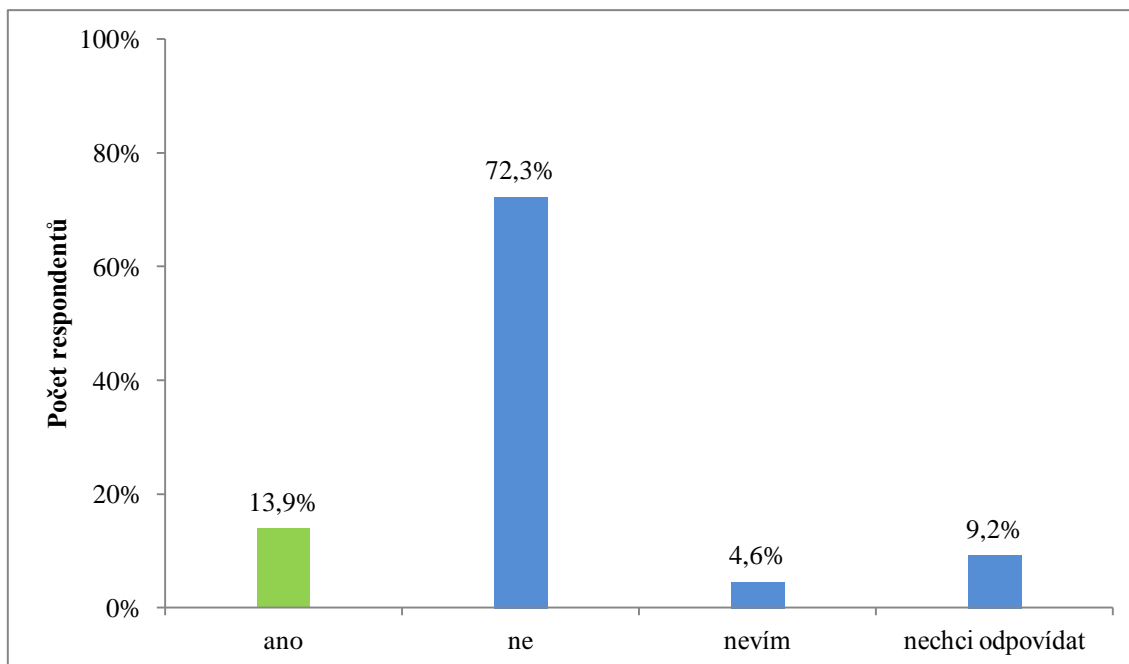
Graf č. 4 Pravdivé tvrzení o výskytu hemoroidů

Dotazníkovou položku zabývající se správným tvrzením o hemoroidech jakožto běžnou součástí konečníku, zodpovědělo pouze 33 (50,8 %) respondentů správně. 29 (44,6 %) respondentů uvedlo odpověď, že hemoroidy nejsou běžnou součástí konečníku. Tvrzení, že hemoroidy jsou sice běžnou součástí konečníku, ale nemají žádnou funkci, považovali za správné 3 (4,6%) respondenti.

3.8 Analýza výzkumné položky č. 8: Provádí Váš praktický lékař během preventivní lékařské prohlídky vyšetření per rektum – tedy vyšetření konečníku prstem?

Tabulka č. 8 Vyšetření per rektum

	n_i [-]	f_i [%]
ano	9	13,9
ne	47	72,3
nevím	3	4,6
nechci odpovídat	6	9,2
Σ	65	100,0



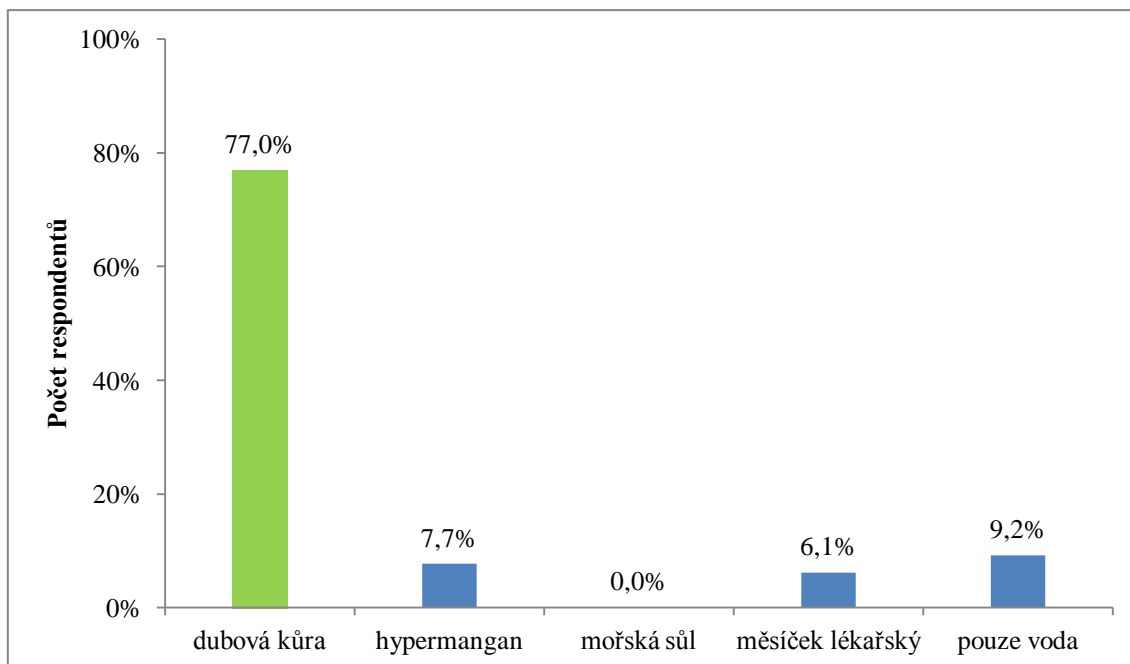
Graf č. 5 Vyšetření per rektum

Na otázku, zda praktický lékař provádí, během preventivní lékařské prohlídky vyšetření per rektum odpovídali respondenti nejčastěji ne, a to v 47 (72,3 %) případech. 6 (9,2 %) dotázaných na tuto otázku nechťelo odpovídat. Pouze 9 (13,9%) respondentů uvedlo jako svou odpověď ano tedy, že praktický lékař provádí vyšetření per rektum. Variantu nevím označili 3 (4,6%) respondenti.

3.9 Analýza výzkumné položky č. 9: Jaká sedací koupel je doporučována pro léčbu hemoroidů?

Tabulka č. 9 Sedací koupel

	n_i [-]	f_i [%]
dubová kůra	50	77,0
hypermangan	5	7,7
mořská sůl	0	0,0
měsíček lékařský	4	6,1
pouze voda	6	9,2
Σ	65	100,0



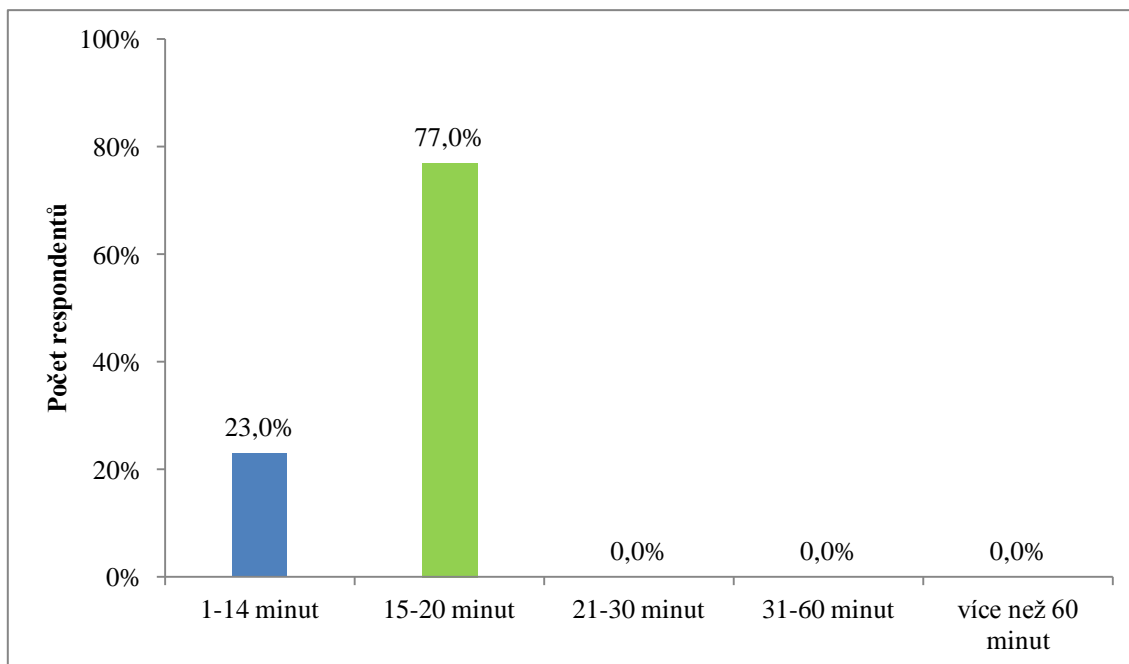
Graf č. 6 Sedací koupel

Pro léčbu hemoroidů uvedlo 50 (77,0 %) respondentů správně využití dubové kůry. Variantu pouze vodu uvedlo 6 (9,2 %) respondentů. Sedací koupel v hypermanganu považuje za správnou odpověď 5 (7,7 %) dotázaných a variantu s měsíčkem lékařským 4 (6,1 %) respondenti. Sedací koupel s variantou mořská sůl neuvedl žádný 0 (0,0 %) respondentů.

3.10 Analýza výzkumné položky č. 10: Jak dlouho by měla trvat léčebná sedací koupel?

Tabulka č. 10 Délka trvání sedací koupele

	n_i [-]	f_i [%]
1-14 minut	15	23,0
15-20 minut	50	77,0
21-30 minut	0	0,0
31-60 minut	0	0,0
více než 60 minut	0	0,0
Σ	65	100,0



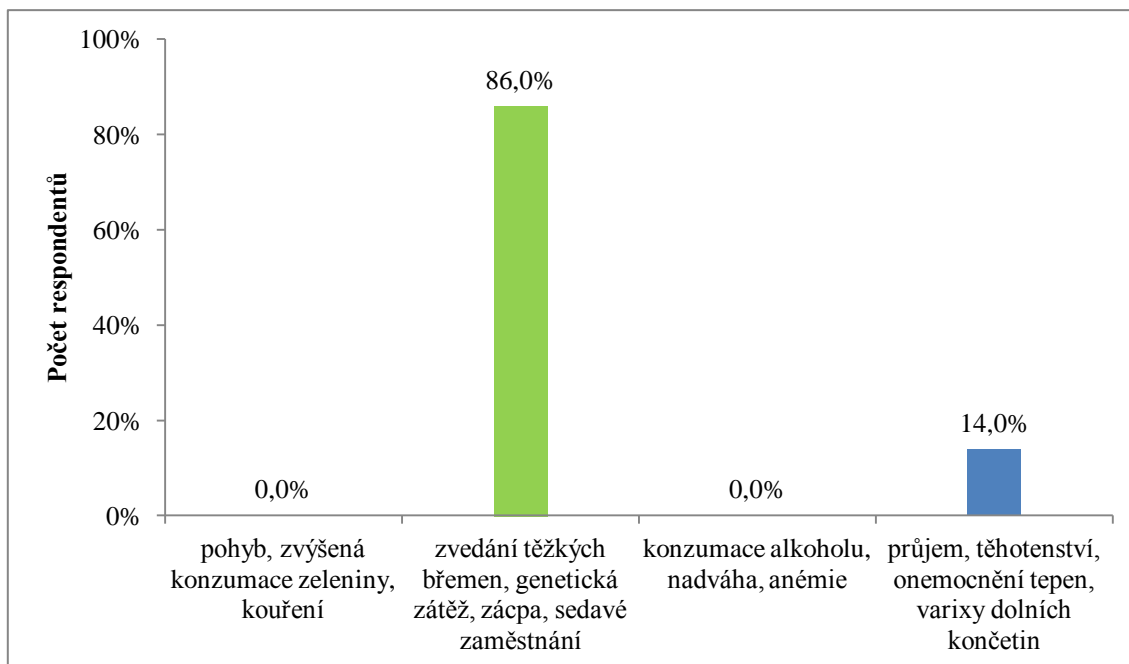
Graf č. 7 Délka trvání sedací koupele

Na další dotazníkovou položku uvedlo 50 (77,0 %) z dotázaných správnou délku trvání léčebné sedací koupele, tedy 15-20 minut. Variantu 1-14 minut trvání léčebné sedací koupele označilo za správné 15 (23,0 %) respondentů. Delší délku trvání sedací koupele v rozmezí 21-30 minut, 31-60minut a více než 60 minut neuvedl žádný 0 (0,0 %) z dotázaných.

3.11 Analýza výzkumné položky č. 11: Jaké faktory přispívají ke vzniku hemoroidálního onemocnění?

Tabulka č. 11 Rizikové faktory vzniku

	n_i [-]	f_i [%]
pohyb, zvýšená konzumace zeleniny, kouření	0	0,0
zvedání těžkých břemen, genetická zátěž, zácpa, sedavé zaměstnání	56	86,0
konzumace alkoholu, nadváha, anémie	0	0,0
průjem, těhotenství, onemocnění tepen, varixy dolních končetin	9	14,0
Σ	65	100,0



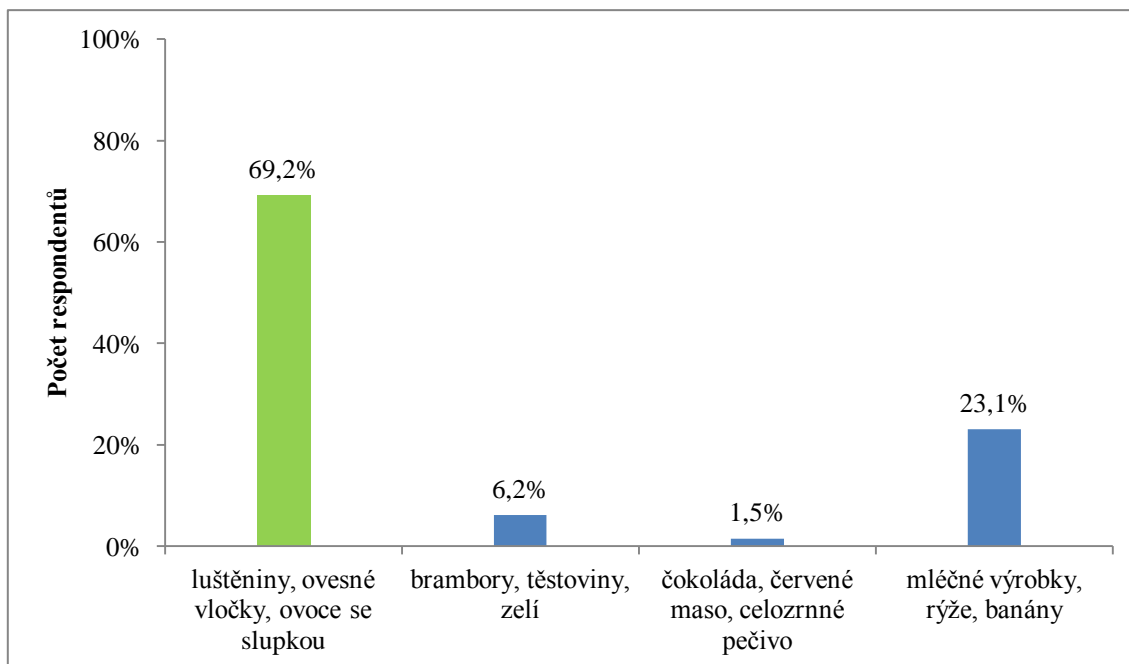
Graf č. 8 Rizikové faktory

Rizikové faktory přispívající ke vzniku hemoroidálního onemocnění, tedy zvedání těžkých břemen, genetickou zátěž, zácpu a sedavé zaměstnání označilo správně 56 (86,0 %) respondentů. Variantu s nesprávnými rizikovými faktory průjem, těhotenství, onemocnění tepen a varixy dolních končetin označilo 9 (14,0 %) respondentů. Další rizikové faktory nebyly nikým z dotazovaných označeny.

3.12 Analýza výzkumné položky č. 12: Jaké potraviny jsou podle Vás vhodné ke snížení výskytu hemoroidálního onemocnění, obsahují tedy nejvíce vlákniny?

Tabulka č. 12 Vhodné potraviny

	n_i [-]	f_i [%]
luštěniny, ovesné vločky, ovoce se slupkou	45	69,2
brambory, těstoviny, zelí	4	6,2
čokoláda, červené maso, celozrnné pečivo	1	1,5
mléčné výrobky, rýže, banány	15	23,1
Σ	65	100,0



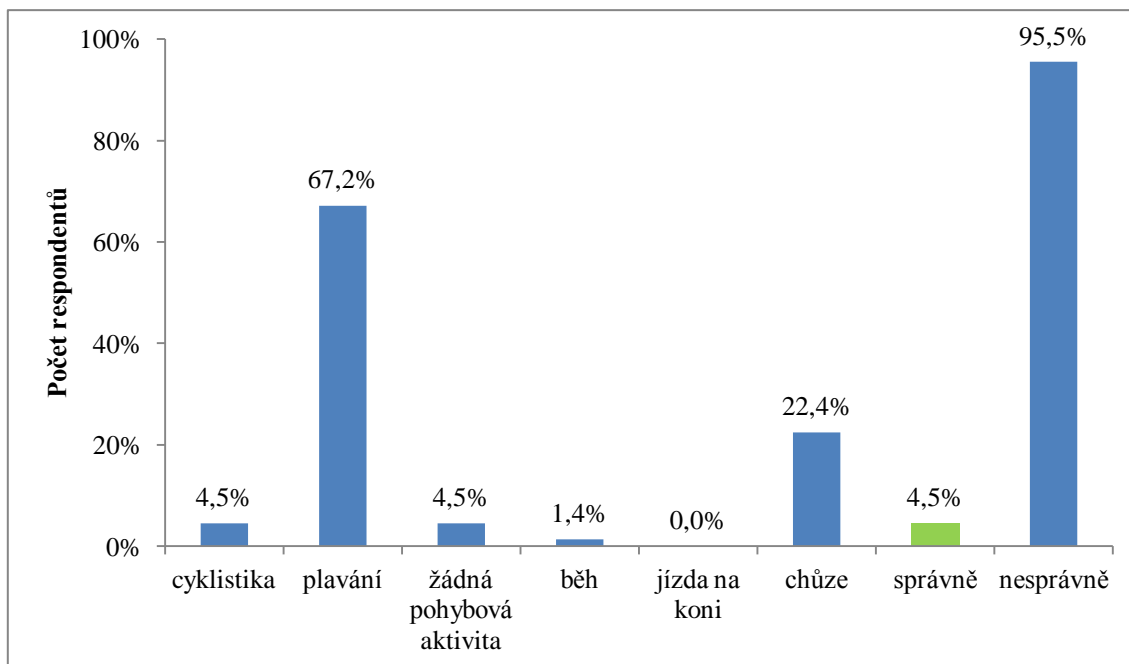
Graf č. 9 Vhodné potraviny

Za vhodné potraviny pro snížení výskytu hemoroidálního onemocnění považuje 45 (69,2 %) respondentů luštěniny, ovesné vločky a ovoce se slupkou. Mléčné výrobky, rýži a banány považuje za vhodné 15 (23, 1%) dotázaných. 4 (6,2 %) respondentů uvedlo za správnou odpověď brambory, těstoviny a zelí. Čokoládu, červené maso a celozrnné pečivo označil jako správnou odpověď 1 (1, 5%) respondent.

3.13 Analýza výzkumné položky č. 13: Jaká pohybová aktivita je podle Vás vhodná ke snížení výskytu hemoroidálního onemocnění? U této otázky bylo možné uvést více správných odpovědí.

Tabulka č. 13 Pohybová aktivita

Počet pacientů:	n_i [-]	f_i [%]
cyklistika	3	4,5
plavání	45	67,2
žádná pohybová aktivita	3	4,5
běh	1	1,4
jízda na koni	0	0,0
chůze	15	22,4
správně	3	4,5
nesprávně	64	95,5



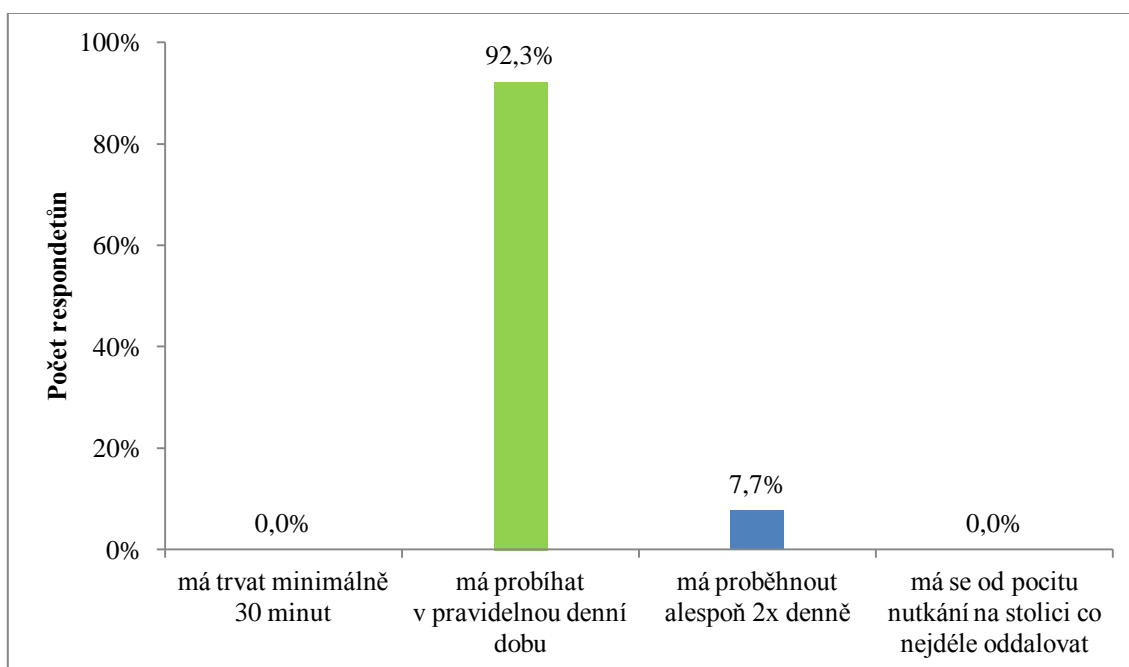
Graf č. 10 Pohybová aktivita

V této otázce měli pacienti vybrat vhodné aktivity ke snížení výskytu hemoroidálního onemocnění z více možných variant. Z celkového výčtu položek byly správně 3 z nich. První správnou a nejčastěji volenou pohybovou aktivitou bylo plavání, které zvolilo 45 (67,2 %) respondentů. Další správnou odpověď chůzi považuje za vhodnou již pouze 15 (22,4 %) respondentů. Správnou odpovědí je také běh, který však považuje za vhodný pouze 1 (1,4 %) respondent. Cyklistiku, kterou považujeme za nesprávnou odpověď, zvolili 3 (4,5 %) respondenti. Žádnou pohybovou aktivitu označili 3 (4,5 %) respondenti. Jízdu na koni za správnou odpověď nepovažuje žádný 0 (0,0 %) z dotázaných. Celkově pouze 3 (4,5 %) respondenti z 65 (100,0 %) uvedli správně veškeré pohybové aktivity vhodné ke snížení výskytu hemoroidálního onemocnění, tedy běh, plavání a chůzi a zodpověděli tak otázku zcela správně. Nesprávně na tuto otázku odpovědělo 64 (95,5 %) respondentů.

3.14 Analýza výzkumné položky č. 14: Správné vyprazdňování.

Tabulka č. 14 Správné vyprazdňování

	n_i [-]	f_i [%]
má trvat minimálně 30 minut	0	0,0
má probíhat v pravidelnou denní dobu	60	92,3
má proběhnout alespoň 2x denně	5	7,7
má se od pocitu nutkání na stoličce co nejdéle oddalovat	0	0,0
Σ	65	100,0



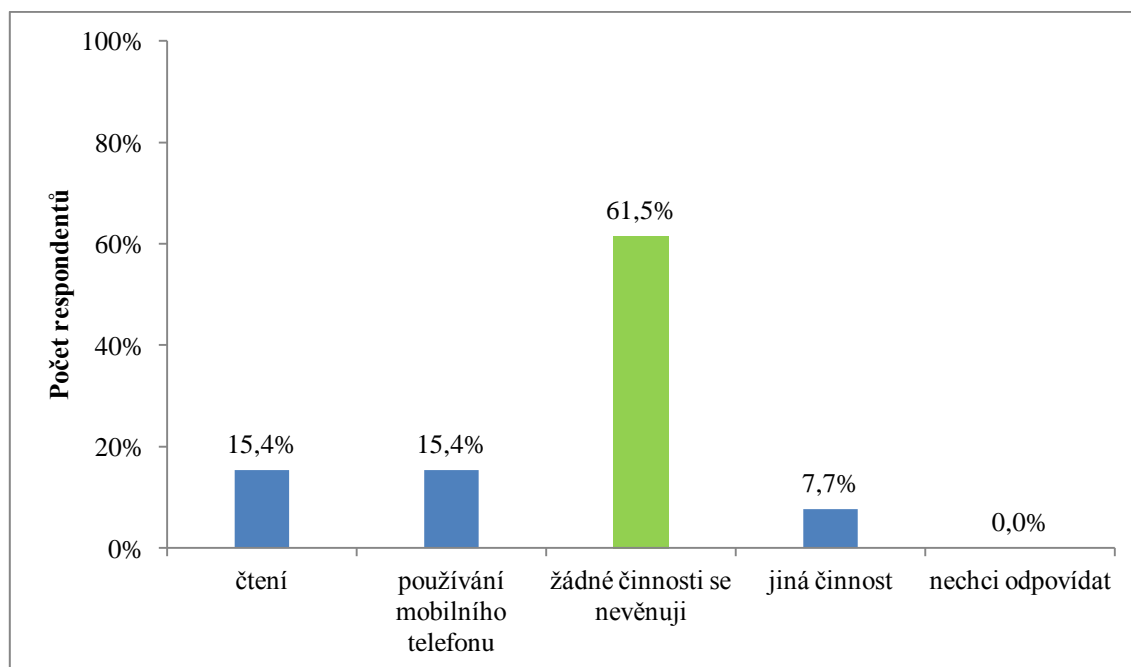
Graf č. 11 Správné vyprazdňování

Tvrzení o správném vyprazdňování, které má probíhat v pravidelnou denní dobu, správně zodpovědělo 60 (92,3 %) z dotázaných respondentů. Odpověď, že správné vyprazdňování má proběhnout alespoň 2x denně uvedlo 5 (7,7 %) z dotázaných. Zbývající nesprávná tvrzení o správném vyprazdňování, které má trvat minimálně 30 minut či že se má od pocitu nutkání na stoličce co nejdéle oddalovat neoznačil žádný (0,0 %) respondent.

3.15 Analýza výzkumné položky č. 15: Jaké činnosti se věnujete během pobytu na toaletě?

Tabulka č. 15 Činnosti během pobytu na toaletě

	n_i [-]	f_i [%]
čtení	10	15,4
používání mobilního telefonu	10	15,4
žádné činnosti se nevěnuji	40	61,5
jiná činnost - kouření	5	7,7
nechci odpovídat	0	0,0
Σ	65	100,0



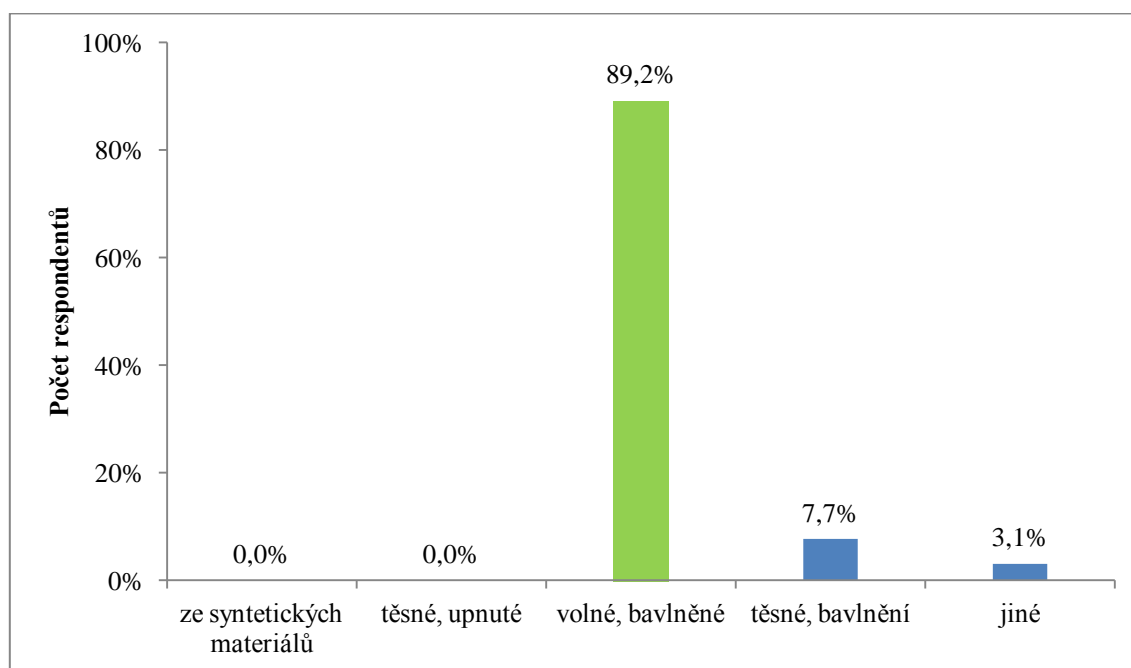
Graf č. 12 Činnosti během pobytu na toaletě

Na otázku týkající se činností během pobytu na toaletě nejvíce dotázaných 40 (61,5 %) odpovědělo, že se na toaletě nevěnují žádné jiné činnosti mimo vyprazdňování. Během pobytu na toaletě 10 (15,4 %) respondentů čte a 10 (15,4 %) používá mobilní telefon. 5 (7,7 %) respondentů uvedlo, že během pobytu na toaletě kouří cigarety. Odpověď nechci odpovídat, nezvolil žádný 0 (0,0 %) z dotázaných.

3.16 Analýza výzkumné položky č. 16: Jaké spodní prádlo nosíte po propuštění do domácího ošetřování?

Tabulka č. 16 Spodní prádlo

	n_i [-]	f_i [%]
ze syntetických materiálů	0	0,0
těsné, upnuté	0	0,0
volné, bavlněné	58	89,2
těsné, bavlnění	5	7,7
jiné	2	3,1
Σ	65	100,0



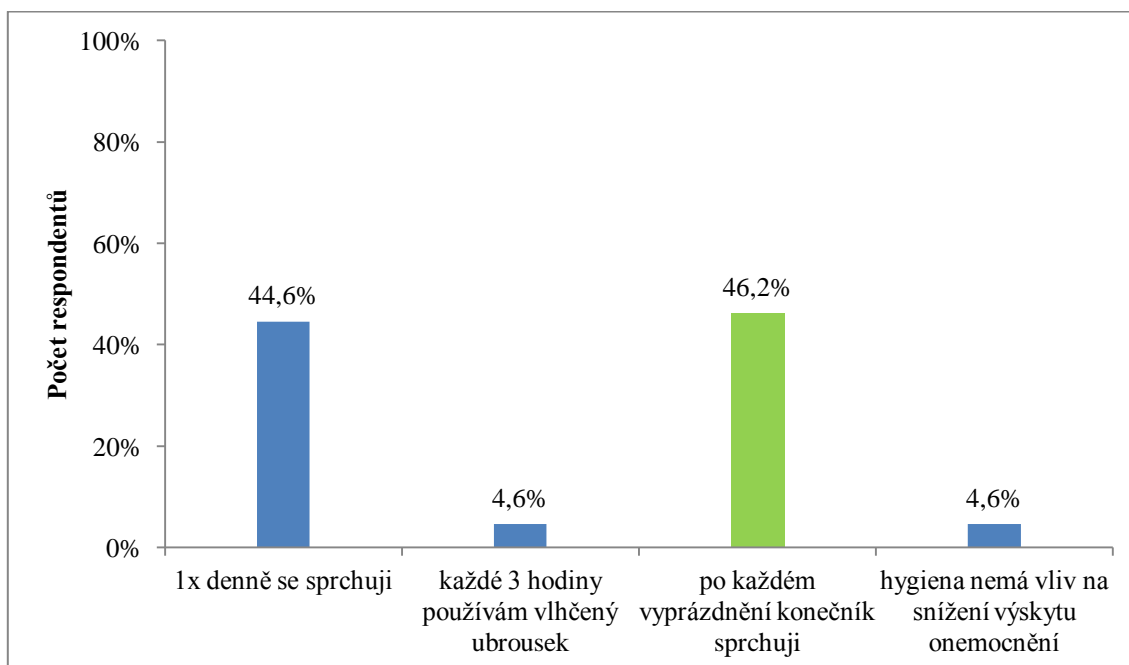
Graf č. 13 Spodní prádlo

Po propuštění do domácího ošetřování uvedlo nejvíce 58 (89,2 %) respondentů nošení volného, bavlněného spodního prádla. 2 (3,1 %) respondenti zvolili odpověď jinou, ve kterém doplnili, že po propuštění do domácího ošetřování nenosí žádné spodní prádlo. Tuto odpověď lze považovat rovněž za správně zodpovězenou. Naopak nesprávnou volbou je spodní prádlo těsné, bavlněné, které označilo 5 (7,7 %) z dotázaných respondentů.

3.17 Analýza výzkumné položky č. 17: Jak často provádíte hygienu v oblasti konečníku po propuštění do domácího ošetřování?

Tabulka č. 17 Hygiena konečníku

	n_i [-]	f_i [%]
1x denně si sprchuji konečník	29	44,6
každé 3 hodiny používám vlhčený ubrousek	3	4,6
po každém vyprázdnění konečník sprchuji	30	46,2
hygiena nemá vliv na snížení výskytu onemocnění	3	4,6
Σ	65	100,0



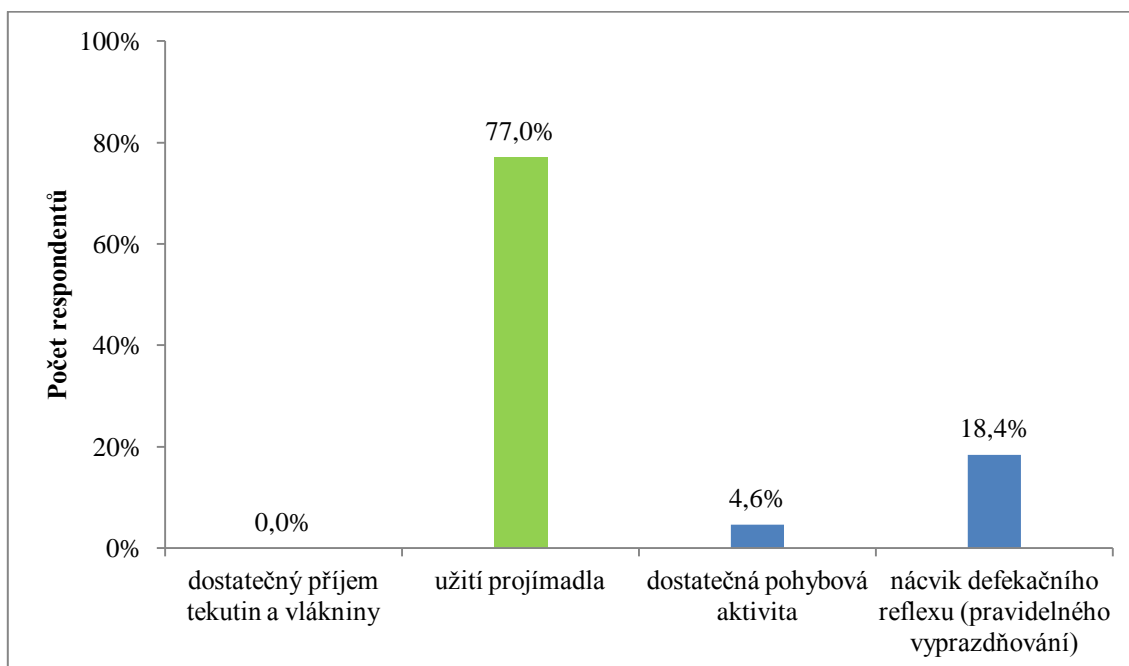
Graf č. 14 Hygiena konečníku

Na otázku, jak často provádějí pacienti hygienu v oblasti konečníku po propuštění do domácího ošetřování, uvedlo 30 (46,2 %) z dotázaných respondentů variantu po každém vyprázdnění konečník sprchuji. Nesprávnou odpověď, pouze 1x denně si po propuštění do domácího ošetřování sprchuji konečník, volilo 29 (44,6 %) respondentů. 3 (4,6 %) respondenti každé 3 hodiny používají vlhčený ubrousek. Další 3 (4,6 %) respondenti se domnívají, že hygiena nemá vliv na snížení výskytu onemocnění.

3.18 Analýza výzkumné položky č. 18: Vyberte preventivní opatření proti vzniku zácpy, které se nedoporučuje po propuštění do domácího ošetřování.

Tabulka č. 18 Prevence zácpy

	n_i [-]	f_i [%]
dostatečný příjem tekutin a vlákniny	0	0,0
užití projímadla	50	77,0
dostatečná pohybová aktivita	3	4,6
nácvik defekačního reflexu (pravidelného vyprazdňování)	12	18,4
Σ	65	100,0



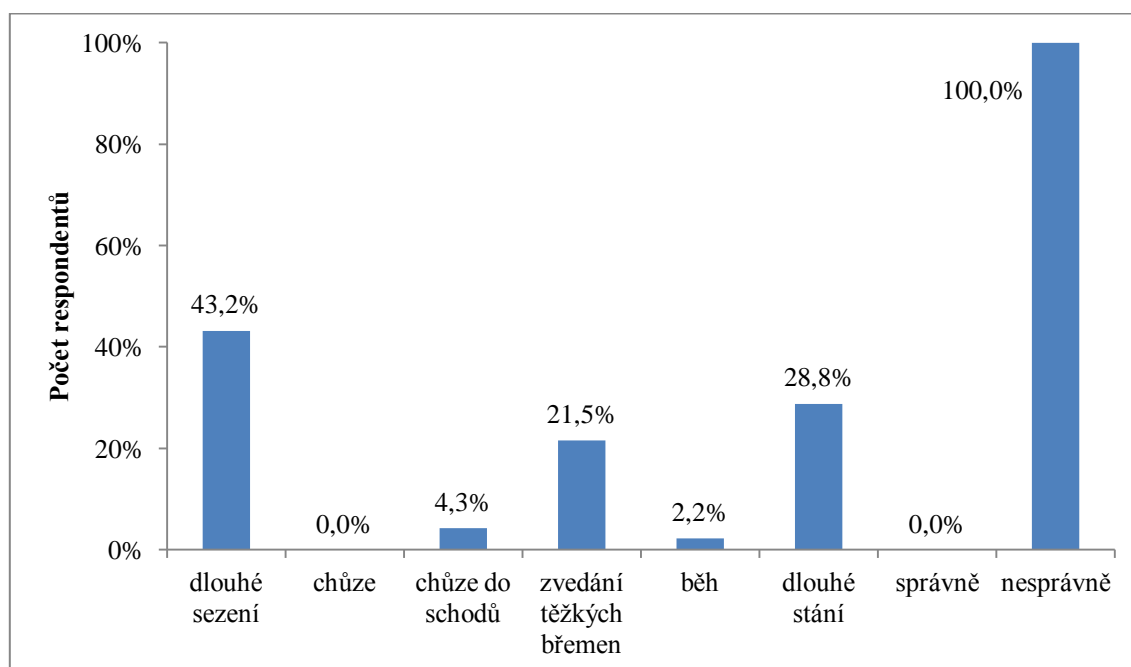
Graf č. 15 Prevence zácpy

50 (77,0 %) respondentů uvedlo správně preventivní opatření proti vzniku zácpy, které se nedoporučuje a tím je užití projímadla. Nácvik defekačního reflexu označilo za nesprávné 12 (18,4 %) respondentů. Nácvik defekačního reflexu je naopak pacientům jako prevence zácpy doporučován. 3 (4,6 %) respondenti se domnívají, že dostatečná pohybová aktivita se nedoporučuje jako prevence zácpy po propuštění do domácího ošetřování, což je také považováno za chybnou odpověď.

3.19 Analýza výzkumné položky č. 19: Jaké činnosti zhoršují výskyt hemoroidálního onemocnění po propuštění do domácího ošetření? U této otázky bylo možné uvést více správných odpovědí.

Tabulka č. 19 Činnosti zhoršující výskyt

	n_i [-]	f_i [%]
dlouhé sezení	60	43,2
chůze	0	0,0
chůze do schodů	6	4,3
zvedání těžkých břemen	30	21,5
běh	3	2,2
dlouhé stání	40	28,8
správně	0	0,0
nesprávně	139	100,0



Graf č. 16 Činnosti zhoršující výskyt

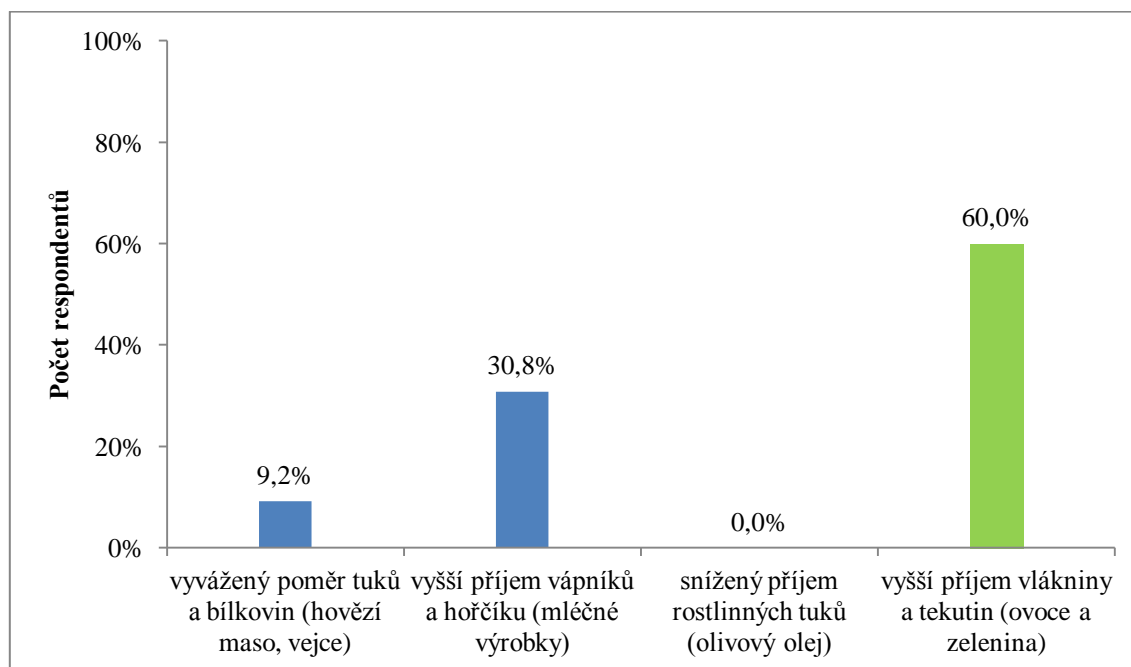
V této otázce měli respondenti vybírat činnosti zhoršující výskyt hemoroidálního onemocnění po propuštění do domácího ošetřování z více možných variant. Z celkového výčtu položek byly správně 3 z nich a to dlouhé sezení, dlouhé stání a zvedání těžkých břemen. První správnou odpověď dlouhé sezení zvolilo 60 (43,2 %) respondentů jako činnost zhoršující výskyt. Za druhou správnou odpověď je považováno dlouhé stání, které bylo uvedeno u 40 (28,8 %) respondentů. Třetí a poslední správnou odpovědí je zvedání těžkých břemen, které zvolilo 30 (21,5 %) respondentů. 6 (4,3 %) respondentů označilo za činnost zhoršující výskyt

hemoroidálního onemocnění nesprávně chůzi do schodů a 3 (2,2 %) respondentů běh. Chůze nebyla nikým (0,0 %) z dotázaných označena. Žádný (0,0 %) z celkového počtu respondentů nevedl správně všechny tři činnosti zhoršující výskyt hemoroidálního onemocnění po propuštění do domácího ošetřování.

3.20 Analýza výzkumné položky č. 20: Co má strava po operaci hemoroidů po propuštění do domácího ošetřování obsahovat?

Tabulka č. 20 Strava po hemoroidektomii

	n_i [-]	f_i [%]
vyvážený poměr tuků a bílkovin (hovězí maso, vejce)	6	9,2
vyšší příjem vápníků a hořčíku (mléčné výrobky)	20	30,8
snížený příjem rostlinných tuků (olivový olej)	0	0,0
vyšší příjem vlákniny a tekutin (ovoce a zelenina)	39	60,0
Σ	65	100,0



Graf č. 17 Strava po hemoroidektomii

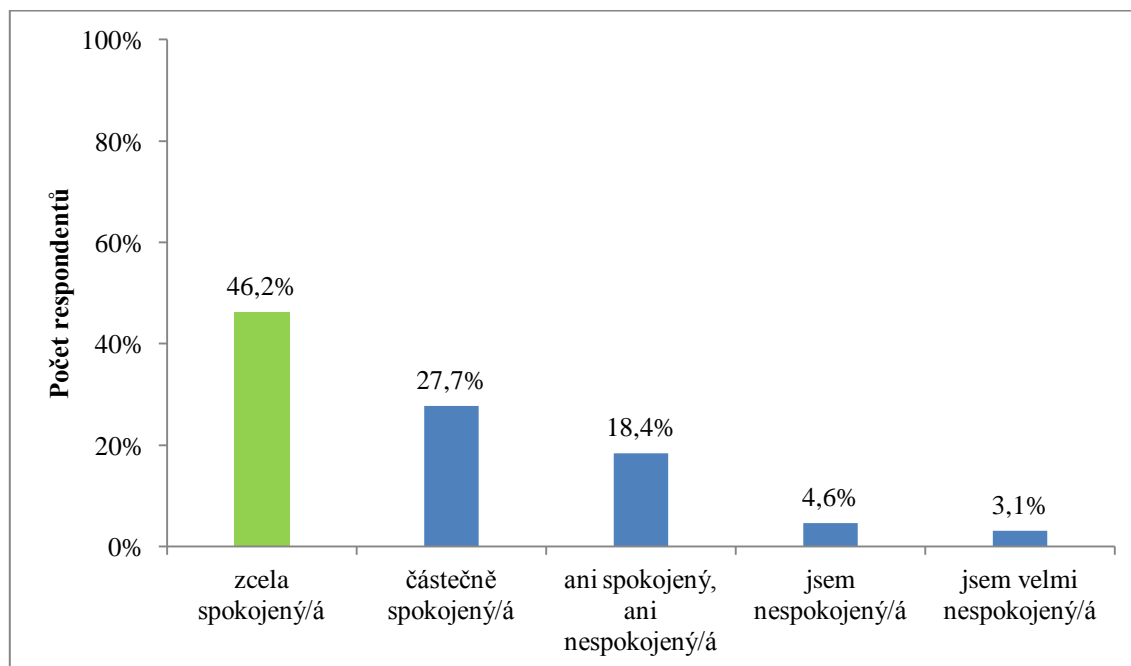
Pouze 39 (60,0 %) respondentů odpovědělo na otázku týkající se stravy po operaci hemoroidů po propuštění do domácího ošetřování správně. Strava

má obsahovat vyšší příjem vlákniny a tekutin. 20 (30,8 %) respondentů považuje za správnou odpověď vyšší příjem vápníku a hořčiku. Vyvážený poměr tuků a bílkovin označuje za správné 6 (9,2 %) z dotázaných. Snížený příjem rostlinných tuků jako správnou odpověď neoznačil nikdo (0,0 %) z respondentů.

3.21 Analýza výzkumné položky č. 21: Označte na číselné stupnici, jak jste spokojen/a s vysvětlením režimu, který je nutný v rámci léčby hemoroidů dodržovat?

Tabulka č. 21 Spokojenost s edukací

	$n_i [-]$	$f_i [%]$
1 zcela spokojený/á	30	46,2
2 částečně spokojený/á	18	27,7
3 ani spokojený, ani nespokojený/á	12	18,4
4 jsem nespokojený/á	3	4,6
5 jsem velmi nespokojený/á	2	3,1
Σ	65	100,0



Graf č. 18 Spokojenost s edukací

Zcela spokojených s vysvětlením režimu, který je nutný v rámci léčby hemoroidů dodržovat je 30 (46,2 %) respondentů. 18 (27,7 %) je spokojeno pouze částečně. 12 (18,4 %) respondentů uvedlo, že nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni.

Nespokojení jsou 3 (4,6 %) z dotázaných respondentů. Za velmi nespokojené se označili 2 (3,1 %) z dotázaných.

3.22 Analýza výzkumné položky č. 22: Jaké informace o hemoroidálním onemocnění postrádáte? Prosím o jejich vypsání.

V této otázce nikdo, tedy 0 (0,0 %) respondentů, neuvedl žádné postrádané informace.

4 Analýza výzkumných cílů a předpokladů

Podle stanovených výzkumných cílů a výzkumných předpokladů byla vyhodnocena data z dotazníkového šetření. Předpoklady byly zpracovány pomocí matematické metody a popisné statistiky v programu Microsoft® Office 2007 Excel. Veškeré výzkumné předpoklady byly procentuálně upraveny na základě výsledků předvýzkumu.

4.1 Analýza výzkumného cíle č. 1 a předpokladu č. 1

Na cíl č. 1 Zjistit informovanost pacientů o hemoroidech navazoval výzkumný předpoklad č. 1 Předpokládáme, že 79 % a více pacientů je informováno o hemoroidech. Procenta výzkumného předpokladu byla upravena na základě předvýzkumu. Vyhodnocení předpokladu proběhlo na základě otázek č. 4, 5, 6, 7, 9, 10 v dotazníku. Za každou správnou odpověď mohl respondent získat 1 bod. Celkem tedy bylo možné získat 6 bodů. Z celkového počtu 65 respondentů odpověděli všichni dotázaní na otázky č. 4 a 6 správně, tedy 100,0 %. Otázka č. 5 byla již správně zodpovězena pouze 78,5 % respondenty. Pouze 50,8 % respondentů odpovědělo správně na dotazníkovou položku č. 7. Poslední otázky týkající se tohoto cíle, tedy otázky č. 9 a 10 byly správně zodpovězeny v 77 %. Maxima 6 bodů dosáhlo 52 respondentů. Předpokládali jsme informovanost u 79 a více % respondentů.

Z celkového výzkumu jsme zjistili, že 80,5 % pacientů je informováno o hemoroidech. Výzkumný předpoklad č. 1 **je v souladu** s výsledky výzkumného šetření.

Tabulka č. 22 Analýza výzkumného cíle č. 1 a předpokladu č. 1

	ot. č. 4	ot. č. 5	ot. č. 6	ot. č. 7	ot. č. 9	ot. č. 10	průměr
správně	100,0 %	78,5 %	100,0 %	50,8 %	77,0 %	77,0 %	80,5 %
chybně	0,0 %	21,5%	0,0 %	49,2 %	23,0 %	23,0 %	19,5 %

4.2 Analýza výzkumného cíle č. 2 a předpokladu č. 2

Na stanovený výzkumný cíl č. 2 Zjistit informovanost pacientů o rizikových faktorech přispívajících ke vzniku hemoroidů navazoval, předpoklad č. 2 Předpokládáme, že 60 % a více pacientů je informováno o rizikových faktorech přispívajících ke vzniku hemoroidů. Pro toto vyhodnocení byly vytvořené dotazníkové otázky č. 11, 12, 13 a 14. Za každou správnou odpověď mohl respondent získat 1 bod. Za otázku č. 13 mohli respondenti získat bod, pouze v případě označení všech tří vhodných pohybových aktivit vedoucích ke snížení výskytu hemoroidálního onemocnění. Požadované tři aktivity vybral správně pouze jeden respondent, na otázku č. 13 tak odpovědělo správně pouze 4,6 % z dotázaných. Otázka č. 11 byla zodpovězena v 86 % správně. Otázku č. 12 zodpovědělo správně pouze 69,2 %. Naopak v dotazníkové otázce č. 14 správnou variantu zvolilo 92,3 % respondentů. Maximum 4 bodů získalo 41 respondentů. Předpokládali jsme informovanost u 60 a více % respondentů. Z celkového počtu respondentů je 63 % informováno o rizikových faktorech přispívajících ke vzniku hemoroidů. Výzkumný předpoklad č. 2 **je v souladu** s výsledky výzkumného šetření.

Tabulka č. 23 Analýza výzkumného cíle č. 2 a předpokladu č. 2

	ot. č. 11	ot. č. 12	ot. č. 13	ot. č. 14	průměr
správně	86,0 %	69,2 %	4,6 %	92,3 %	63,0 %
chybně	14,0 %	30,8 %	95,4 %	7,7 %	37,0 %

4.3 Analýza výzkumného cíle č. 3 a předpokladu č. 3

Třetím výzkumným cílem bylo Zjistit informovanost pacientů o režimových opatřeních po operaci hemoroidů. Na tento cíl navazoval předpoklad č. 3. Předpokládáme, že 45 % a více pacientů je informováno o režimových opatřeních po operaci hemoroidů. Výzkumné otázky týkající se tohoto cíle byly otázky č. 16, 17, 18, 19 a 20. Otázka č. 19 byla vyhodnocována kladně pouze tehdy, pokud respondent označil tři správné činnosti zhoršující výskyt hemoroidálního onemocnění. Žádný z respondentů, tedy 0 (0,0 %), neuvedl tři správné činnosti. Otázku č. 16 zodpovědělo správně 89,2 % respondentů. Dotazníková položka č. 17 zjistila, že pouze 46,2 % respondentů zná správnou odpověď. Otázka č. 18 byla zodpovězena v 77 % správně. Poslední otázka týkající se cíle č. 3, otázka č. 20, byla správně vyplněna u 60 % respondentů. Předpokládali jsme informovanost u 45 % a více respondentů. Celkově z výzkumného šetření vyplývá, že o režimových opatřeních po operaci hemoroidů je správně informováno pouze 54, 5 % dotazovaných respondentů. Výzkumný předpoklad č. 3 **je v souladu** s výzkumným šetřením.

Tabulka č. 24 Analýza výzkumného cíle č. 3 a předpokladu č. 3

	ot. č. 16	ot. č. 17	ot. č. 18	ot. č. 19	ot. č. 20	průměr
správně	89,2 %	46,2 %	77,0 %	0,0 %	60,0 %	54,5 %
chybně	10,8 %	53,8 %	95,4 %	100,0 %	40,0 %	45,5 %

5 Diskuze

Edukace pacienta s hemoroidy je vzhledem ke zvyšujícímu se výskytu onemocnění velice aktuální. Z výzkumného šetření vyplývá nejenom částečná neinformovanost pacientů, ale také opomíjení zejména doporučených režimových opatření, která jsou po operaci hemoroidů naprosto nezbytná. Považujeme za nutné, aby každý pacient věděl o svém onemocnění maximum. Na neinformovanosti pacientů má velký podíl zdravotnický personál. Pro účelné výsledky jsme se snažili oslovit co nejvíce respondentů.

V prvním cíli jsme zjišťovali informovanost pacientů o hemoroidech. Výzkumný předpoklad, který předpokládal, že pacienti jsou v 79 a více % informováni o onemocnění, byl v souladu s výsledky výzkumného šetření. Toto zjištění bylo velice příznivé. U mnoha pacientů však nebyly zjištěné informace takto pozitivní. Část pacientů nesprávně odpovídala v otázkách, které považujeme za základní. Zajímavým zjištěním bylo, že 65 pacientů po operaci hemoroidů (100,0 %) zná lokalizaci hemoroidů. Tento fakt potvrzuje také výzkum Sedláčkové (58), kdy na stejnou otázku odpovědělo správně 102 (92,73 %) respondentů. Domníváme se, že výsledek Sedláčkové nebyl 100 %, a tedy totožný našemu výzkumu, z důvodu oslovení vyššího počtu respondentů z laické veřejnosti. Již podstatně méně pacientů označilo hemoroidy za rozšířené žíly, pouze 51 respondentů (78,5 %). Otázka týkající se označení hemoroidálních příznaků byla opět velice pozitivní, správnou odpověď označilo 65 (100,0 %) respondentů. Informovanost o příznacích hemoroidálního onemocnění znovu potvrzuje výzkum Sedláčkové (58), která uvádí správný výsledek u 100 (90,91 %) respondentů. Opět se domníváme, že odchylka od našeho výsledku je zapříčiněna vyšším počtem respondentů. Rozdílnost výsledků může být také zapříčiněna časovou aktuálností. Sedláčková (58) prováděla výzkum již v roce 2014. Velice překvapivým bylo zjištění, že se pouze 33 (50,8 %) respondentů domnívá, že jsou hemoroidy běžnou fyziologickou součástí konečníku. Tento výsledek nás velice zarazil. Domníváme se, že by pacienti s tímto onemocněním měli tuto skutečnost znát. Neinformovanost v této otázce můžeme považovat za chybu a opomenutí ze strany zdravotnického personálu během edukace. Otázka č. 8 zjišťovala, zda praktický lékař během preventivní lékařské prohlídky provádí vyšetření per rektum – tedy vyšetření konečníku prstem. Vyšetření per rektum je zákonem danou součástí preventivní praktické prohlídky při pozitivní rodinné, pracovní či sociální anamnéze. (52) Od této otázky jsme na základě výzkumu Konečné (61) očekávali záporná čísla. Pouze 9 (13,9 %) respondentů uvedlo kladnou odpověď a to, že jejich praktický lékař během preventivní lékařské prohlídky provádí vyšetření per rektum. Horák (5) uvádí, že již při vyšetření per rektum se dají diagnostikovat nejenom hemoroidy, ale dle Nejedlé (60) také kolorektální karcinom. O důležitosti provádět vyšetření per rektum tedy nelze nijak diskutovat. Toto neblahé zjištění o neprovádění vyšetření konečníku prstem, potvrzuje také výzkumné šetření Konečné (61), která zjistila, že 72 (69,90 %) dotazovaných nikdy nepodstoupilo vyšetření per rektum. Alarmující bylo ovšem zjištění, že 67 (65,05 %) respondentů o tomto diagnostickém vyšetření nikdy neslyšelo. Doporučené sedací

koupele pro léčbu hemoroidů v dubové kůře dle Vlčka (30) zná správně 50 (77,0 %) respondentů. Stejně pozitivní výsledek jsme zjistili i u další otázky týkající se sedacích koupelí. Správnou dobu trvání léčebné sedací koupele označilo 50 (77,0 %) respondentů. Výsledky z otázek o sedacích koupelích však stále nejsou 100 %. Proto by se měla během edukace pacienta dbát zvýšená pozornost na tuto oblast. Výsledky výzkumného šetření pro první cíl byly veskrze pozitivním zjištěním. Část pacientů však značné informace postrádá. Všeobecné sestry by měly správně vedenou edukací pomocí edukačního standardu počet dobře zodpovězených otázek zvýšit.

Druhý cíl bakalářské práce zjišťoval informovanost pacientů o rizikových faktorech přispívajících ke vzniku hemoroidů. Předpokládala se informovanost respondentů 60 a více %. Výzkumný předpoklad č. 2 byl v souladu s výsledky výzkumného šetření. 56 (86,2 %) respondentů správně označilo faktory přispívající ke vzniku hemoroidálního onemocnění. Pouze 45 (69,2 %) respondentů označilo správné potraviny vhodné ke snížení výskytu hemoroidálního onemocnění, obsahující tedy nejvíce vlákniny. Tato skutečnost nám přišla zarážející. Podle výzkumu Šulcové (59) se v oblasti rizikových faktorů všeobecné sestry soustředí právě na edukaci o potravinách s vyšším obsahem vlákniny. Toto zjištění vzešlo z 6 strukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami, kdy důraz na edukaci v oblasti výživy zmínilo 6 (100,0 %) všeobecných sester. Tvzení všeobecných sester však neodpovídá odpovědím respondentů. Z výsledků výzkumného šetření nepovažujeme edukaci v oblasti výživy dostačující pro řádnou informovanost pacientů. Odpovědi na otázku týkající se vhodného pohybu pro snížení výskytu hemoroidálního onemocnění byly vesměs pozitivního charakteru. Plavání bylo označeno správně ve 45 (69,2 %) případech, chůzi označilo za vhodné již pouze 15 (23, 1%) respondentů a běh pouze 1 (1,5 %). Pouze 3 (4,30 %) respondenti však dokázali označit všechny tři správné odpovědi. Zjištění o neinformovanosti pacientů o pohybovém režimu, který je podle Hrabákové (27) velice důležitý a má preventivní charakter nejenom u hemoroidálního onemocnění, je velice alarmující. O oblasti pohybu by měli být pacienti lépe edukováni. Sedláčková (58) dokonce uvádí, že 21 (13,04 %) respondentů nevědělo žádnou vhodnou pohybovou aktivitu předcházející vznik onemocnění. Domníváme se, že tyto výsledky znovu poukazují na nedostatky v oblastech edukace pacientů s hemoroidy. Pozitivní byl výsledek ohledně správného tvrzení o vyprazdňování. 60 (92,3 %) respondentů zvolilo vhodnou variantu o vyprazdňování v pravidelnou denní dobu. Tento výsledek byl velice příjemným zjištěním. Činnostmi, kterým se věnují pacienti během pobytu

na toaletě, se zabývala otázka č. 15. Pozitivní bylo zjištění, že 40 (61,50 %) respondentů se žádné jiné činnosti nevěnuje. Bohužel 10 (15,4 %) z dotázaných uvedlo, že si během vyprazdňování čte a 10 (15,4 %) respondentů používá mobilní telefon. 5 (7,7 %) z dotázaných dokonce uvedlo, že během vyprazdňování kouří cigarety. Podle Čermáka (62) zvyšují jakékoliv činnosti během vyprazdňování tlak v konečniku, který přispívá k výskytu hemoroidů. Člověk se sice zaměstnává jinou činností, ale podvědomě stále vyvíjí tlak na stolici. Bohužel si tohoto rizika většina pacientů nemusí být vědoma.

Třetím cílem bylo Zjistit informovanost pacientů o režimových opatřeních po operaci hemoroidů. Předpokládala se informovanost 45 % a více. Tento výzkumný předpoklad byl v souladu s výsledky výzkumného šetření. Bohužel takto nízké číslo není v žádném případě žádoucí. Velká část pacientů nedodrží režimová opatření, v horším případě o režimových opatřeních nebyla vůbec informována. V otázce týkající se spodního prádla uvedlo 58 (89,2 %) respondentů správnou variantu a to, že nosí volné a bavlněné. Nošení těsného a upnutého prádla, jak uvedlo 5 (10,9 %) respondentů, uvádí Kapounová (18) jako riziko vzniku možných pooperačních komplikací a recidiv. Po propuštění do domácího ošetřování jen 30 (46,2 %) respondentů uvádí, že si po každém vyprázdnění konečnick osprchují. Přitom podle Horáka (5) či Korbičky (37) je právě zanedbání intimní hygieny velice ohrožující, způsobuje jak samotný vznik hemoroidálního onemocnění, delší dobu léčení, ale i recidivu. Jako preventivní opatření proti vzniku zácpy, které se nedoporučuje, označilo 12 (18,5 %) respondentů nácvik defekačního reflexu. Tuto odpověď považujeme za velice negativní a její výskyt připisujeme možné neuspořádanosti v edukaci. Nácvik defekačního reflexu, tedy vypití vlažné vody nalačno ráno v pravidelnou dobu, uvádí jako vhodnou prevenci zácpy např. Suchánek (16) či Brabcová (38). Užití projímadla, které bylo v této otázce správnou odpovědí, označilo 50 (77,0 %) respondentů. Bohužel další otázka týkající se činností zhoršující výskyt hemoroidálního onemocnění měla alarmující výsledky. Dlouhé sezení sice správně označilo 60 (92,3 %) respondentů, dlouhé stání uvedlo 40 (61,5 %) z dotazovaných a zvedání těžkých břemen uvedlo správně 30 (46,2 %) respondentů. Nikdo z dotazovaných však neuvedl všechny tři správné odpovědi a nezískal tak požadovaný bod pro splnění této otázky. Považujeme za nezbytné, aby pacienti znali alespoň tři činnosti zhoršující výskyt hemoroidů. Obsah stravy po operaci hemoroidů po propuštění do domácího ošetřování zná pouze 39 (60 %) z dotazovaných. Překvapivě 20 (30,8 %) respondentů označilo za vhodný vyšší příjem vápníku

a hořčíku, který po operaci hemoroidů neuvádí žádný relevantní zdroj. Z uvedených výsledků vyšlo najevo, že velká část lidí nedodržuje režimová opatření, která jsou po operaci hemoroidů důležitá. Domníváme se, že za tuto skutečnost může opět nesprávně prováděná edukace pacientů. Tuto domněnku také potvrzuje skutečnost, že pouze 30 (46,2 %) respondentů bylo zcela spokojeno s vysvětlením režimu, který je nutný v rámci léčby hemoroidů dodržovat. Tento výsledek by měl být motivací pro všechny všeobecné sestry, které jsou pověřené edukační činností. O důležitosti edukace v moderním ošetřovatelství není potřeba dlouhé diskuze. Jedním z důkazů jsou nově uveřejněné kompetence v oblasti edukace a motivace pacienta, které stanovila vyhláška MZ ČR č. 2/2016. (57) Prostřednictvím výzkumného šetření bylo jasně zjištěno, že část pacientů postrádá informace o onemocnění, se kterým se léčí. Pacienti často neznají základní informace o hemoroidech i o rizikových faktorech přispívajících ke vzniku této choroby. Největším problémem, který z výzkumného šetření vyplynul, je však nízká informovanost o režimových opatřeních po operaci hemoroidů. Přitom právě režimová opatření jsou např. podle Lukáše (12) velice důležitá v terapii hemoroidálního onemocnění.

6 Návrh doporučení pro praxi

Problematika nízké informovanosti pacientů o režimových opatřeních po operaci hemoroidů vychází z praxe, ve které všeobecným sestřím doposud chyběl dokument, který by obsahoval jasně dané body o dílčích oblastech pro edukaci pacienta s hemoroidy. Jelikož velká část chirurgických oddělení a chirurgických či proktologických ambulancí tento dokument postrádala, byla edukace pacientů často plná omylů, chyb a nedostatků. Následky takovéto edukace mohou být pro pacienta velice nepříjemné až katastrofální např. v podobě pooperačních komplikací jako jsou infekce, krvácení či recidiva onemocnění. Proto byl, jako výstup této bakalářské práce, vytvořen **edukační standard** (viz Příloha č. 8) pro edukaci pacientů po operaci hemoroidů, který má napomoci všeobecným sestřím sjednotit tuto edukaci v jeden celek. Díky edukačnímu standardu se eliminuje množství vzniklých chyb během edukace a zamezuje se také opomenutí některé z oblastí této edukace. Edukační standard by mohl být po schválení poskytnut zdravotnickým zařízením, která poskytují

péči pacientům s hemoroidálním onemocněním. Vytvořený edukační standard by mohl také sloužit jako **studijní materiál** pro studenty oboru Všeobecná sestra v předmětech Ošetřovatelská péče v chirurgických oborech a Základy edukační činnosti.

Pro zpětnou vazbu a rozvoj edukace pacienta s hemoroidy je součástí edukačního standardu také **ošetřovatelský audit** (viz Příloha č. 8). Ten by mohl odhalit případné nedostatky ze strany edukujících sester. Pro dobře fungující edukaci nesmíme opomínat ani **vzdělávání samotných sester**. V neposlední řadě by pro zvýšení informovanosti pacientů byly zcela jistě dobré semináře, školení či přednášky pro všeobecné sestry, kde by doplnily potřebné znalosti a získaly nové poznatky pro edukaci pacientů. Toto doporučení může mít však pozitivní výsledek pouze při dostatečné motivaci samotných všeobecných sester.

Pro edukaci pacienta s hemoroidy je také vhodné **prezentovat získané výsledky** z výzkumného šetření, po předchozím souhlasu, **na odborných konferencích pro nelékařský zdravotnický personál**. Pro získání dalších dat o informovanosti pacientů by bylo vhodné **pokračovat ve výzkumném šetření**. Zajímavé by bylo např. porovnat informovanost pacientů v privátním a státním zdravotnickém zařízení či porovnání informovanosti pacienta po edukaci bez edukačního standardu a s ním.

IV Závěr

Bakalářská práce komplexně nahlíží na problematiku hemoroidálního onemocnění se zaměřením na edukaci pacienta s touto chorobou. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se zabývá hemoroidálním onemocněním. Popisuje anatomii a fyziologii, rozdělení hemoroidů, etiologii a rizikové faktory, symptomy, diagnostiku a terapii. Dále pojednává o ošetrovatelské péči poskytované ze strany všeobecné sestry, zabývá se úlohou sestry při diagnostice, ošetrovatelskou péčí před a po operaci a režimem s komplikacemi v pooperačním období. Především se teoretická část zaměřuje na edukaci pacienta s hemoroidy. Nejdříve je popsána samotná edukace, edukační proces, role všeobecné sestry v edukaci, formy, metody a prostředky edukace. Dále se edukace specifikuje na hemoroidální oblast, kdy je popsána edukace v prevenci vzniku onemocnění a edukace o režimových opatřeních po operaci hemoroidů.

Výzkumná část se zabývala stanovenými cíli bakalářské práce. Prvním cílem bylo zjistit informovanost pacientů o hemoroidech. Cíl byl splněn a výzkumný předpoklad č. 1 byl v souladu s výzkumným šetřením. **Pacienti jsou v 79 % a více informováni o hemoroidech.** Druhým cílem bylo zjistit informovanost pacientů o rizikových faktorech přispívajících ke vzniku hemoroidů. Cíl byl splněn. Výzkumný předpoklad č. 2 byl v souladu s výzkumným šetřením. **Pacienti jsou v 60 % a více informováni o rizikových faktorech přispívajících ke vzniku hemoroidů.** Třetí cíl měl za úkol zjistit informovanost pacientů o režimových opatřeních po operaci hemoroidů. Tento cíl byl splněn a výzkumný předpoklad č. 3 byl v souladu s výzkumným šetřením. **Pacienti jsou ve 45 % a více informováni o režimových opatřeních po operaci hemoroidů.**

Výzkumné šetření, i přes potvrzení všech výzkumných předpokladů, poukázalo na nedostatky informovanosti pacientů s hemoroidálním onemocněním. V některých případech se jednalo o alarmující výsledky. Edukace pacientů s hemoroidy je mnohdy uspěchaná a neposkytuje pacientům ucelené informace, které v léčbě a prevenci onemocnění potřebují. Je naprosto nezbytné postupovat během edukace uceleně prostřednictvím edukačního standardu. „*Sestra má být ve svém povolání dobrou odbornicí a v životě ušlechtilým člověkem.*“ (Kutnohorská, 2010, s. 165)

V Seznam použité literatury

1. ČOUPKOVÁ, Hana. *Ošetřovatelství v chirurgii*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4731-292.
2. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.
3. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Speciální chirurgie*. 3. vyd. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-128-5.
4. HORÁK, Ladislav et al. *Praktická proktologie*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3595-5.
5. ANDĚL, P., M. ŠKROVINA a V. DUCHÁČ. *Základy praktické proktologie*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-807-2628-926.
6. HERMAN, Jiří et al. *Žilní onemocnění v klinické praxi*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3335-7.
7. POVÝŠIL, Ctibor et al. *Speciální patologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-246-1442.
8. LUKÁŠ, Karel et al. *Chorobné znaky a příznaky*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2764-6.
9. CHROBÁK, Ladislav et al. *Propedeutika vnitřního lékařství*. 4. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1309-0.
10. KRŠKA, Zdeněk. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3815-4.
11. MAREK, Josef. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4726-397.
12. LUKÁŠ, Karel a Vanda CIPROVÁ. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0.
13. ČERNOCH, Jiří. *Prekancerózy v trávicím traktu*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4735-009.
14. VYSLOUŽIL, Kamil. *Komplexní léčba nádorů rektu*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0628-8.
15. SCHUMPELICK, Volker a Vanda CIPROVÁ. *Chirurgie – stručný atlas operací a výkonů*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4745-312.
16. SUCHÁNEK Štěpán et al. *Rakovina tlustého střeva a konečníku. Prevence zabírá*. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2474-7.

17. ČERMÁK, Jaroslav. Prevence, diagnostika a léčba hemoroidů. *Medicína pro praxi: mezioborové přehledy*. 2008, **5**(2), 81-83. ISSN 1214-8687.
18. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
19. GIVEN, Jean Claude. *Anorectal and Colonic diseases*. 3. vyd. Berlin: Springer-Verlag, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
20. ANDĚL, Petr. *Manuál transanální endoskopické mikrochirurgie*. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-807-2626-427.
21. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
22. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-726-2845-2.
23. ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: ZSF JCU, 2012. ISBN 978-80-7394-246-5.
24. NANDA, International. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5412-3.
25. MAGUROVÁ, Dagmar a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-326-4.
26. NEMCOVÁ, Jana a Edita HLINKOVÁ. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9.
27. HRABÁKOVÁ, Zdeňka. Hemoroidy. *Edukafarm Farminews*. 2011, **4**(1), 10. ISSN 1213-1717.
28. DUBEN, Jiří. Hemoroidy, konzervativní a invazivní možnosti léčby. *Practicus*. 2012, **11**(6), 16. ISSN 1213-8711.
29. KORBIČKA, Jiří et al. Co dělat při podezření na hemoroidy? *Medicína pro praxi: Mezioborové přehledy*. 2012, **9**(12), 482-489. ISSN 1214-8687.
30. VLČEK, Petr et al. Co nového v léčbě hemoroidů?. *Medicína pro praxi: Mezioborové přehledy*. 2010, **7**(1), 9-13. ISSN 1214-8687.
31. BLAŽEK, Martin et al. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. *Medicína pro praxi: Mezioborové přehledy*. 2012, **9**(11), 422-428. ISSN 1214-8687.
32. KHÝNOVÁ, Lucie. Léčba hemoroidálního onemocnění. *Praktické lékařství*. 2011, **7**(3), 144-147. ISSN 1803-5329.

33. ŠLAUF, Petr. Komplikace hemoroidů. *Rozhledy v chirurgii*. 2014, **93**(4), 223-225. ISSN 1803-6597.
34. SAKAKIBARA, Ryuji et al. Influence of Body Position on Defecation in Humans. *Lower urinary tract symptoms*. 2010, **2**(1), 16-21. ISSN 1757-5672.
35. JELIGOVÁ, Hana a František KOŽÍŠEK. Pitný režim: proč, kolik a co vlastně pít? *Interní medicína*. 2010, **12**(7), 388-389. ISSN 1803-5256.
36. ČESKO. Vyhláška MZ ČR č. 55/ 2011 Sb. ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482-544. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, 2011. ISSN 1211-1244.
37. KORBIČKA, Jiří et al. Hemoroidy – časté a nepříjemné onemocnění – konzervativní terapie, chirurgické metody. *Medicína pro praxi: Mezioborové přehledy*. 2012, **9**(12), 482-489. ISSN 1214-8687.
38. BRABCOVÁ, Iva et al. Prevence kolorektálního karcinomu. *Onkologie*. 2009, **3**(5), 316-318. ISSN 1803-5345.
39. FERKO, Alexander et al. *Chirurgie v kostce*. 2. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9041-1.
40. CAPLIN, Marcy et al. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. Překlad: Veronika Di Cara. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
41. ŠEJDA, Jan et al. *Výkladový slovník epidemiologické terminologie*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-6188-6.
42. VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3420-0.
43. MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II: aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1443-4.
44. CVACHOVEC, Karel et al. *Doporučení pro omezování příjmu tekutin a stravy před anesteziologickou péčí*. Doporučení pro omezování příjmu tekutin a stravy, ČSARIM ČLS JEP. [online] © 2011 [cit. 2015-9-19]. Dostupné z: <http://www.csarim.cz/detail-novinky/doporuceni-pro-omezovani-prijmu-tekutin-a-stravy-pred-anesteziologickou-peci/>
45. SEGNAV, Nereo. *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010. ISBN 978-92-79-16574-0.

46. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.
47. JECH, Zbyněk. Současné možnosti léčby hemoroidální nemoci. *Medicina pro praxi*. 2006, **6**(1), 284-287. ISSN 1803-5310.
48. HERMAN, Jiří. Žilní onemocnění. In: *Abstrakta z Kongresu praktického lékařství 2007*. Olomouc: Solen, 2007, 15 s. ISSN 1801-2434.
49. SÚKL. *Souhrn údajů o přípravku: lauromakrogol*. [online] © 2009 [cit. 2015-9-19] Dostupné z: www.sukl.cz/download/spc/SPC108846.doc
50. VLČEK, Petr. Co nového v léčbě hemoroidů? Operace dle Longa. *Medicina pro praxi*. 2010, **7**(1), 9-13. ISSN 1803-5310.
51. MZ ČR. Věstník MZ ČR částka 9 ze dne 23. srpna 2004 o Metodických opatření: Koncepci ošetrovatelství. In: *Věstník MZ ČR*. 2004, částka 9, s. 2-8. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004.
52. ČESKO. Vyhláška MZ ČR částka 70/2012 Sb. ze dne 29. února 2012 o preventivních prohlídkách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 27, s. 842-848. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, 2012. ISSN 1211-1244.
53. PAVLÁT, David. *Úřad pro ochranu osobních údajů. Identifikační náramky pacientů v nemocnici*. [online] © 2013 [cit.2015-10-24] Dostupné z: <https://www.uouu.cz/identifikacni-naramky-pacientu-v-nemocnici/d-6293>
54. PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
55. LUKÁŠ, Karel et al. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-6720-8.
56. ČERNÝ, Vladimír et al. *Doporučený postup vyšetření před diagnostickými nebo léčebnými výkony operační a neoperační povahy s požadavkem anesteziologické péče (tzv. předanestetické vyšetření)*. Doporučené postupy, ČSARIM ČLS JEP. [online] © 2009 [cit.2016-2-9] Dostupné z: http://www.csarim.cz/Public/csarim/doc/postupy/MP_CSARIM_Predanest_vysetreni_verze_2_final_190509.pdf
57. ČESKO. Vyhláška MZ ČR částka 2/2016 Sb. ze dne 25. prosince 2015 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2016, částka 1, s. 7. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, 2016. ISSN 1211-1244.

58. SEDLÁČKOVÁ, Andrea. *Informovanost laické veřejnosti o problematice hemoroidů*. Praha, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. 1. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Miluše Kulhová.
59. ŠULCOVÁ, Jana. *Role sestry v proktologické ambulanci*. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. ZSF JCU. Vedoucí práce Jitka Tamáš Otásková.
60. NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4449-0.
61. KONEČNÁ, Nela. *Informovanost laické veřejnosti nad 50 let o možnostech screeningu kolorektálního karcinomu v Libereckém kraji*. Liberec, 2015. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci. Ústav zdravotnických studií. Vedoucí práce Alena Pelcová.
62. ČERMÁK, Jaroslav. Prevence, diagnostika a léčba hemoroidů. *Medicína pro praxi*. 2008, 5(2), 81-83. ISSN 1803-5310.
63. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1	Pohlaví respondentů
Tabulka č. 2	Věk respondentů
Tabulka č. 3	Povolání respondentů
Tabulka č. 4	Lokalizace hemoroidů
Tabulka č. 5	Pojem hemoroidy
Tabulka č. 6	Příznaky hemoroidálního onemocnění
Tabulka č. 7	Pravdivé tvrzení o výskytu hemoroidů
Tabulka č. 8	Vyšetření per rektum
Tabulka č. 9	Sedací koupel
Tabulka č. 10	Délka trvání sedací koupele
Tabulka č. 11	Rizikové faktory vzniku
Tabulka č. 12	Vhodné potraviny
Tabulka č. 13	Pohybová aktivita
Tabulka č. 14	Správné vyprazdňování
Tabulka č. 15	Činnosti během pobytu na toaletě
Tabulka č. 16	Spodní prádlo
Tabulka č. 17	Hygiena konečníku
Tabulka č. 18	Prevence zácpy
Tabulka č. 19	Činnosti zhoršující výskyt
Tabulka č. 20	Strava po hemoroidektomii
Tabulka č. 21	Spokojenost s edukací
Tabulka č. 22	Analýza výzkumného cíle č. 1 a předpokladu č. 1
Tabulka č. 23	Analýza výzkumného cíle č. 2 a předpokladu č. 2
Tabulka č. 24	Analýza výzkumného cíle č. 3 a předpokladu č. 3

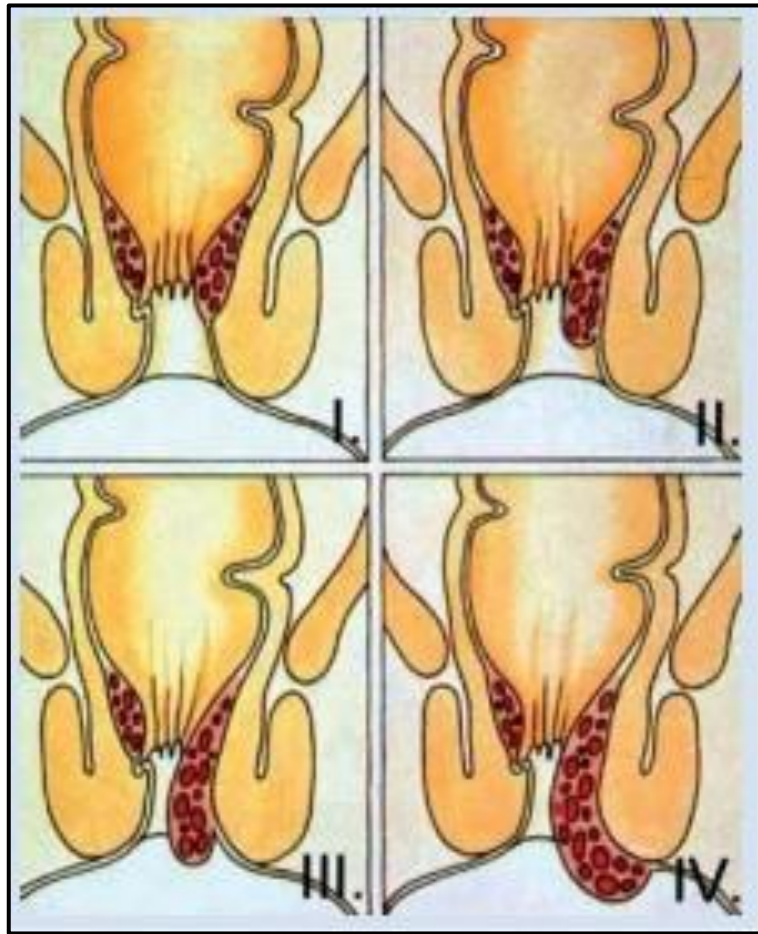
Seznam grafů

Graf č. 1	Lokalizace hemoroidů
Graf č. 2	Pojem hemoroidy
Graf č. 3	Příznaky hemoroidálního onemocnění
Graf č. 4	Pravdivé tvrzení o výskytu hemoroidů
Graf č. 5	Vyšetření per rektum
Graf č. 6	Sedací koupel
Graf č. 7	Délka trvání sedací koupele
Graf č. 8	Rizikové faktory vzniku
Graf č. 9	Vhodné potraviny
Graf č. 10	Pohybová aktivita
Graf č. 11	Správné vyprazdňování
Graf č. 12	Činnosti během pobytu na toaletě
Graf č. 13	Spodní prádlo
Graf č. 14	Hygiena konečníku
Graf č. 15	Prevence zácpy
Graf č. 16	Činnosti zhoršující výskyt
Graf č. 17	Strava po hemoroidektomii
Graf č. 18	Spokojenost s edukací

Seznam příloh

Příloha č. 1	Stupně hemoroidálního onemocnění
Příloha č. 2	Vhodné potraviny při hemoroidálním onemocnění
Příloha č. 3	Šicí přístroj Stapler
Příloha č. 4	Výhody defekace v podřepu
Příloha č. 5	Dotazník
Příloha č. 6	Protokol k provádění výzkumu
Příloha č. 7	Vyhodnocení předvýzkumu
Příloha č. 8	Edukační standard

Příloha č. 1 Stupně hemoroidálního onemocnění



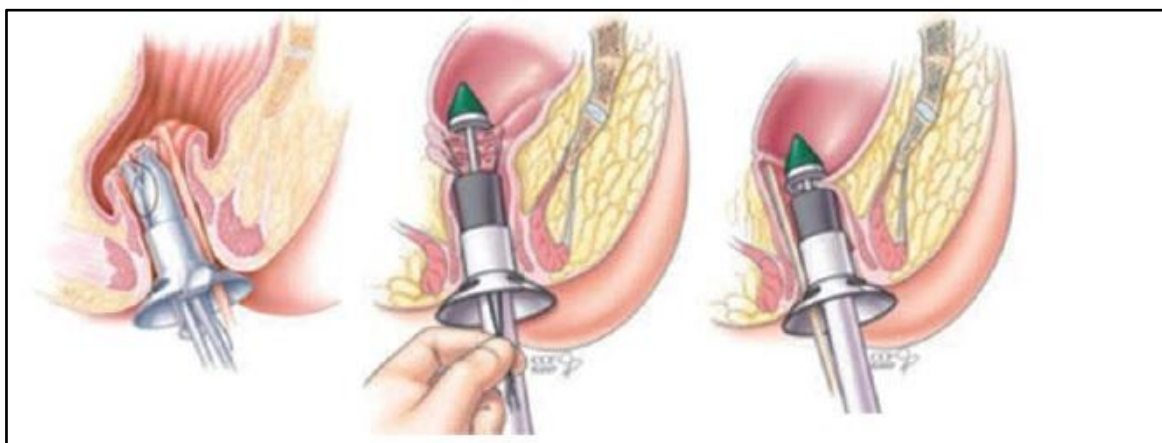
Obrázek č. 1 Goligherova klasifikace rozdělení hemoroidů podle morfologických a klinických změn. (47)

Příloha č. 2 Vhodné potraviny při hemoroidálním onemocnění

Maso libové hovězí zadní, vepřová kýta, kuře, krůta, telecí, jehněčí, králik, rybi filety
Mléčné výrobky zakysané mléčné výrobky, kefirové mléko, jogurty, nízkotučné měkké sýry
Ovoce sušené ovoce, ovocné šťávy a kompoty, čerstvé ovoce vhodné konzumovat se slupkou např.: jablka, hrušky, švestky, broskve, nektarinky, fíky, hroznové víno
Zelenina kořenová zelenina, mrkev, červená řepa, šťáva z červeného zelí, okurky, rajčata, meloun
Vláknina luštěniny, obiloviny, celozrnné pečivo, oves a ovesné výrobky
Tuky zejména rostlinné tuky a oleje

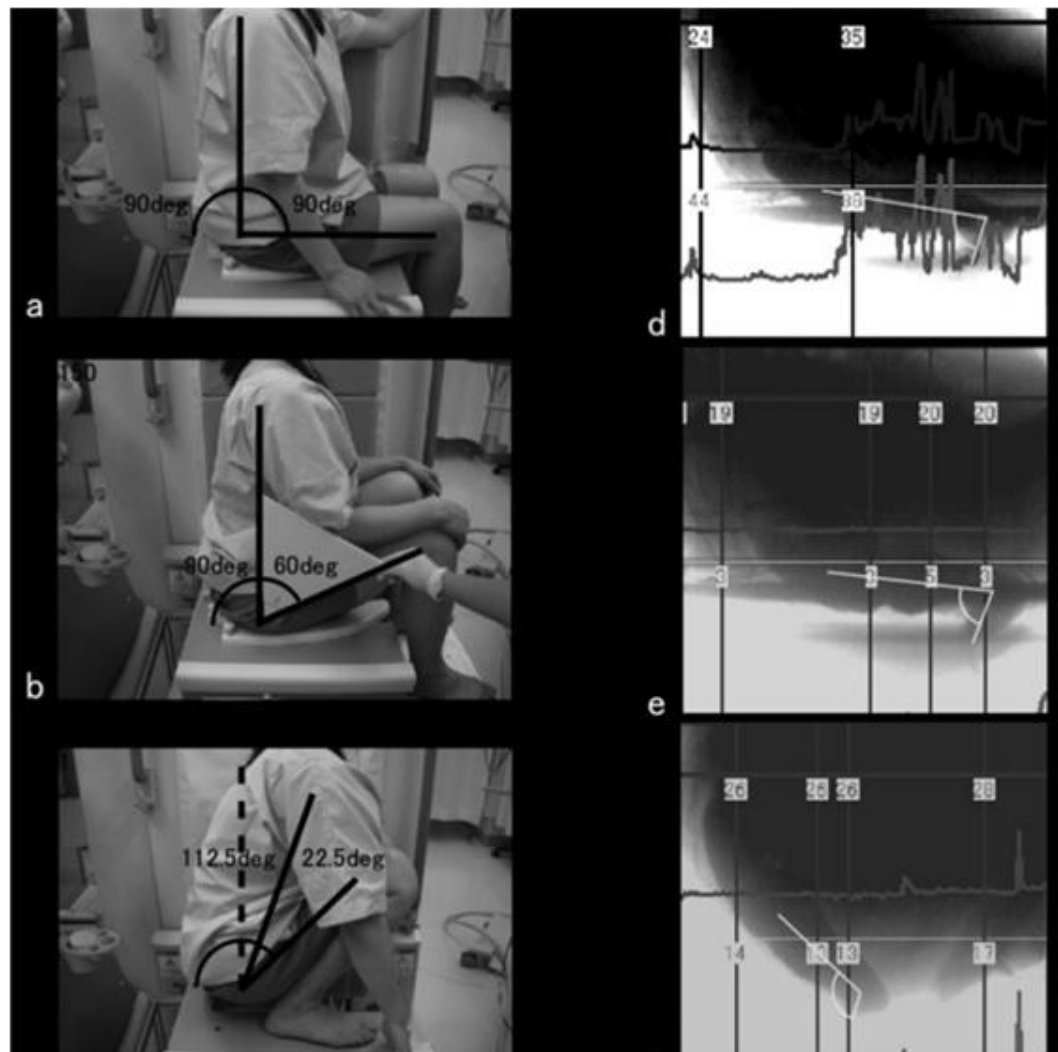
Tabulka č. 1 přehled nejvhodnějších potraviny pro prevenci zácpy a tedy i prevenci hemoroidálního onemocnění. (12, 55)

Příloha č. 3 Šicí přístroj Stapler



Obrázek č. 2 průběh Stapler-Longovy operace za pomoci šicího přístroje. (50)

Příloha č. 4 Výhody defekace v podřepu



Obrázek č. 4 Rozdíly v defekaci (34)

Japonské studie z roku 2010 zjistila efektivitu vyprazdňování v podřepu. Při vyprazdňování v podřepu dochází k největšímu otevření rekta a tudíž k nejsnadnější defekaci s nejnižším rizikem vzniku hemoroidálního onemocnění. (34)

Příloha č. 5 Dotazník

Vážení,

Jmenuji se Anna Rambousková a studuji 3. ročník oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který poslouží jako podklad výzkumné části mé bakalářské práce na téma Edukace pacienta s hemoroidy.

Informace, které mi poskytnete, budou důvěrně a zcela anonymně zpracovány.

Vyplnění dotazníku Vám zabere 10-15 minut. Předem Vám děkuji za jeho vyplnění. Prosím o vyplnění veškerých otázek v dotazníku. Každá otázka má pouze jednu správnou odpověď, pokud není uvedeno jinak. Správnou odpověď označte křížkem. Kompletně vyplněný dotazník prosím odevzdejte sestře.

Velmi si vážím času, který věnujete k vyplnění tohoto dotazníku.

Anna Rambousková

Dotazníkové otázky:

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Jaký je Váš věk?

- a) 18 - 29 let
- b) 30 - 39 let
- c) 40 - 49 let
- d) 50 – 59 let
- e) 60 a více let

3. Povolání: prosím uveďte –

4. Kde se podle Vás hemoroidy nachází?

- a) v tenkém střevě
- b) na přechodu tenkého a tlustého střeva
- c) v konečném úseku tlustého střeva – konečníku
- d) v červovitém výběžku slepého střeva

5. Co jsou podle Vašeho názoru hemoroidy?

- a) rozšířené žíly
- b) rozšířené tepny
- c) poškozené nervy
- d) poškozené nervosvalové ploténky

6. Jaké jsou podle Vašeho názoru příznaky hemoroidálního onemocnění?

- a) změny nálad, nadměrné pocení, závratě, vyrážka v oblasti konečníku
- b) krvácení z konečníku, bolest, svědění, pálení, změny ve vyprazdňování
- c) bolest, zvracení, snížená chuť k jídlu, žíznivost, únava
- d) zvýšená teplota, nechutenství, třesavka, zarudnutí konečníku

7. Které z následujících tvrzení je podle Vás pravdivé?

- a) hemoroidy nejsou běžnou součástí konečníku
- b) hemoroidy jsou běžnou součástí konečníku
- c) hemoroidy jsou běžnou součástí konečníku, ale nemají žádnou funkci
- d) hemoroidy patří mezi infekční onemocnění (lze je tedy přenést z člověka na člověka)

8. Provádí Váš praktický lékař během preventivní lékařské prohlídky vyšetření per rektum – tedy vyšetření konečníku prstem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) nechci odpovídat

9. Jaká sedací koupel je doporučována pro léčbu hemoroidů?

- a) dubová kůra
- b) hypermangan
- c) mořská sůl
- d) měsíček lékařský
- e) pouze voda

10. Jak dlouho by měla trvat léčebná sedací koupel?

- a) 1-14 minut
- b) 15-20 minut
- c) 21-30 minut
- d) 31-60 minut
- e) více než 60 minut

11. Jaké faktory přispívají ke vzniku hemoroidálního onemocnění?

- a) pohyb, zvýšená konzumace zeleniny, kouření
- b) zvedání těžkých břemen, genetická zátěž, zácpa, sedavé zaměstnání
- c) konzumace alkoholu, nadváha, anémie
- d) průjem, těhotenství, onemocnění tepen, varixy dolních končetin

12. Jaké potraviny jsou podle Vás vhodné ke snížení výskytu hemoroidálního onemocnění, obsahují tedy nejvíce vlákniny?

- a) luštěniny, ovesné vločky, ovoce se slupkou
- b) brambory, těstoviny, zelí
- c) čokoláda, červené maso, celozrnné pečivo
- d) mléčné výrobky, rýže, banány

13. Jaká pohybová aktivita je podle Vás vhodná ke snížení výskytu hemoroidálního onemocnění? U této otázky je možné uvést více odpovědí.

- | | |
|---------------|---|
| a) cyklistika | d) žádná pohybová aktivita, pohyb zhoršuje výskyt hemoroidálního onemocnění |
| b) plavání | e) jízda na koni |
| c) běh | f) chůze |

14. Správné vyprazdňování:

- a) má trvat minimálně 30 minut
- b) má probíhat v pravidelnou denní dobu

- c) má proběhnout alespoň 2x denně
- d) má se od pocitu nutkání na stoličce co nejdále oddalovat

15. Jaké činnosti se věnujete během pobytu na toaletě?

- a) čtení
- b) používání mobilního telefonu
- c) žádné činnosti se nevěnuji, pouze vyprazdňování
- d) jiná činnost: prosím uveďte - _____
- e) nechci odpovídat

16. Jaké spodní prádlo nosíte po propuštění do domácího ošetřování?

- a) ze syntetických materiálů
- b) těsné, upnuté
- c) volné, bavlněné
- d) těsné, bavlněné
- e) jiné: prosím uveďte - _____

17. Jak často provádíte hygienu v oblasti konečníku po propuštění do domácího ošetřování?

- a) 1x denně si sprchuji konečník
- b) každé 3 hodiny používám vlhčený ubrousek
- c) po každém vyprázdnění konečníku sprchuji
- d) hygiena nemá vliv na snížení výskytu onemocnění

18. Vyberte preventivní opatření proti vzniku zácpy, které se nedoporučuje po propuštění do domácího ošetřování:

- a) dostatečný příjem tekutin a vlákniny
- b) užití projímadla
- c) dostatečná pohybová aktivita
- d) nácvik defekačního reflexu (nácvik pravidelného vyprazdňování)

19. Jaké činnosti zhoršují výskyt hemoroidálního onemocnění po propuštění do domácího ošetřování?

U této otázky je možné uvést více odpovědí.

- | | |
|------------------|---------------------------|
| a) dlouhé sezení | d) zvedání těžkých břemen |
| b) chůze | e) běh |
| c) dlouhé stání | f) chůze do schodů |

20. Co má strava po operaci hemoroidů po propuštění do domácího ošetřování obsahovat?

- a) vyvážený poměr tuků a bílkovin (např. hovězí maso a vejce)
- b) vyšší příjem vápníku a hořčíku (např. mléčné výrobky)
- c) snížený příjem rostlinných tuků (např. olivový olej)
- d) vyšší příjem vlákniny a tekutin (např. ovoce a zelenina)

21. Označte na číselné stupnici, jak jste spokojen/a s vysvětlením režimu, který je nutný v rámci léčby hemoroidů dodržovat?

Jsem:

- 1 - zcela spokojený/á
- 2 - částečně spokojený/á
- 3 - nejsem ani spokojený/á, ani nespokojený/á
- 4 - jsem nespokojený/á
- 5 - jsem velmi nespokojený/á

22. Jaké informace o hemoroidálním onemocnění postrádáte? Prosím o jejich vypsání.

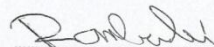
Příloha č. 6 Protokol k provádění výzkumu

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Anna Rambousková	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Všeobecná sestra	Z13000098	3.
Téma práce	Edukace pacienta s hemoroidy	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Sanatorium sv. Anny – EGK s.r.o. Všeobecná chirurgie	
Jméno vedoucího práce	Bc. Martin Krause, DiS.	
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 podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Bc. Martin Krause, DiS.	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis MUDr. Anna Jungwirthová	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Bc. Martina Tučková	
Datum zahájení výzkumu	8.2.2016	
Datum ukončení výzkumu	8.3.2016	
Počet oslovených respondentů (personálu)	0	
Počet oslovených respondentů (klientů)	50	
Poznámka:		

V Liberci dne 8.2.2016



podpis studenta

Příloha č. 7 Vyhodnocení předvýzkumu

1. Pohlaví respondentů		
	n_i [-]	f_i [%]
muž	3	30,0%
žena	7	70,0%
Σ	10	100,0%
2. Věk respondentů		
	n_i [-]	f_i [%]
18-29 let	3	30,0%
30-39 let	1	10,0%
40-49 let	3	30,0%
50-59 let	2	20,0%
60 a více let	1	10,0%
Σ	10	100,0%
3. Povolání respondentů		
	n_i [-]	f_i [%]
administrativa	5	50,0%
služby	2	20,0%
zdravotnictví	2	20,0%
jiné	1	10,0%
Σ	10	100,0%
4. Lokalizace hemoroidů		
	n_i [-]	f_i [%]
tenké střevo	0	0,0%
přechod tenkého a tlustého střeva	0	0,0%
konečný úsek tlustého střeva - konečník	10	100,0%
červovitý výběžek slepého střeva	0	0,0%
Σ	10	100%
5. Pojem hemoroidy		
	n_i [-]	f_i [%]
rozšířené žíly	8	80,0%
rozšířené tepny	1	10,0%
poškozené nervy	0	0,0%
poškozené nervosvalové ploténky	1	10,0%
Σ	10	100,0%
6. Příznaky hemoroidálního onemocnění		
	n_i [-]	f_i [%]
změny nálad, nadměrné pocení, závrať, vyrážka v oblasti konečníku	0	0,0%
krvácení z konečníku, bolest,	10	100,0%

svědění, pálení, změny ve vyprazdňování		
bolest, zvracení, snížená chuť k jídlu, žíznivost, únava	0	0,0%
zvýšená teplota, nechutenství, třesavka, zarudnutí konečníku	0	0,0%
Σ	10	100,0%
7. Pravdivé tvrzení o výskytu hemoroidů		
	n_i [-]	f_i [%]
hemoroidy nejsou běžnou součástí konečníku	4	40,0%
hemoroidy jsou běžnou součástí konečníku	4	40,0%
hemoroidy jsou běžnou součástí konečníku, ale nemají žádnou funkci	2	20,0%
hemoroidy patří mezi infekční onemocnění (lze je tedy přenést z člověka na člověka)	0	0,0%
Σ	10	100,0%
8. Vyšetření per rektum		
	n_i [-]	f_i [%]
ano	2	20,0%
ne	6	60,0%
nevím	1	10,0%
nechci odpovídat	1	10,0%
Σ	10	100,0%
9. Sedací koupel		
	n_i [-]	f_i [%]
dubová kůra	8	80,0%
hypermangan	1	10,0%
mořská sůl	0	0,0%
měsíček lékařský	0	0,0%
pouze voda	1	10,0%
Σ	10	100,0%
10. Délka trvání sedací koupele		
	n_i [-]	f_i [%]
1-14 minut	3	30,0%
15-20 minut	7	70,0%
21-30 minut	0	0,0%
31-60 minut	0	0,0%
více než 60 minut	0	0,0%
Σ	10	100,0%
11. Rizikové faktory vzniku		

	n_i [-]	f_i [%]
pohyb, zvýšená konzumace zeleniny, kouření	0	0,0%
zvedání těžkých břemen, genetická zátěž, zácpa, sedavé zaměstnání	9	90,0%
konzumace alkoholu, nadváha, anémie	0	0,0%
průjem, těhotenství, onemocnění tepen, varixy dolních končetin	1	10,0%
Σ	10	100,0%
12. Vhodné potraviny		
	n_i [-]	f_i [%]
luštěniny, ovesné vločky, ovoce se slupkou	6	60,0%
brambory, těstoviny, zelí	1	10,0%
čokoláda, červené maso, celozrnné pečivo	0	0,0%
mléčné výrobky, rýže, banány	3	30,0%
Σ	10	100,0%
13. Pohybová aktivita		
Počet respondentů: 10	n_i [-]	f_i [%]
cyklistika	1	10,0%
plavání	6	60,0%
běh	3	30,0%
žádná pohybová aktivita	1	10,0%
jízda na koni	0	0,0%
chůze	3	30,0%
správně	1	10,0%
14. Správné vyprazdňování		
	n_i [-]	f_i [%]
má trvat minimálně 30 minut	0	0,0%
má probíhat v pravidelnou denní dobu	8	80,0%
má proběhnout alespoň 2x denně	2	20,0%
má se od pocitu nutkání na stolici co nejdéle oddalovat	0	0,0%
Σ	10	100,0%
15. Činnosti během pobytu na toaletě		
	n_i [-]	f_i [%]
čtení	2	20,0%
používání mobilního telefonu	1	10,0%
žádná činnost	6	60,0%
jiná činnost	1	10,0%

nechci odpovídat	0	0,0%
Σ	10	100,0%
16. Spodní prádlo		
	n_i [-]	f_i [%]
ze syntetických materiálů	0	0,0%
těsné, upnuté	0	0,0%
volné, bavlněné	7	70,0%
těsné, bavlněné	2	20,0%
jiné	1	10,0%
Σ	10	100,0%
17. Hygiena konečníku		
	n_i [-]	f_i [%]
1x denně se sprchuji	4	40,0%
každé 3 hodiny používám vlhčený ubrousek	0	0,0%
po každém vyprázdnění konečník sprchuji	5	50,0%
hygiena nemá vliv na snížení výskytu onemocnění	1	10,0%
Σ	10	100,0%
18. Prevence zácpy		
	n_i [-]	f_i [%]
dostatečný příjem tekutin a vlákniny	0	0,0%
užití projímadla	7	70,0%
dostatečná pohybová aktivita	1	10,0%
nácvik defekačního reflexu	2	20,0%
Σ	10	100,0%
19. Činnosti zhoršující výskyt		
Počet respondentů: 10	n_i [-]	f_i [%]
dlouhé sezení	8	80,0%
chůze	0	0,0%
dlouhé stání	3	30,0%
zvedání těžkých břemen	4	40,0%
běh	1	10,0%
chůze do schodů	1	0,0%
správně	0	0,0%
20. Strava po hemoroidektomii		
	n_i [-]	f_i [%]
vyvážený poměr tuků a bílkovin	1	10,0%
vyšší příjem vápníku a hořčíku	4	40,0%
snížený příjem rostlinných tuků	0	0,0%
vyšší příjem vlákniny a tekutin	5	50,0%
Σ	10	100,0%

21. Spokojenost s edukací		
	n_i [-]	f_i [%]
1 – zcela spokojený/á	7	70,0%
2 – částečně spokojený/á	1	10,0%
3 – ani spokojený/á, ani nespokojený/á	2	20,0%
4 – nespokojený/á	0	0,0%
5 – velmi nespokojený/á	0	0,0%
Σ	10	100,0%

Příloha č. 8 Edukační standard

Název: Edukační standard po operaci hemoroidů

Charakteristika standardu: závazná norma pro edukaci pacienta po hemoroidektomii.

Cíl:

1. Pacient získá informace o režimu po operaci hemoroidů.
2. Pacient získá informace o možných komplikacích vzniklých nedodržením režimových opatření a zároveň předchází recidivě onemocnění.
3. Pacient aktivně spolupracuje, podílí se na léčbě.

Určeno pro: pacienty po hemoroidektomii na chirurgickém oddělení, chirurgické nebo proktologické ambulanci

Vydání: červen 2016

Doba platnosti: od srpna 2016 do srpna 2017

Frekvence kontroly: průběžně, nepravidelně, bez ohlášení, nejméně jednou ročně

Kontrolu vykonává: vrchní sestra daného pracoviště, náměstkyně ošetrovatelské péče

Kritéria struktury:

S1 Kompetentní pracovníci: edukační sestra (registrovaná všeobecná sestra, sestra pro péči v chirurgických oborech)

S2 Prostředí: chirurgické oddělení, chirurgická ambulance, proktologická ambulance

S3 Pomůcky: písemný edukační materiál s informacemi o onemocnění, obrázky stupně hemoroidů, anatomický model rektu, tabulka s vhodnými potravinami

S4 Dokumentace: lékařská a ošetrovatelská dokumentace, formulář pro záznam o edukaci

Kritéria procesu:

P1 Všeobecná sestra se pacientovi představí jménem, ověří si jeho totožnost pomocí identifikačního náramku a oslovením, vyžádá si jeho souhlas s realizací edukace.

P2 Sestra posoudí stupeň informovanosti pacienta o daném tématu, schopnost učení, psychický stav, schopnost spolupráce a aktuální stav (pozorováním, rozhovorem, z dokumentace, či pomocí dotazníku).

P3 Sestra diagnostikuje ošetrovatelské diagnózy ve vztahu k edukaci dle NANDA taxonomie III.

P4 Sestra formuluje společně s pacientem cíle edukace.

P5 Sestra určí společně s pacientem obsah a rozsah edukace.

P6 Sestra volí metody edukace tradiční, zejména slovní a písemné. Vhodná je monologická metoda typu výklad. Individuální forma edukace je pro pacienta nejvhodnější. Dle potřeb pacienta lze edukaci rozdělit do více výukových sezení. Minimální počet výukových sezení jsou 3 sezení, po 30 minutách. Počet edukačních hodin je dokumentován.

P7 Sestra poučí pacienta dle jeho stupně vědomostí v oblastech:

1. sezení, 30 minut

- **hygienická péče:** sprchovat konečník po každé stolici a kdykoliv během dne, ke sprchování využívat vodu a mýdlo s neutrálním pH, osušit konečník bavlněným ručníkem, používat neparfémovaný a bílý toaletní papír,
- **sedací koupele:** 15-20 minut v dubové kůře či heřmánku po pooperační kontrole dle doporučení lékaře,
- **péče o operační ránu:** sprchování, nezatěžování řitní oblasti,
- **oblečení a spodní prádlo:** volné, bavlněné,
- **výživa a pitný režim:** potraviny s vyšším obsahem vlákniny (luštěniny, obiloviny, ořechy, semena, ovoce a zelenina), minimálně 22,5 g v potravě; potraviny pro změkčení stolice jako jsou mléčné výrobky a ovocné kompoty; pitný režim dodržovat 1ml tekutin/1kg váhy/1 hodina; preferovat vodu či bylinné minerální vody a čaje,
- **souhrn veškerých informací**

2. sezení, 30 minut

- **ověření informací z prvního edukačního sezení**
- **pravidelnost ve vylučování:** nácvik defekačního reflexu, při pocitu nutkání na stoličce neoddalovat samotné vyprázdnění,
- **správné vyprázdnění:** během pobytu na toaletě se nezaměstnávat jinými činnostmi, vyprazdňovat se co nejkratší dobu, minimální zátěž pro konečník umožňuje vyprazdňování v podřepu,
- **nedoporučené činnosti během vyprazdňování na toaletě:** čtení, používání mobilního telefonu, kouření atd.,
- **prevence zácpy:** strava bohatá na vlákninu, pitný režim, pohyb,
- **bolest:** nefarmakologické postupy: aplikace chladu, úlevová poloha na zádech, analgetika dle ordinace lékaře,
- **souhrn veškerých informací**

3. sezení, 30 minut

- **ověření informací z prvního a druhého edukačního sezení,**
- vhodná **pohybová aktivita nezatěžující řitní oblast:** např. plavání, chůze či běh; nevhodné aktivity: cyklistika, jízda na koni; při sedavém zaměstnání v pravidelných intervalech měnit sed za stoj a chůzi; pohyb vykonávat pravidelně minimálně 3x týdně po dobu 30 minut.
- **riziko komplikací** v důsledku nedodržení režimových opatření: prodloužení doby hojení, infekce, krvácení z operační rány, bolest nebo recidiva onemocnění
- **správné zvedání těžkých břemen,**
- **souhrn veškerých informací**

P8 Sestra během edukace podporuje pacienta v aktivitě a poskytne mu prostor na položení otázek. Na veškeré otázky odpovídá v rámci svých kompetencí. Poskytuje pacientovi dostatek času.

P9 Sestra koordinuje edukaci v jednotlivých oblastech zmíněných v bodě P7 s ostatními členy zdravotnického personálu (ostatní všeobecné sestry, lékař, nutriční terapeut, fyzioterapeut).

P10 Sestra poskytne pacientovi ucelené informační materiály s obrázky a doporučí mu další vhodné zdroje informací (literatura např. Praktická proktologie od Horáka či článek *Rakovina tlustého střeva a konečníku. Prevence zabírá* od Suchánka)

P11 Sestra ověří po realizaci edukace, zda pacient všemu porozuměl, získal požadované vědomosti a dovednosti a zda poskytnuté informace chápe. Dále s ním provede vyhodnocení celé edukace. Pokud některé cíle edukačního procesu nebyly splněny, je nutné pacienta reedukovat, a tudíž naplánovat s pacientem další edukační hodinu.

P12 Sestra přesně zaznamená do edukačního záznamu celý průběh edukace pacienta.

Kritéria výsledku:

V1 Pacient zná jméno všeobecné sestry, která edukaci vykonává.

V2 Edukace pacienta probíhá dle předem stanoveného edukačního plánu.

V3 Pacient je dle jeho stupně vědomostí informován o jednotlivých oblastech uvedených v bodě P7.

V4 Pacient ví, kde si může dohledat další informace o hemoroidálním onemocnění a zásadách režimu po operaci.

V5 V pacientově dokumentaci je přesný záznam o celém průběhu edukace, včetně data, času a podpisu edukující sestry.

Ošetřovatelský audit:

Název: Vyhodnocení splnění edukačního standardu po operaci hemoroidů

Auditor/auditoři:

Datum:

Metody: otázka pro sestru, otázka pro pacienta, pozorování sestry při výkonu edukace, kontrola pomůcek, kontrola prostředí, kontrola dokumentace

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
S1-S3	Byly splněny podmínky v bodech S1 – pracovník S2 – prostředí S3 – pomůcky	kontrola prostředí, kontrola pomůcek	3b.	0b.
S4	Měla sestra k dispozici potřebnou dokumentaci?	kontrola dokumentace	1b.	0b.

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
P1	Byly splněny podmínky uvedené v kritériu procesu P1? představení sestry identifikace souhlas s edukací	pozorování sestry při výkonu edukace	1b. 1b. 1b.	0b.
P2	Posoudila sestra kritéria uvedená v bodě P2?	pozorování sestry při výkonu edukace, kontrola dokumentace	1b.	0b.
P3	Stanovila sestra ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie III?	kontrola dokumentace, formuláře pro edukaci	1b.	0b.
P4	Formulovala sestra s pacientem cíle edukace správně?	kontrola dokumentace	1b.	0b.
P5	Určila sestra obsah a rozsah edukace společně s pacientem?	otázka pro sestru, otázka pro pacienta	1b.	0b.
P6	Zvolila sestra vhodné metody, formu, pomůcky, časový rámec a způsob hodnocení edukace?	kontrola dokumentace, otázka pro sestru	4b.	0b.
P7	Realizovala sestra edukační proces ve smyslu kritérií uvedených v bodě P7? Hygienická péče – 1b. Péče o ránu – 1b. Volné oblečení, spodní prádlo – 1b. Sedací koupel – 1b. Výživa a pitný režim – 1b. Pravidelnost vylučování – 1b. Správné vyprazdňování – 1b. Prevence zácpy – 1b. Bolest – 1b. Zvedání těžkých břemen – 1b. Pohyb – 1b. Riziko komplikací – 1b. Souhrn veškerých informací – 1b.	pozorování sestry při výkonu edukace, kontrola dokumentace	13b.	0b.
P8	Aktivizovala sestra pacienta při edukaci a poskytla mu prostor na položení otázek?	pozorování sestry při výkonu edukace, otázka pro pacienta	2b.	0b.

P9	Koordinuje sestra edukaci v jednotlivých oblastech uvedených v bodě P7 s ostatními členy zdravotnického personálu?	otázka pro sestru	1b.	0b.
P10	Poskytla sestra pacientovi ucelené informační materiály a doporučila mu další vhodné zdroje informací?	otázka pro pacienta	1b.	0b.
P11	Ověřila si sestra, zda pacient porozuměl edukaci, a provedla s ním vyhodnocení, eventuálně si s ním naplánovala další výukové sezení?	otázka pro pacienta, kontrola dokumentace	1b.	0b.
P12	Vede sestra přesný záznam o všech fázích edukačního procesu?	kontrola dokumentace	1b.	0b.

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
V1	Zná pacient jméno sestry, která edukaci vykonávala?	otázka pro pacienta	1b.	0b.
V2	Probíhala edukace dle edukačního plánu?	pozorování sestry při výkonu edukace	1b.	0b.
V3	Byl pacient edukován dle jeho stupně vědomostí v jednotlivých oblastech zmíněných v bodě P7? Hygienická péče – 1b. Péče o ránu – 1b. Volné oblečení, spodní prádlo – 1b. Výživa a pitný režim – 1b. Sedací koupel – 1b. Pravidelnost vylučování – 1b. Správné vyprazdňování – 1b. Prevence zácpy – 1b. Bolest – 1b. Zvedání těžkých břemen – 1b. Pohyb – 1b. Riziko komplikací – 1b. Souhrn veškerých informací – 1b.	otázka pro pacienta, kontrola dokumentace	13b.	0b.
V4	Ví pacient, kde může získat další informace?	otázka pro pacienta	1b.	0b.
V5	Je celý průběh edukace přesně zaznamenán v pacientově dokumentaci?	kontrola dokumentace	1b.	0b.

Celkový součet bodů (struktura + proces + výsledek):

Plný počet bodů během ošetrovatelského auditu může být 51 bodů. Edukační standard je splněný při dosažení minimálně 75 %, tedy 38 bodů.

Koncept standardu vychází z: TÓTHOVÁ, Valerie et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-645-6.

Zdroje edukačního standardu:

1. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Grada: Praha, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
2. MAGUROVÁ, Dagmar a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-326-4.
3. MÁŠOVÁ, Renata a Markéta HAVRDLÍKOVÁ. Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediana. *Sestra*. 2009, 19(9), 19. ISSN 1210-0404.
4. MARX, David a František VLČEK. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Spojená akreditační komise: Praha, 2013. ISBN 978-80-87323-04-05.
5. ZÁVODNÁ, Vlasta. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 978-80-8063-193-2.

Použitá literatura:

1. BRABCOVÁ, Iva et al. Prevence kolorektálního karcinomu. *Onkologie*. 2009, 3(5), 316-318. ISSN 1803-5345.
2. ČOUPKOVÁ, Hana. *Ošetrovatel'ství v chirurgii*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4731-292.
3. HORÁK, Ladislav et al. *Praktická proktologie*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3595-5.
4. HRABÁKOVÁ, Zdeňka. Hemoroidy. *Edukafarm Farminews*. 2011, 4(1), 10. ISSN 1213-1717.
5. JELIGOVÁ, Hana a František KOŽÍŠEK. Pitný režim: proč, kolik a co vlastně pít? *Interní medicína*. 2010, 12(7), 388-389. ISSN 1803-5226.
6. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatel'ství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
7. KORBIČKA, Jiří et al. Hemoroidy – časté a nepříjemné onemocnění – konzervativní terapie, chirurgické metody. *Medicína pro praxi: Mezioborové přehledy*. 2012, 9(12), 482-489. ISSN 1214-8687.
8. LUKÁŠ, Karel a Vanda CIPROVÁ. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0.
9. SAKAKIBARA, Ryuji et al. Influence of Body Position on Defecation in Humans. *Lower urinary tract symptoms*. 2010, 2(1), 16-21. ISSN 1757-5672.

10. SUCHÁNEK Štěpán et al. *Rakovina tlustého střeva a konečníku. Prevence zabírá.* Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2474-7.
11. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry.* Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-726-2845-2.
12. ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky.* České Budějovice: ZSF JCU, 2012. ISBN 978-80-7394-246-5.