



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta zdravotnických studií ■

Edukace pacienta po operaci tříselné kýly

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Žaneta Janatová**
Vedoucí práce: Mgr. Martin Krause, DiS.





TECHNICAL UNIVERSITY OF LIBEREC
Faculty of Health Studies



Patient's Education After The Inguinal Hernia Repair

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Žaneta Janatová**
Supervisor: Mgr. Martin Krause, DiS.



Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Žaneta Janatová**
Osobní číslo: **D15000038**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Edukace pacienta po operaci tříselné kýly**
Zadávací katedra: **Fakulta 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. Vytvořit edukační standard sloužící k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly.
2. Ověřit navržený edukační standard sloužící k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly v praxi.
- 2a. Zjistit informovanost pacientů o zásadách péče o operační ránu po operaci tříselné kýly.
- 2b. Zjistit informovanost pacientů o zásadách pohybového režimu po operaci tříselné kýly.
- 2c. Zjistit informovanost pacientů o zásadách dietního režimu po operaci tříselné kýly.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Tříselná kýla patří mezi nejčastější chirurgická onemocnění. Podle standardu České chirurgické společnosti z roku 2011 se v současné době řeší u dospělých plastikou tříselného kanálu pomocí implantace sítě. Tato operace se provádí laparoskopicky nebo dle Lichtensteina. Pro úspěšné dokončení léčby a zabránění komplikací je nezbytná správná edukace pacienta. Výstupem z bakalářské práce bude vytvoření a ověření edukačního standardu sloužícího k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly dle Lichtensteina v praxi.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládáme, že 70 % a více pacientů je informováno o zásadách péče o operační ránu po operaci tříselné kýly.
2. Předpokládáme, že 70 % a více pacientů je informováno o zásadách pohybového režimu po operaci tříselné kýly
3. Předpokládáme, že 70 % a více pacientů je informováno o zásadách dietního režimu po operaci tříselné kýly.
4. Předpokládáme, že edukační standard sloužící k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly je v 70 % a více účinný.

Výzkumné předpoklady budou upřesněny na základě výsledků předvýzkumu.

Metoda:

Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Technika práce: dotazníkové šetření

Vyhodnocení dat: pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Office Excel 2013. Text bude zpracován textovým editorem Microsoft Office Word 2013.

Místo a čas realizace výzkumu:

Místo: Chirurgické oddělení Oblastní nemocnice Jičín, a.s.

Čas: prosinec 2017 - leden 2018

Vzorek:

Respondenti: pacienti po operaci tříselné kýly plastikou dle Lichtensteina před propuštěním z hospitalizace

Počet respondentů: 50

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

ČIHÁK, Radomír. 2013. Anatomie 2. 3., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.

HOCH, Jiří a Jan LEFFLER. 2013. Textbook of surgery: current surgical diagnosis and treatment. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-375-6.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. 2013. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

SCHEIN, Moshe a Paul N. ROGERS eds. 2011. Urgentní břišní chirurgie: Schein's commonsense emergency abdominal Surgery. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2357-0.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. 2014. Perioperační péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.

SCHUMPELICK, Volker. 2013. Chirurgie - stručný atlas operací a výkonů. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4531-2.

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

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. 2012. Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 978-80-7394-246-5.

TRACHTOVÁ, Eva a kol. 2013. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 3. vyd. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-553-2.

TOWNSEND, Courtney M. a kol.(eds.). 2017. Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. 20th eds. Philadelphia: Elsevier Saunders. ISBN 978-0-323-29987-9.

VODIČKA, Josef a kol. 2014. Speciální chirurgie. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2512-6.

Vedoucí bakalářské práce:

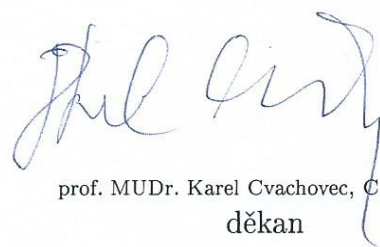
Mgr. Martin Krause, DiS.

Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 28. dubna 2017

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2018





prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

V Liberci dne 30. listopadu 2017

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: 22. 6. 2018

Podpis: 

Poděkování

Děkuji Mgr. Martinu Krausemu, DiS. za cenné rady a podněty při vedení bakalářské práce a za ochotný přístup při konzultacích. Dále bych ráda poděkovala svojí rodině za trpělivost a podporu při studiu. V neposlední řadě patří moje poděkování všem pacientům, kteří spolupracovali při vyplňování dotazníku.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Žaneta Janatová
Instituce: Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita
V Liberci
Název práce: Edukace pacienta po operaci tříselné kýly
Vedoucí práce: Mgr. Martin Krause, DiS.
Počet stran: 63
Počet příloh: 9
Rok obhajoby: 2018

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá edukací pacienta po operaci tříselné kýly. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část popisuje vznik, příčiny, projevy, komplikace a terapii tříselné kýly. Dále se zaměřuje na specifika ošetrovatelské péče a edukaci pacientů po operaci inguinální kýly. Ve výzkumné části je vytvořen edukační standard, který byl ověřen dotazníkovým šetřením v praxi. Cílem práce je zjistit informovanost pacientů o zásadách péče o operační ránu, o zásadách pohybového režimu a o zásadách dietního režimu po operaci tříselné kýly dle Lichtensteina. Výstupem bakalářské práce je ověřený edukační standard na téma Edukace pacienta po operaci tříselné kýly.

Klíčová slova: edukace, ošetrovatelství, pacient, tříselná kýla, všeobecná sestra

Annotation

Name and surname: Žaneta Janatová
Institution: Faculty of Nursing Studies, Technical University of Liberec
Title: Patient's Education After The Inguinal Hernia Repair
Supervisor: Mgr. Martin Krause, DiS.
Pages: 63
Appendix: 9
Year: 2018

Annotation:

The bachelor thesis deals with the patient's education following the operation of the inguinal hernia. The thesis is divided into two parts. The theoretical part describes origin, causes, symptoms, complications and therapy of inguinal hernia. It also focuses on the specifics of nursing care and the education of inguinal hernia patients. In the research part, an educational standard is created which was verified by a questionnaire survey in practice. The aim of this work is to find out the level of patient's awareness of the principles of wound care, principles of movement regime and principles of dietary regimen after Lichtenstein's inguinal hernia. The output of the bachelor thesis is a certified educational standard on the topic of Patient Education after the operation of the inguinal hernia.

Keywords: education, nursing, patient, inguinal hernia, general nurse

Obsah

Seznam zkratk	12
1 Úvod.....	13
2 Teoretická část	14
2.1 Tříselná kýla.....	14
2.2 Epidemiologie	14
2.3 Etiologie a etiopatogeneze	15
2.4 Klinické projevy.....	15
2.5 Diagnostika	16
2.6 Terapie.....	17
2.7 Komplikace a recidiva po operaci.....	18
3 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s tříselnou kýlou	19
3.1 Specifika ošetrovatelské péče v předoperačním období	19
3.2 Specifika ošetrovatelské péče v pooperačním období	21
4 Edukace pacienta po operaci tříselné kýly.....	23
4.1 Zhodnocení a posouzení pacienta	23
4.2 Stanovení edukační diagnózy.....	24
4.3 Plánování edukace.....	24
4.3.1 Edukace pacienta v péči o operační ránu	25
4.3.2 Edukace pacienta o pohybovém režimu.....	26
4.3.3 Edukace pacienta o dietním režimu	27
4.3.4 Edukace pacienta v souvisejících oblastech.....	28
4.4 Realizace edukace	29
4.5 Vyhodnocení edukace	29
5 Výzkumná část.....	30
5.1 Cíle práce a výzkumné předpoklady	30

5.2 Metodika výzkumu.....	31
5.3 Analýza výzkumných dat.....	32
5.4 Analýza výzkumných cílů a předpokladů.....	32
5.5 Diskuze.....	55
5.6 Návrh doporučení pro praxi.....	57
6 Závěr.....	59
7 Seznam použité literatury.....	60
8 Seznam příloh.....	63

Seznam zkratek

aj.	a jiné
apod.	a podobně
ASA	American Society of Anesthesiologists (Americká anesteziologická společnost)
BMI	body mass index
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
ČLP JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČSARIM	Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
EHS	Evropoepan Hernia Society
EKG	Elektrokardiografie
IPOM	intraperitoneal onlay mesh
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association (Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy)
např.	například
PACU	Post Anesthesiological Care Unit
Rh faktor	Rhesus faktor
RTG	rentgenové vyšetření
SpO ₂	saturace hemoglobinu kyslíkem
TAPP	transabdominal preperitoneal repair
TEN	tromboembolická nemoc
TEP	totally extraperitoneal repair
tj.	to jest
tzv.	tak zvaný
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

1 Úvod

S rozvojem ošetrovatelství se klade stále větší důraz na zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče a na individuální potřeby pacienta. Je proto nezbytné blíže zjistit a specifikovat individuální potřeby pacientů po jednotlivých operačních zákrocích a dle těchto potřeb pacienty edukovat. Edukace všeobecnou sestrou je nedílnou součástí ošetrovatelské péče, aktivně zapojuje pacienty do léčebného procesu a poskytuje jim informace o dané problematice. Náležitě edukovaný pacient se může lépe zapojit do ošetrovatelského a léčebného procesu, což může vést k lepším výsledkům při léčbě tříselné kýly. V posledních letech jsou na edukaci kladeny stále větší nároky, které vyplývají z akreditačních standardů a platné legislativy včetně práv pacientů. Pacient po operaci tříselné kýly by měl být edukován o režimových opatřeních, které snižují možnost nežádoucích účinků, zrychlují rekonvalescenci a celkově napomáhají pacientovi k uspokojivému zvládnutí této životní situace.

Zavedení aseptických postupů v chirurgii dalo možnost vzniku velkého množství operačních postupů řešení tříselné kýly. Výzkumná část bakalářské práce je zaměřena na pacienty po operaci tříselné kýly metodou dle Lichtensteina. Tato metoda je na chirurgickém oddělení Oblastní nemocnice Jičín a.s., kde bylo prováděno výzkumné šetření, metodou nejčastěji používanou. Kvantitativní forma výzkumu by měla představovat náhled do edukace pacientů po operaci tříselné kýly a zároveň odhalit případné nedostatky.

Cílem bakalářské práce je vytvoření a ověření edukačního standardu sloužícího k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly v praxi. Tento standard by mohl sloužit jako základní materiál pro všeobecné sestry pracující na lůžkových chirurgických odděleních i na chirurgických ambulancích. Cílem práce je zjistit informovanost pacientů po operaci tříselné kýly v oblasti pohybového režimu, v oblasti péče o operační ránu a informovanost o dietním režimu po operaci tříselné kýly. Edukace přispívá k pozitivnímu a aktivnímu přístupu pacienta ke svému onemocnění a k péči o své zdraví.

2 Teoretická část

2.1 Tříselná kýla

Kýlu lze definovat jako přechodné nebo trvalé vsunutí části obsahu dutiny břišní do abnormální vychlípeniny pobřišnice otvorem v kterémkoliv místě stěny břišní, pánevního dna nebo bránice (Ferko et al., 2015). Kýly se dělí na pravé a nepravé. Pravé se obvykle vyklenují přes stěnu břišní, jsou tedy zevně patrné, jedná se o **tzv. kýly zevní**. V menším počtu případů dochází k herniaci některé z útrob do preformovaného záhybu v dutině břišní (recesy peritoneální dutiny na zadní stěně břišní), jedná se o **tzv. kýly vnitřní**. Nebezpečí vnitřních kýl spočívá v tom, že jsou méně přístupné klinickému vyšetření a jejich první manifestací bývá nezřídka až uskřínutí tenkého střeva se vznikem ileozního stavu. Z tohoto důvodu by se vnitřní kýly měli při operacích pro nejasnou příčinu střevní neprůchodnosti aktivně vyhledávat. Nepravá kýla se také nazývá **prolaps**, což je vysunutí útroby přes defekt ve stěně břišní, přičemž ale chybí krytí útroby pobřišnicí. Chybí tedy kýlní vak. Tímto se odlišují od kýl pravých a typicky vznikají při traumatech bránice (Vodička et al., 2014).

Kýla se skládá z kýlní branky, kýlního vaku a kýlního obsahu. Kýlní branku tvoří otvor ve stěně břišní, pánevním dnu nebo bránici. Kýlní vak je vychlípeninou pobřišnice. Kýlním obsahem může být jakýkoliv orgán dutiny břišní, nejčastěji omentum nebo tenké střevo (Pafko et al., 2008).

2.2 Epidemiologie

Zevní kýly patří mezi velice častá chirurgická onemocnění. Po apendektomii a cholecystektomii jsou třetí nejčastější operační diagnózou. Tvoří 2–7 % všech onemocnění léčených chirurgicky. Stanovení přesné incidence i prevalence je obtížné. Výskyt je ovlivněn věkem a pohlavím. Odhaduje se na 4000–5000 onemocnění na 100 000 dospělých obyvatel. Nejčastěji se vyskytuje tříselná kýla (80 %), poté následují kýly pupeční, femorální a v linea alba. Ostatní zevní kýly jsou vzácné. Tříselné kýly častěji postihují muže než ženy, a to v poměru od 2,5:1 do 9:1. Častěji bývají vpravo (49 %), než vlevo (39 %), oboustranně pak ve 12 %. Pupeční a stehenní kýly jsou naopak mnohem častější u žen (Duda, 2012).

2.3 Etiologie a etiopatogeneze

U vrozených kýl anatomický podklad tvoří vývojová porucha. Za fetálního období dochází k inkompletnímu uzávěru stěny břišní (otevřený processus vaginalis peritonei, anulus umbilicalis, částečný defekt ve svalstvu bránice a podobně) nebo v případě tříselné kýly také k nedostatečnému vývinu svalových vrstev v horní části tříselného kanálu. U kýl v dospělém věku se jedná o onemocnění multifaktoriální. Mezi tyto faktory patří oslabení břišní stěny a zvýšení nitrobřišního tlaku. Tuto skupinu představují pacienti například s aneuryzmatem břišní aorty, s ascitem, s CHOPN (pro chronický kašel), s objemnými nitrobřišními nádory, gravidní a obézní pacienti. Dále pacienti s opakovanou velkou fyzickou námahou či s obstipací. Výsledkem studie, která zkoumala vliv zácpy na vývoj inguinální hernie je, že zácpa může představovat důležitý etiologický faktor pro rozvoj tříselné kýly (Kartal et al., 2017). Úrazy se ve vývoji inguinální kýly uplatňují výjimečně. Rozhodující roli v patogenezi zaujímá oslabení pojivové tkáně. Oslabení pojivové tkáně je způsobeno získanou či geneticky podmíněnou poruchou kvality a stavby kolagenu (Öberg, Andersen, Rosenberg, 2017). V důsledku výše uvedeného, při zvýšení nitrobřišního tlaku ve fyziologicky oslabeném místě stěny břišní (locus minoris resistentiae), tedy v místě, kde probíhá céva a nerv dochází ke vzniku otvoru, který se postupně rozšiřuje a vzniká kýla (Vodička et al., 2014). Dle tohoto místa se také klasifikují tříselné kýly (viz Příloha A).

2.4 Klinické projevy

Pacienta přivádí k lékaři nejčastěji přítomnost různě velkého vyklenutí v tříselné oblasti. Zpočátku toto vyklenutí nemusí působit žádné subjektivní potíže. Někdy je však provázeno pocitem tlaku, tupými bolestmi nebo pálením v tříselné krajině. Tupé bolesti a vyklenutí se obvykle projeví koncem pracovního dne nebo po větší fyzické námaze např. spojené se zvedáním břemene. Pacient si většinou sám osvojí manévr, kterým si vyklenutí reponuje zpět do dutiny břišní. V případě, že obsahem kýlního vaku je střevo, bývá tento manévr provázen zvukovým fenoménem. Postupně dochází ke zvětšování kýly. Kýlní branka se rozšiřuje, kýlní vak se stává objemnější a delší. Po několikaletém trvání se může rozšířit až do skróta, u žen do velkých stydkých pysků.

V extrémních případech dosahuje skrótum až do poloviny stehen a obsahuje většinu tenkého i tlustého střeva (Townsend et al., 2017).

Inkarcerace neboli uskřínutí kýly je nejzávažnějším projevem a komplikací. Jedná se o náhlou příhodu břišní, která musí být akutně operována. Tuto podstatu vystihli autoři Hoch a Leffler, kteří uvádějí, že „*Nad uskřínutou kýlou nesmí slunce vyjít ani zapadnout!*“ (Hoch a Leffler, 2013, s. 56). Při tomto stavu dochází k náhlému zaškrcení kýlního obsahu i s jeho cévním zásobením. Pokud obsah kýlního vaku tvoří tenké nebo tlusté střevo, podléhá jeho stěna v několika málo hodinách nekróze s následným rozvojem peritonitidy. Kromě toho inkarcerace vede ke střevní neprůchodnosti neboli ileu. Pacienta sužují kromě bolestivé rezistence v tříselné krajině intenzivní kolikovitě bolesti břicha se zvracením a zástavou odchodů větrů a stolice. Klinicky se nalézají na břiše známky ileozního stavu a pohmatově velmi bolestivou nereponibilní rezistenci nad tříselným vazem. Kůže nad vyklenutím bývá napjatá, lesklá, někdy zarudlá. Se závažností stavu stoupá mortalita pacienta po operaci pro uskřínuté kýly, která se pohybuje mezi 6–7 %. Naproti tomu mortalita u plánovaných operací nepřevyšuje 0,5 %. I z tohoto důvodu, by měly být všichni pacienti s diagnostikovanou tříselnou kýlou a s přijatelným operačním rizikem indikováni k elektivnímu operačnímu řešení (Vodička et al., 2014).

Akrétní kýla (hernia accreta) vzniká většinou při delším trvání tříselné kýly z důvodu srůstů kýlních obalů s vakem nebo při velkém obsahu vlastního kýlního vaku. Pacientovi nemusí činit obtíže. Je přítomna různě velká nebolestivá rezistence nad tříselným vazem, která není reponibilní zpět do dutiny břišní. Riziko inkarcerace se však vyskytuje ve zvýšené míře vzhledem k městnání střevního obsahu v kýle (Vodička et al., 2014).

2.5 Diagnostika

Ve většině případů ke stanovení diagnózy tříselné kýly stačí anamnéza a klinické vyšetření. Anamnesticky se zejména zjišťuje pálení nebo bolesti v tříselné krajině a začátek obtíží. Osobní anamnéza by měla zahrnovat všechny dosavadní obtíže nemocného. Rodinná anamnéza slouží k posouzení dědičného rizika onemocnění. Pracovní anamnéza hodnotí pracovní podmínky a rizika pro pacienta. Důležité jsou také informace o alergiích. Anamnéza dále zahrnuje užívaná farmaka a abúzus

návykových látek. Aspekci je možné zjistit asymetrické vyklenutí tříselné krajiny různé velikosti. Palpací se zjišťuje hmatný ohraničený útvar. V případě přítomnosti střevní kličky se zjišťuje bubínkový poklep. Nejlépe je pacienta vyšetřovat vstoje při zapojení břišního lisu, kdy se pacient vyzve, aby zakašlal (Valsalvův manévr), kýla se manifestuje a zvětší (Pafko et al., 2008). Problémy mohou vzniknout v počátečních stadiích, kdy kýlní vak je malý a nevyklenuje se při každém zvýšení nitrobřišního tlaku. Metodou volby je v těchto případech ultrazvukové vyšetření. Výjimečně, při diferenciální diagnostice bolestí nebo rezistence tříselné krajiny a nejasném ultrazvukovém nálezu se používá magnetická rezonance (Vodička et al., 2014).

2.6 Terapie

Konzervativní léčba kýlním pásem je dnes téměř opuštěna. Jediným adekvátním způsobem léčby je léčba operační. Rozlišují se tři základní typy operačních výkonů. Klasické operace bez použití syntetické sítě, operace s použitím syntetické sítě otevřenou metodu podle Lichtensteina nebo endoskopickou metodu (Duda et al., 2012).

Základem **klasické operace tříselné kýly** (tension-on plastiky) je preparace a otevření kýlního vaku, repozice jeho obsahu, resekce kýlního vaku s uzávěrem krčku a rekonstrukce stěny břišní. Při rekonstrukci stěny břišní se stahují okraje branky k sobě pokračujícími nebo jednotlivými stehy, čímž vzniká napětí mezi jednotlivými strukturami. Proto se tyto klasické operace označují jako plastiky napěťové (tension-on plastika). Existuje více jak 80 typů klasických operací. Z tohoto velkého počtu má nejmenší počet recidiv plastika dle Shouldice (Zeman, Krška, 2014).

Další způsobem operace je **operace tříselné kýly s použitím sítě** (tension-free plastiky) otevřenou metodu podle **Lichtensteina**. Tuto metodu publikoval poprvé Lichtenstein ve své práci *Hernia Repair Without Disability* v roce 1986. V roce 2004 byla tato plastika tříselné kýly modifikována Amidem do současné podoby. Základním principem operačního postupu je všíti sítě z polypropylenu nebo polyesteru a tím zpevnění zadní stěny tříselného kanálu. Po kontrole našítí sítě se provede sutura aponeurozy zevního šikmého svalu, podkoží a kůže (viz Příloha B). Lichtenstein a Amid uvádějí výskyt recidiv menší než 1 %, zatímco u klasických operací dosahují recidivy podle různých autorů 2,9–23 % (Schumpelick, 2013).

Další možností je **endoskopická operace tříselné kýly s použitím síťky**, která slouží k vyztužení tříselného kanálu transperitoneálním nebo extraperitoneálním (TEP) přístupem. Při TEP se zavádí nástroje a poté i síťka přes pochvu přímého břišního svalu preperitoneálním prostorem. Nespornou výhodou je fakt, že se neprovádí laparotomie a tento výkon je pacienty obvykle velice dobře snášen. Nevýhodou je snížená přehlednost a vyšší riziko krvácení. Transperitoneálním přístupem se síťka fixuje bez preparace přímo na peritoneum kýlní branky (IPOM) nebo do preperitoneálního prostoru (TAPP). U prvního způsobu je riziko vzniku adhezí až prorůstání kliček tenkého střeva a ostatních přilehlých orgánů do síťky, a proto se používá výjimečně. TAPP patří z endoskopických metod k nejrozšířenějším. V preperitoneálním prostoru se síťka fixuje pomocí speciálních klipů nebo tkáňovým lepidlem. V poslední době se čím dál častěji používá preformovaná 3D síťka vyrobená zvláště pro levou a pravou stranu, která žádnou fixaci nevyžaduje (Hoch, Leffler, 2013).

2.7 Komplikace a recidiva po operaci

Výskyt komplikací podle rozsáhlých metaanalýz se pohybuje mezi 15–28 %. Nejčastější časnou komplikací představují hematomy a seromy (8–22 %). Dále to jsou infekce v místě chirurgického výkonu (1–3 %), močová retence, poranění močového měchýře, ischemická orchitis, testikulární atrofie, poranění ductus deferens, poranění střev, pooperační ileus, poranění tepen a žil. Mortalita po operaci tříselných kýl otevřenou plastikou či endoskopicky je do 60 let věku 0,02%, nad 60 let 0,48%, u akutně operovaných tříselných kýl až 7%. Z pozdních komplikací se hodnotí především recidivy. Klinické studie potvrdily riziko recidivy statisticky významně vyšší při operacích kýly bez užití implantátu. Z klasických operací vykazuje nejmenší procento recidiv operace dle Shouldice. Další sledovanou komplikací je chronická bolest. Výskyt středně těžké až těžké chronické bolesti je přibližně u 10–12 % operovaných pacientů. Toto riziko klesá s věkem a je také menší po výkonech s implantací síťky (Siemons et al., 2009).

3 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s tříselnou kýlou

Vzhledem k vysokému výskytu tohoto onemocnění se všeobecná sestra pracující na chirurgickém oddělení často setkává s péčí o pacienta po operaci tříselné kýly (Vodička et al., 2014). Přijetím pacienta do nemocničního zařízení nastává komplexní ošetrovatelská péče a končí propuštěním do domácího léčení. V této době by měl být pacient vybaven příslušnými vědomostmi a dovednostmi (Svěráková, 2012).

3.1 Specifika ošetrovatelské péče v předoperačním období

Dlouhodobá předoperační příprava začíná indikací pacienta k výkonu. Lékař informuje pacienta o celém postupu, seznamuje ho s možnými typy operačních zákroků, o jejich vhodnosti a rizicích. Dalším krokem je naplánování termínu operace. Nejdéle čtrnáct dní před tímto datem se provede předoperační vyšetření, které zajišťuje praktický lékař, lékař se specializačním vzděláním v oboru vnitřní lékařství, popřípadě další lékaři se specializací dle povahy přidružených onemocnění. Základní předoperační vyšetření se skládá z odebrání anamnézy, klinického vyšetření, vyhodnocením laboratorních výsledků a eventuelně úpravy medikace před operací. Všeobecná sestra na základě indikace lékaře provede odběr krve na vyšetření krevního obrazu, základní hemokoagulace, biochemického vyšetření, krevní skupiny a Rh faktoru. Ze vzorku moči od pacienta se zpracovává moč chemicky a vyšetřuje se močový sediment. U pacientů nad 40 let nebo mladších, je-li k tomu opodstatněný důvod, se provede EKG a RTG vyšetření srdce a plic. Předoperační příprava pokračuje vyšetřením anesteziologem, který zhodnotí ASA skóre (viz Příloha C) a doporučí pacientovi způsob anestezie. Pacient podepisuje informovaný souhlas s anestézií (Schneiderová, 2014).

Krátkodobá předoperační příprava je časový úsek 24 hodin před operačním výkonem. Ošetřující personál podává pacientovi veškeré potřebné informace spojené s jeho výkonem. Všeobecná sestra ho informuje o jeho právech a povinnostech, seznamuje ho také s ošetřující jednotkou a je u pacienta odebrána ošetrovatelská anamnéza. Podepisuje informovaný souhlas operátorovi s výkonem. Informovaný a klidný pacient je základní podmínkou k úspěšnému zvládnutí celého procesu léčby a uzdravení. Krátkodobá předoperační příprava by měla zahrnovat také důkladnou hygienickou očistu. Pacient má dále možnost uložit si cennosti do nemocničního

trezoru. Večerní premedikace napomáhá zajistit klidný spánek a odpočinek pacienta před operací (Schneiderová, 2014).

Dalším důležitým bodem v předoperační přípravě je prevence hluboké žilní trombózy, kde se postupuje dle zvyklostí jednotlivých klinických pracovišť. Tato oblast zahrnuje nefarmakologické i farmakologické postupy. Do první skupiny prevence tromboembolické nemoci patří zejména bandáže dolních končetin. V této oblasti lze postupovat dle doporučených postupů České angiologické společnosti z roku 2015 podle stupně rizika tromboembolické nemoci. Pacienti s tříselnou kýlou obvykle patří do skupiny středně rizikových, u kterých se nejčastěji aplikuje nízkomolekulární heparin (Himerová, 2015). Před plastikou tříselné kýly by se mělo postupovat dle doporučení pro omezování příjmu tekutin a stravy před anesteziologickou péčí vydaným ČSARIM pro plánované výkony. Dle tohoto doporučení by se mělo dodržovat lačnění pacientů po tzv. lehkém jídle alespoň 6 hodin před anestezií, po tučném či smaženém jídle alespoň 8 hodin. Šest hodin před výkonem nejsou vhodné žvýkačky a kouření (Cvachovec et al., 2011).

Bezprostřední předoperační příprava je časový úsek, který trvá ve většině případů dvě hodiny před výkonem. Příprava operačního pole se liší dle zvyklostí jednotlivých pracovišť či požadavků operátora. Podle doporučení WHO z roku 2016 je holení místa operačního výkonu nevhodné za každých okolností, ať předoperačně, nebo na operačním sále. Musí-li se ochlupení odstranit (z praktických důvodů), měl by se použít elektrický clipper s jednorázovou hlavicí. Pacient by měl s oholením souhlasit. Klipování se provádí mimo operační sál, ale co nejbližší době operačního výkonu. Tímto způsobem se minimalizuje vznik mikroskopických ran v kůži a zároveň tedy i potencionální riziko infekce v místě chirurgického výkonu (Syrůvková, 2017).

Dvě hodiny před operačním výkonem by pacient neměl pít. Výjimkou může být zapití premedikace pouze 30 ml tekutin, kterou naordinoval anesteziolog jako přípravu před anestezií (Cvachovec, 2011). V této době pacient odloží veškeré šperky, hodinky, kontaktní čočky, zubní náhradu aj. Všeobecná sestra změří, orientačně zhodnotí a zaznamená hodnoty fyziologických funkcí do dokumentace. Bezprostředně před předáním pacienta na operační sál mu ještě pomůže se převléknout do operační košile a vlasy zahrnout do operační čepice. Ve filtru operačního traktu předá ošetřující sestra pacienta společně s dokumentací perioperační sestře a anesteziologům, verifikují si identitu pacienta (Schneiderová, 2014).

3.2 Specifika ošetrovatelské péče v pooperačním období

Zahrnuje časový úsek péče o pacienta bezprostředně po operaci až po účelnou rekonvalescenci a jeho návrat do běžného života. Všeobecná sestra přistupuje k pacientovi jako k bio-psycho-sociální jednotě, a tím se zároveň zaměřuje na jeho individuální potřeby. Sestavuje ošetrovatelský plán, který je následně realizován. V pooperačním období se pacient postupně stále více aktivizuje, podporuje se v sebepéči, v ideálním případě je pacient naprosto samostatný a soběstačný již před odchodem do domácího ošetřování (Janíková, Zeleníková, 2013).

Bezprostřední pooperační péče se provádí dle zvyklostí pracovišť na dospávacích pokojích či na jednotkách PACU. Tato jednotka by měla být umístěna co nejbližše operačních sálů, kde musí být kdykoliv dostupný anesteziolog a v případě nutnosti i chirurg. Technické vybavení umožňuje monitorování vitálních funkcí po operaci (zejména srdeční rytmus, SpO₂, neinvazivní krevní tlak, puls). Důležitý je zdroj kyslíku, který je v pooperačních stavech často využíván. Dalšími sledovanými parametry jsou vědomí, teplota, bolest dle škály VAS (viz Příloha D), nauzea a zvracení, stav hydratace, diuréza, odchod plynů a stolice a krvácení z rány. Všeobecná sestra ošetřuje invazivní vstupy a sleduje laboratorní hodnoty odebrané krve po operaci. Délka pobytu pacienta na této jednotce je individuální. Zohledňuje se nejen zdravotní stav, ale i povaha výkonu a zvolený druh anestezie. Důležité je, aby byl pacient při vědomí, měl volné dýchací cesty, funkce kardiovaskulárního systému byly ve fyziologických hodnotách nebo na úrovni jako před operací. Pokud jsou všechna tato kritéria splněna, předává se pacient s veškerou dokumentací o operačním i pooperačním průběhu zdravotnickému pracovníkovi na standardní ošetrovatelskou jednotku (Černý, 2016).

Péče na standardním lůžkovém oddělení navazuje na bezprostřední péči po odeznění anestezie. Dle ordinace lékaře se pokračuje měřením krevního tlaku, pulzu, saturace krve O₂ a kontroluje se stav vědomí. Všeobecná sestra sleduje operační ránu včetně obvazu. Pokračuje se v kontrole a tlumení bolesti. Množství, druh i způsob podání analgetik je individuální. Zohledňuje se zde stav pacienta, rozsah výkonu a doporučení anesteziologa. Pokud přetrvává nauzea či zvracení, podávají se antiemetika naordinované lékařem. Pacient by se měl spontánně vymočit nejpozději do 8 hodin po operaci. V případě, že nedojde k mikci, využívají se nejprve nefarmakologické postupy (např. tekoucí voda, teplý obklad na podbřišek a hráz, namočení rukou do vlažné vody, vhodná poloha apod.). Pokud tyto postupy

nepomohou, informuje se lékař a obvykle je provedena katetrizace močového měchýře. Po operaci dochází také k přechodné paréze zažívacího traktu, která může přetrvávat i několik dní. Plyny by měly odejít nejpozději do 24 hodin, stolice za 48 hodin. Dvě hodiny po operaci může pacient popíjet čaj. Po obnově peristaltiky se zatěžuje trávicí trakt stravou postupně (Shneiderová, 2014).

Dále se všeobecná sestra podílí na navrácení soběstačnosti pacienta zvyšováním jeho pohyblivosti. Časná mobilizace je hlavním preventivním krokem pooperačních komplikací. Pro prevenci TEN je vhodná cévní gymnastika dolních končetin, při které se pozitivně ovlivňuje žilní návrat. Důležité jsou pro ošetřující sestru také informace o rodinné situaci, jak pacienta ovlivní pracovní neschopnost a kdo o něj bude pečovat po propuštění z hospitalizace (Janíková, Zeleníková, 2013). Při komplexním hodnocení pooperačního stavu pacienta všeobecná sestra sleduje psychiku pacienta. Obecně po všech chirurgických zákrocích, ať už vlivem anestezie, změnou prostředí, bolestí či vzniklým tělesným deficitem, může docházet k psychické zátěži, která vyvolává různé emoce. Psychologický přístup k těmto pacientům zahrnuje důkladnou přípravu pacienta, informovanost, individuální přístup, poznání osobnosti pacienta, vytváření vztahů se zdravotnickými pracovníky, spolupráce, motivace a v neposlední řadě umožnění kontaktu pacienta s blízkými (Zacharová, Šimičková-Čížková, 2011).

Během celé hospitalizace je ošetrovatelská péče poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu. První fází tohoto procesu je sběr informací a hodnocení pacienta s využitím různých škál a stupnic např. Barthel Index, test základních všedních činností, posouzení rizika pádu dle Morse, stupnice rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, měření bolesti dle VAS, nutriční screening, posouzení aktuálního psychického stavu a jiné (Janíková, Zeleníková, 2013). Ve druhé fázi se stanovují ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie např. Akutní bolest, Narušená integrita kůže, Riziko infekce, Deficit sebedpěče při oblékání, Riziko pádu a další dle potřeb pacienta (NANDA, 2016). V dalších fázích se vychází z těchto stanovených diagnóz. Sestra si připraví ošetrovatelský plán, jednotlivé cíle, kritéria a intervence. Nakonec je zrealizuje a zhodnotí (Janíková, Zeleníková, 2013). Druhý až třetí den po operaci se obvykle pacient propouští do domácího ošetřování. Je informován o dalším postupu a péči, které vedou k postupnému navrácení do běžného života (Schneiderová, 2014).

4 Edukace pacienta po operaci tříselné kýly

Edukace v ošetrovatelství je součástí komplexní ošetrovatelské péče. Pojem edukace v překladu znamená vést vpřed či vychovávat. Představuje tedy dva pojmy, výchovu a vzdělávání. Výchova se zaměřuje na rozvíjení postojů, potřeb, zájmů a chování jedince. Oproti tomu vzdělávání je proces, kdy si jedinec postupně rozvíjí a osvojuje vědomosti, dovednosti a postoje. V celém edukačním procesu se jedná tedy o soustavné ovlivňování chování jedince, tak aby se navodily pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích a dovednostech (Šulistová, Trešlová, 2012).

Edukační aktivity u pacientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení většinou zastává všeobecná sestra. Ta je označena jako tzv. **edukátor**. Naproti tomu je subjekt edukace označen jako tzv. **edukant**. Ke každému edukantovi by se mělo přistupovat individuálně s ohledem na jeho věk, pohlaví, zdravotní způsobilost a kognitivní schopnosti. Edukační prostředí zahrnuje okolí pacienta, zdravotnické zařízení, rodinu, demografické, ekonomické a kulturní vlivy. Průběh edukace dále ovlivňují fyzikální (např. barvy v místnosti, osvětlení, nerušenost) a psychosociální vlivy (charakter komunikace pracoviště). Prvním předpokladem pro zvládnutí edukačního procesu je navázání vztahu mezi edukátorem a edukantem (Svěráková, 2012).

Edukační proces je systematický, logický a plánovaný proces, ve kterém se vzájemně ovlivňují činnosti vzdělávání a učení. Tím se vytváří nepřetržitý cyklus mezi edukantem a edukátorem. Cyklický charakter je daný fázemi edukačního procesu, kde každá následující fáze je závislá na předcházející. Cílem edukace je aby se pacient adaptoval na změněný způsob života, který je ovlivněný jeho aktuálním zdravotním stavem. Dále připravuje pacienty a jejich rodiny tak, aby se stali nezávislími. Pokud si pacienti nemohou uchovat anebo zlepšit zdravotní stav sami, snaží se jim všeobecná sestra pomoci najít jejich potenciál (Nemcová, Hlinková, 2010).

4.1 Zhodnocení a posouzení pacienta

První fází edukačního procesu je sběr informací o pacientovi po operaci tříselné kýly. Na této fázi edukačního procesu závisí úspěch celého edukačního procesu. Informace by měly být tedy přesné, komplexní a systematické. Sběr informací provádí všeobecná sestra za účelem zjištění individuálních edukačních potřeb pacienta.

Primárním zdrojem informací je sám pacient. Tyto informace se doplňují sekundárními zdroji, což může být rodinný příslušník, doprovod, zdravotnická dokumentace a další. Vhodnými metodami sběru informací u těchto pacientů jsou zejména rozhovor, pozorování, ústní testování a záznamy ze zdravotnické dokumentace. Všeobecná sestra se zaměřuje na úroveň dosavadních vědomostí, dovedností a postojů, motivaci pacienta, hodnotový žebříček a na jeho předpoklady pro učení atd. Dále se zaměřuje na psychický stav a v neposlední řadě na sociálně-kulturně-ekonomické zázemí pacienta (Juřeníková, 2010).

Rozsah edukačního posouzení u pacientů po operaci tříselné kýly je daný charakterem tohoto onemocnění, terapeutickým a ošetrovatelským režimem, i prognózou. Pro komplexnost posouzení jej všeobecná sestra provádí nejen jako vstupní, ale pokračuje průběžně i během hospitalizace (Nemcová, Hlinková 2010).

4.2 Stanovení edukační diagnózy

V druhé fázi všeobecná sestra stanovuje edukační diagnózy. Ty se u pacientů po operaci tříselné kýly mohou týkat deficitů ve vědomostech, dovednostech či postojích pacienta (Nemcová, Hlinková 2010). K možným edukačním diagnózám po operaci tříselné kýly patří **Snaha zlepšit management zdraví (00162)**, je třeba motivovat k integraci léčebného režimu do každodenního života, za účelem snížení rizikových faktorů a zlepšení managementu předepsaných režimů. Absence nebo nedostatek kognitivních informací pacienta po operaci tříselné kýly zahrnuje diagnóza **Nedostatečné znalosti (00126)**. V tomto případě je nutné si vymezit konkrétní oblast neuspokojivých znalostí (NANDA, 2016).

4.3 Plánování edukace

Ve třetí fázi edukačního procesu, což je plánování edukace se vychází z edukačních diagnóz. Všeobecná sestra stanovuje priority pacienta po operaci tříselné kýly. Následně je potřeba si stanovit edukační plán, tedy cíl, výsledná kritéria, obsah, edukační metody, formu edukace, čas potřebný na dosažení každého výsledku chování, edukační prostředky a metody hodnocení výsledků edukace. Měla by existovat vzájemná

propojenost všech uvedených komponentů v edukačním plánu. Východiskem plánu edukace je určit si priority a na základě toho zachovat posloupnost. Vychází se z potřeb pacienta (Nemcová, Hlinková, 2010).

Místem edukace po operaci tříselné kýly může být vyšetřovna či ambulance. Dále si všeobecná sestra zvolí čas edukace. Edukace po operaci tříselné kýly by měla proběhnout v minimálně dvou sezeních. U těchto pacientů je vhodné použít slovní, názorné, demonstrační či praktické edukační metody. Nejčastěji se používá rozhovor, metoda otázek a odpovědí, instruktáž, práce s literaturou a s edukačními materiály. Dále se mohou využít praktické ukázky, což jsou metody názorné a demonstrační (Šulistová, Trešlová, 2010). Mezi tyto ukázky patří např. přidržování rány při vstávání z lůžka po operaci, při odkašlání, masáž jizvy apod. (Janíková, 2013). Tyto informace se lépe fixují, protože je pacient přijímá zrakem i sluchem. Důležité je opakování pro korekci případných chyb (Šulistová, Trešlová, 2010).

V této fázi si všeobecná sestra stanovuje konečný výsledek, kterého chce dosáhnout po skončení edukace, tedy očekávaného cíle. Výsledná kritéria jsou očekávání na konci každého edukačního sezení (Nemcová, Hlinková, 2010).

4.3.1 Edukace pacienta v péči o operační ránu

Cílem edukace v péči o operační ránu po operaci tříselné kýly je její včasné zhojení per primam a zamezení vzniku potencionálních komplikací. Důležité je dodržování preventivních pooperačních opatření ze strany pacienta. Všeobecná sestra pacienta edukuje, že si nemá odkrývat sterilní krytí z rány, ani jinak dráždit operační místo (Vyhnánek, 2017).

Při nekomplikovaném průběhu je 2. pooperační den operační rána převázána. Pacient je před propuštěním informován o důležitosti udržování operační rány a okolí v suchu a čistotě. Před každým kontaktem s ránou by měl mýt omyté ruce. Pacient by měl sledovat jakékoliv změny, zejména zvýšené prosakování obvazu, otok rány či okolí, náhle vzniklou bolestivost, zarudnutí, teplotu nebo jiné nepříjemné pocity v místě rány. V případě výskytu těchto příznaků by měl kontaktovat ošetřující personál. V prvních čtyřech dnech po operaci se vynechává koupání, ale již druhý pooperační den lze ránu sprchovat. K mytí se používá mýdlo bez parfemace, alkoholu, mentolu a jiných látek dráždivých pokožku. Rána by se měla vysoušet mírným tlakem čistým ručníkem

z měkkého materiálu. Ke zvýšení ochrany sutury je možno použít masti, jejichž hlavní úlohou je prevence adheze obvazu a udržování pevných okrajů rány. Mohou být obohaceny o antiseptické látky, např. povidon-jod, stříbro atd. Na rány bez sekrece se používá speciální samolepící krytí nebo lze použít filmové obvazy či materiály na bázi hydrogelů. Jizva se po zhojení může promašťovat mastným krémem či lékařskou vazelínou. Minimálně tři měsíce po operaci by se mělo operační místo chránit před slunečním zářením, chladem a vynechává se saunování. Všeobecná sestra dále edukuje pacienta o vhodnosti nošení volného oblečení z přírodních materiálů. Takové oblečení, které by nemělo způsobovat tření pokožky. Drážděním operačního místa, by mohlo vzniknout zarudnutí a zatvrdnutí citlivé tkáně (Janíková, 2013).

Stehy se odstraňují většinou 10–12. den po operaci. Zhruba za jeden až dva týdny po odstranění stehů může pacient zahájit tlakové masáže jizvy. Ta by se měla provádět třikrát denně po dobu deseti minut. Rána se stlačí proti její spodině, vyčká se a poté se tlak opět povolí. Dále se doporučuje po dobu šesti týdnů omezit aktivity, které natahují kůži v oblasti třísla, a to z důvodů dohojení vnitřních tkání (Janíková, 2013).

4.3.2 Edukace pacienta o pohybovém režimu

Pacient po operaci tříselné kýly vstává z lůžka obvykle první pooperační den. Všeobecná sestra pacienta edukuje o vertikalizaci, která by se měla provádět přes sed, teprve poté do stoje. Pacient vleže na lůžku pokrčí jednu nohu a poté druhou, šetří tím břišní svalstvo, pak se přetočí na bok, přidrží si jednou rukou operační ránu a druhou se zvedá do sedu za plynulého spuštění nohou z lůžka. Pacient se nechá vsedě a vytrvává se, zda se nedostaví závratě. Poté se přechází do stoje. Vzhledem k bezpečnosti je důležitá vhodná obuv či chodítka. Pro prevenci TEN je dále vhodná cévní gymnastika dolních končetin, při které se pozitivně ovlivňuje žilní návrat (Kapounová, 2007). Všeobecná sestra dále nacvičuje s pacientem odkašlávání, které se provádí s pokrčenými dolními končetinami vleže na zádech s přidržením operační rány. Další dechová gymnastika a zároveň i celá pooperační rehabilitace je plně v kompetenci fyzioterapeutů a jiných rehabilitačních pracovníků (Kolář, 2009).

Druhý až třetí den se obvykle propouští pacient z hospitalizace do domácího ošetřování. Všeobecná sestra pacientovi doporučí postupně prodlužovat chůzi,

minimálně 30 minut denně. Dále by pacient měl střídat postupné získávání tělesné kondice s dostatečným odpočinkem. Měl by se vyhnout zvedání a přenášení těžkých břemen nad 5 až 7 kg (např. nákupní tašky, nábytek) a to po dobu 4 až 6 týdnů. Při zvedání zapojovat dolní končetiny, nikoliv záda. Při vertikalizaci do sedu posléze do stoje minimálně zapojovat břišní svaly. I tak se riziko recidiv po operačním řešení tříselných kýl odhaduje na 1–10 % (Vodička, 2014).

Všeobecná sestra dále pacienta edukuje, kdy je vhodné po operaci začít sportovat. Po 6 týdnech je možno začít s cvičením, vhodné je plavání nebo jízda na kole. Kontaktní sporty se doporučují nejdříve za 6–8 týdnů. Fyzickou zátěž je nutné zvyšovat postupně. Varovným signálem jsou bolestivé pocity v místě operační jizvy. Řídit motorové vozidlo je pacient schopný za 5–10 dní od operace (Pafko, 2008). Délka pracovní neschopnosti je daná charakterem pracovní činnosti. Podle pokynů EHS se u kancelářských prací doporučuje rekonvalescence 2–3 týdny po propuštění. U manuálně pracujícího se posuzuje schopnost návratu do zaměstnání individuálně, nejdříve však za 4–6 týdnů. Někdy je vhodné dočasné převedení na lehčí práci (Siemons, 2009).

4.3.3 Edukace pacienta v dietním režimu

Po operaci tříselné kýly se začíná pacientovi podávat tekutá dieta, dále kašovitá s postupným návratem ke stravě racionální či dietě před výkonem (Ferko et al., 2015). Je vhodné, aby všeobecná sestra pacienty edukovala o prevenci zácpy. Dále doporučuje pacientovi omezit nadýmavou a dráždivou stravu. Po propuštění by pacient měl dodržovat pohybový režim a dostatečný příjem tekutin (2–3 litry denně). Vhodnými nápoji jsou pramenitá voda, ovocné a bylinné čaje, ovocné a zeleninové šťávy. Pacient by měl omezit pití černého čaje, kakaa a slazených nápojů. Také se pravidelně stravovat, a to nejméně v pěti dávkách denně. Doporučují se potraviny s vlákninou, která je obsažena v potravinách rostlinného původu. Tyto polysacharidy a oligosacharidy jsou rezistentní k trávení a absorpci v tenkém střevě, přičemž v tlustém střevě jsou kompletně či částečně fermentovány. Vysoký obsah vlákniny mají například otruby, pohanka, sušené fazole, čočka, celozrnný chléb, sušené fíky, meruňky nebo sušené švestky. Dále brokolice, kukuřice, mandle, jablko, hrušky, maliny, avokádo, ovesné vločky atd. (Adamová, 2014).

U pacientů s BMI 30 a více je po operaci tříselné kýly vhodná edukace o redukční dietě. Mezi hlavní zásady diety obézních patří pravidelnost v jídle. Jídelníček by měl být rozdělen do 3 až 6 jídel denně. Další zásadou je rovnoměrné rozdělení energie během celého dne, aby nedocházelo k hladovění a velkým výkyvům ve stravování. Všeobecná sestra pacientovi doporučí rozdělit si denní příjem energie a sacharidů do tří třetin. V každé třetině by mělo být vždy zastoupeno 1 hlavní jídlo a eventuálně 1 vedlejší jídlo. Je důležité dodržovat zásady racionální výživy. Strava by měla obsahovat dostatek vlákniny, vitamínů a minerálních látek. Dbá se na každodenní zařazení ovoce a zeleniny, celozrnných výrobků, brambor a luštěnin. Nejzásadnějším opatřením v redukční dietě je snížit obsah tuku. Vyloučit či výrazně omezit volné tuky použité na přípravu pokrmů. Pacient by měl dále vyřadit všechny tučné potraviny, zejména tučné sýry, uzeniny, tučná masa, paštiky, šlehačku, tučné moučníky, sušenky, mražené smetanové krémy, majonézu apod. Mléčné výrobky by si měl pacient vybírat pouze v nízkotučné variantě. Další adekvátní zásadou u pacienta s obezitou je omezení soli. Pro pacienta je také důležitý dostatečný příjem nízkoenergetických tekutin, alkoholické nápoje nejsou pro velký energetický obsah vhodné. Změna stravovacích návyků by měla být zásadní a vázaná na komplexní psychoterapeutický přístup včetně změn způsobu života (např. trávení volného času, zvýšení fyzické aktivity přiměřené zdravotnímu stavu). Všeobecná sestra může pacientovi doporučit návštěvu nutričního terapeuta (Svačina, 2008).

4.3.4 Edukace pacienta v ostatních režimech

V případě, že je pacient kuřák, tak je dle doporučení EHS důležité pacienta edukovat, aby přestal kouřit (Öberg, 2017). Pacienta s vysokým rizikem TEN edukuje všeobecná sestra o postupu aplikace nízkomolekulárního heparinu (Hirmerová et al., 2015). Nejprve si pacient pečlivě umyje ruce. Sedne si nebo lehne tak, aby se cítil pohodlně. Nejvhodnější místo k aplikaci je nejméně 5 cm od pupku směrem k bokům. Místo vpichu se dezinfikuje alkoholovým prostředkem. Palcem a ukazováčkem pacient provede kožní záhyb, do něj zavede jehlu v pravém úhlu v celé její délce. Nakonec pacient aplikuje pomalu lék tlakem na píst stříkačky, dokud se nevyprázdní obsah. V případě, že se v místě objeví kapka krve, přitlačí se na toto místo na několik minut tampón. Po aplikaci se likviduje stříkačka do kontejneru na ostré

předměty (SUKL, 2017). V případech, kdy je potřebné pacienta edukovat v oblasti kouření a TEN, je vhodné zařadit další edukační sezení o těchto režimech.

4.4 Realizace edukace

Samotná realizace edukace je čtvrtou fází edukačního procesu. Vychází ze stanoveného edukačního plánu. Je důležité, aby pacient měl sám zájem o problematiku. Všeobecná sestra mu poskytuje dostatek informací, pomáhá upevňovat získané poznatky a zároveň si všímá obratnosti pacienta. Po celou dobu se snaží pacienta podporovat a posilovat při učení a osvojování nových dovedností. Sestra si zpětně ověřuje, zda pacient pokynům rozuměl (Šulistová, 2012).

4.5 Vyhodnocení edukace

Poslední fází edukačního procesu je hodnocení. Cílem je zjistit momentální stav vědomostí, postojů a dovedností pacienta. Toto hodnocení dává pacientovi i edukující sestře zpětnou vazbu o jeho pokrocích. Může se stát, že se v některých případech nepodaří cíle naplnit. Pak je nutné přehodnotit celý proces, odhalit příčinu a provést další edukaci (Juřeniková, 2010). Zkušenosti z praxe ukazují, že pacienti, kteří jsou edukováni, prokazují vyšší míru spolupráce. Hodnocení může probíhat již v průběhu edukace, bezprostředně po jejím skončení, ale také s odstupem několika týdnů. Vhodnými nástroji k vyhodnocení výsledků edukace může být dotazník, test či rozhovor (Nemcová, Hlinková, 2010).

Důležitým prvkem, nejen při edukaci, ale během celé léčby, je schopnost všeobecné sestry být empatická. Je schopna projevit pacientovi porozumění a pochopení. Tak se může naplnit základ jejího poslání, pomáhat člověku, který její pomoc potřebuje (Zacharová, 2011). Každé zdravotnické zařízení je povinno vést zdravotnickou dokumentaci. Vedení dokumentace je ustanoveno zákonem č. 372/2011 Sb., ale i vyhláškou č. 98/2012 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Součástí zdravotnické dokumentace by měl být i edukační záznam. Měl by obsahovat všechny údaje, které pomohou zachovat kontinuitu edukačního procesu a podle kterých se hodnotí výsledky edukace (Česko, 2011).

5 Výzkumná část

5.1 Cíle práce a výzkumné předpoklady

V bakalářské práci byly stanoveny 2 cíle, přičemž k druhému cíli byly vytvořeny 3 dílčí podcíle, na které navazují 4 výzkumné předpoklady. Procentuální hodnoty výzkumných předpokladů byly upřesněny na základě předvýzkumu, který byl proveden na chirurgickém oddělení Oblastní nemocnice Jičín a.s. v dubnu 2018 (viz Příloha G).

Cíle práce

1. Vytvořit edukační standard sloužící k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly.
2. Ověřit navržený edukační standard sloužící k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly v praxi.
- 2a. Zjistit informovanost pacientů o zásadách péče o operační ránu po operaci tříselné kýly.
- 2b. Zjistit informovanost pacientů o zásadách pohybového režimu po operaci tříselné kýly.
- 2c. Zjistit informovanost pacientů o zásadách dietního režimu po operaci tříselné kýly.

Výzkumné předpoklady

1. Předpokládáme, že 75 % a více pacientů je informováno o zásadách péče o operační ránu po operaci tříselné kýly.
2. Předpokládáme, že 78 % a více pacientů je informováno o zásadách pohybového režimu po operaci tříselné kýly.
3. Předpokládáme, že 77 % a více pacientů je informováno o zásadách dietního režimu po operaci tříselné kýly.
4. Předpokládáme, že edukační standard sloužící k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly je v 75 % a více účinný.

5.2 Metodika výzkumu

Pro zpracování výzkumného šetření byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu. Na základě prostudované literatury a vlastních zkušeností byl vytvořen edukační standard sloužící k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly (viz Příloha E). Výzkumné šetření bylo uskutečněno na chirurgickém oddělení Oblastní nemocnice Jičín, a.s.. Na počátku výzkumného šetření byl zajištěn souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení a vrchní sestry chirurgického oddělení (viz Příloha F). Výzkumné šetření bylo zahájeno v dubnu 2018 a ukončeno v červnu 2018.

Součástí výzkumného šetření byl předvýzkum (viz Příloha G), který proběhl rovněž na chirurgickém oddělení Oblastní nemocnice Jičín a.s., a to v dubnu 2018. V průběhu předvýzkumu bylo osloveno 10 respondentů, jimiž byli pacienti podstupující operaci tříselné kýly metodou dle Lichtensteina. Všech 10 dotazníků bylo navráceno zcela vyplněných. Na základě tohoto předvýzkumu byla výzkumná technika dotazníkové šetření ponechána, byly provedeny jen 2 stylistické úpravy pro srozumitelnost textu. První se týkala znění otázky č. 4 a druhá změna byla učiněna v odpovědi u otázky č. 10. Při realizaci výzkumu byla nejprve provedena edukace pacienta podle navrženého edukačního standardu, která probíhala ve dvou sezeních. První sezení trvalo cca 15 minut a proběhlo den před operací, druhé trvalo cca 30 minut a bylo uskutečněno první pooperační den. Místem edukace byla vyšetřovna. Při edukaci byly zajištěny stejné podmínky pro všechny respondenty. Po druhém edukačním sezení byl distribuován dotazník (viz Příloha H).

Dotazníkové šetření předvýzkumu i výzkumu probíhalo dobrovolně se zajištěním anonymity dotazovaných respondentů a jejich ústním souhlasem. Dotazník obsahoval 20 otázek, z toho 15 otázek bylo zaměřeno na konkrétní cíle, 3 identifikační a 2 zaměřené na spokojenost s edukací. V dotazníku bylo dále 19 otázek uzavřených a 1 otázka polootevřená, kde mohl pacient svoji případnou odpověď dopsat. U každé otázky bylo možné označit jen jednu odpověď. Kritéria správných odpovědí byla stanovena dle odborné literatury. Celkem bylo osloveno 42 respondentů, z tohoto počtu 42 respondentů zcela vyplnilo. Návratnost dotazníku byla 100 %. Výzkumné předpoklady byly upraveny na základě procentuálních hodnot z předvýzkumu.

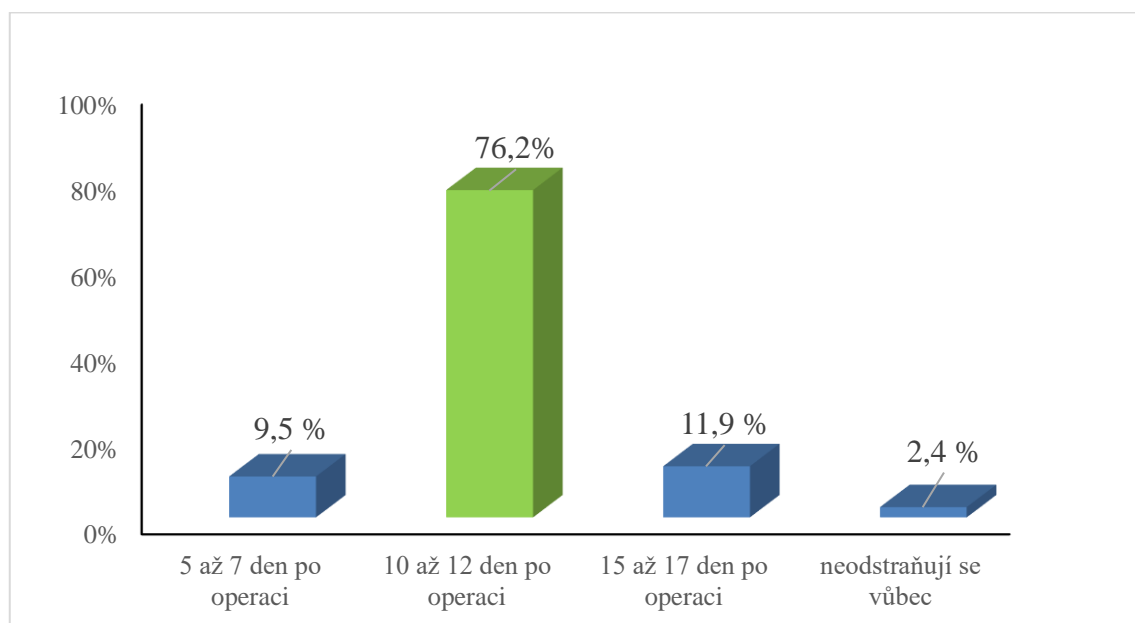
5.3 Analýza výzkumných dat

Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány a vyhodnocovány pomocí tabulek a grafů v programech Microsoft® Office 2007 Word a Microsoft® Office 2007 Excel. Data v tabulkách jsou uvedena ve znacích n_i (absolutní četnost), f_i (relativní četnost), Σ (celková četnost) a \bar{x} (aritmetický průměr), které jsou uvedeny v procentech se zaokrouhlením na jedno desetinné místo. Správné odpovědi na otázky jsou v grafech vždy zobrazeny zelenou barvou. Analýza je realizována pro každou otázku z dotazníku samostatně.

3.3.1 Analýza dotazníkové otázky č. 1: Uveďte prosím, kolikátý den budete mít zpravidla odstraněny stehy z operační rány?

Tab. 1 Odstranění stehů z operační rány

	n_i	f_i
5 až 7 den po operaci	4	9,5 %
10 až 12 den po operaci	32	76,2 %
15 až 17 den po operaci	5	11,9 %
neodstraňují se vůbec	1	2,4 %
Σ	42	100 %



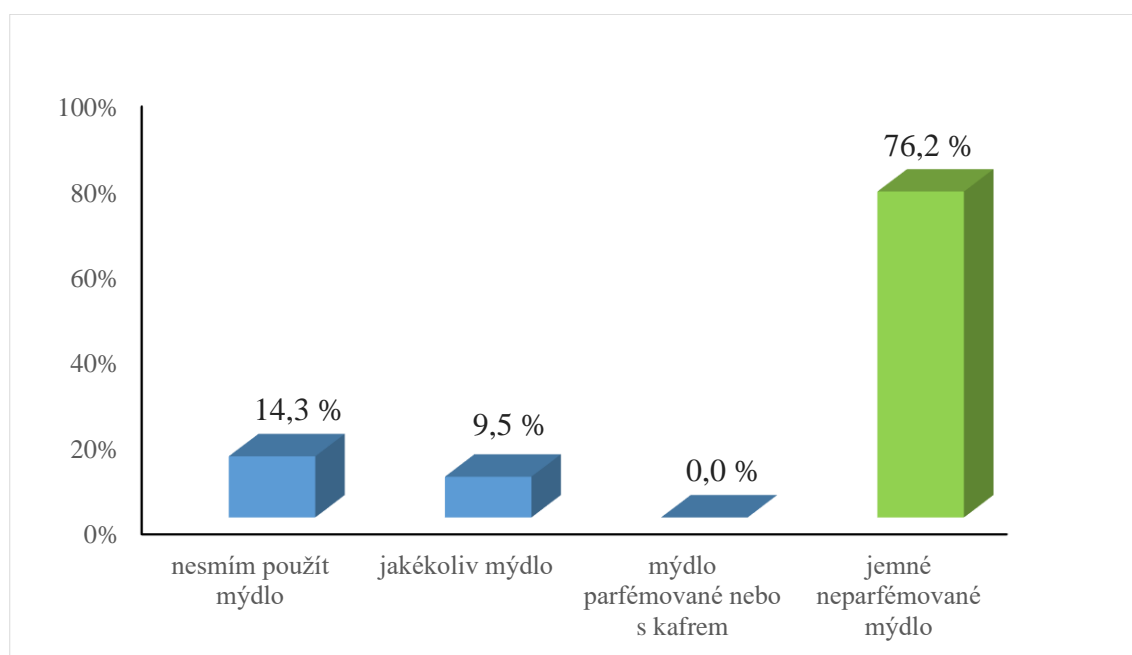
Graf 1 Odstranění stehů z operační rány

Na otázku, kolikátý den budete mít zpravidla odstraněny stehy z operační rány, odpovědělo správně 10 až 12 den po operaci 24 (76,2 %) respondentů. Odpověď 5 až 7 den po operaci označili 4 respondenti (9,5 %). 5 respondentů (11,9 %) uvedlo 15 až 17 den a pouze 1 (2,4 %) respondent uvedl, že se neodstraňují vůbec.

5.3.2 Analýza dotazníkové otázky č. 2: Uved'te, jaké mýdlo použijete při osobní hygieně po operaci?

Tab. 2 Mýdlo k osobní hygieně po operaci

	n _i	f _i
nesmím použít mýdlo	6	14,3 %
jakékoliv mýdlo	4	9,5 %
mýdlo parfémované nebo s kafrem	0	0,0 %
jemné neparfémované mýdlo	32	76,2 %
Σ	42	100 %



Graf 2 Mýdlo k osobní hygieně po operaci

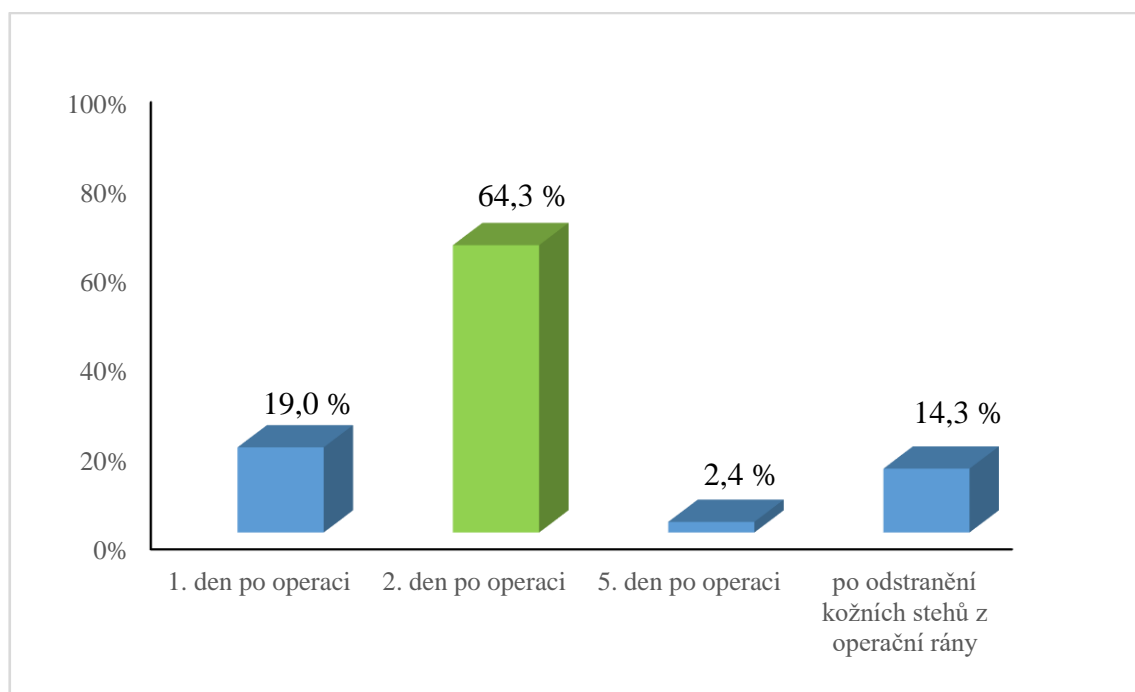
Na otázku, jaké mýdlo použijete při osobní hygieně po operaci, uvedlo správnou variantu jemné neparfémované mýdlo 32 (76,2 %) respondentů. Odpověď, nesmím použít mýdlo, označilo 6 (14,3 %) respondentů. Variantu jakékoliv mýdlo zvolili

4 (9,5 %) respondenti. Žádný respondent (0,0 %) neoznačil odpověď mýdlo neparfémované nebo s kafrem.

5.3.3 Analýza dotazníkové otázky č. 3: Uveďte, kolikátý den po operaci můžete ránu sprchovat?

Tab. 3 Sprchování rány po operaci

	n_i	f_i
1. den po operaci	8	19,0 %
2. den po operaci	27	64,3 %
5. den po operaci	1	2,4 %
po odstranění kožních stehů z operační rány	6	14,3 %
Σ	42	100,0 %



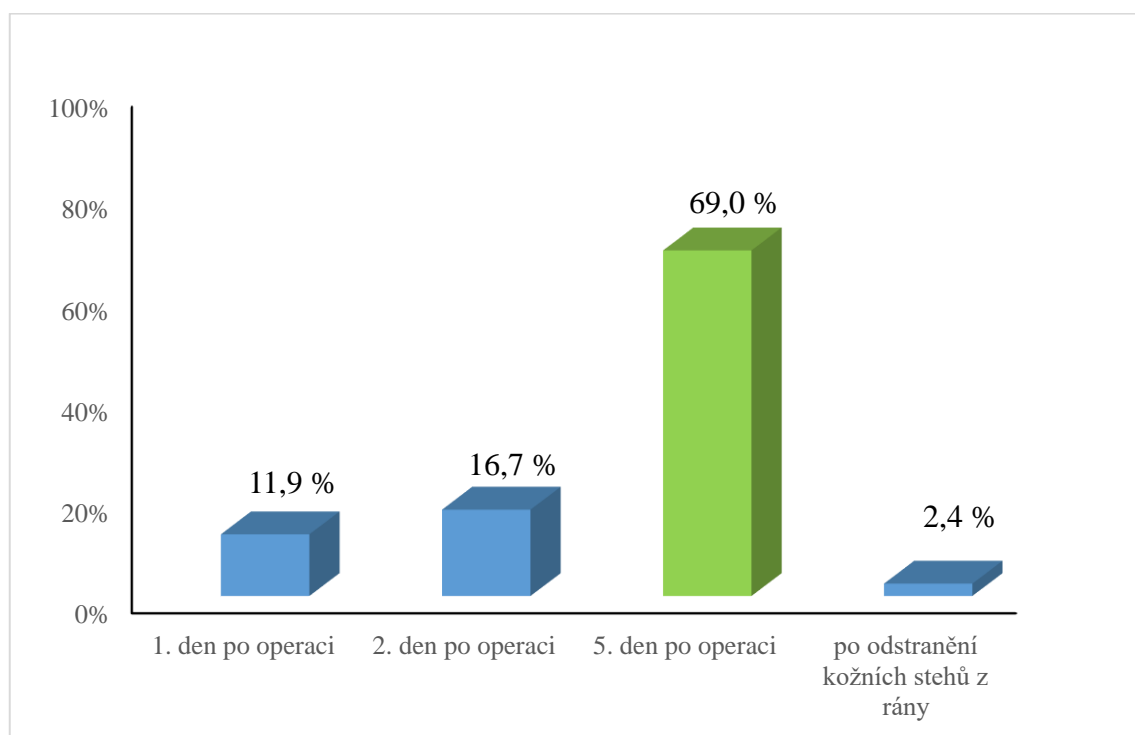
Graf 3 Sprchování rány po operaci

Na otázku, kolikátý den po operaci můžete ránu sprchovat, odpovědělo správně 2 den po operaci 27 (64,3 %) respondentů. Odpověď 1. den po operaci zvolilo 8 (19 %) respondentů. Variantu po odstranění kožních stehů zvolilo 6 (14,3 %) respondentů. Pouze jeden respondent (2,4 %) označil možnost 5. Den po operaci.

5.3.4 Analýza dotazníkové otázky č. 4: Uved'te, kolikátý den po operaci se můžete koupat (ve vaně)?

Tab. 4 Koupání ve vaně po operaci

	n_i	f_i
1. den po operaci	5	11,9 %
2. den po operaci	7	16,7 %
5. den po operaci	29	69,0 %
po odstranění kožních stehů z rány	1	2,4 %
Σ	42	100,0 %



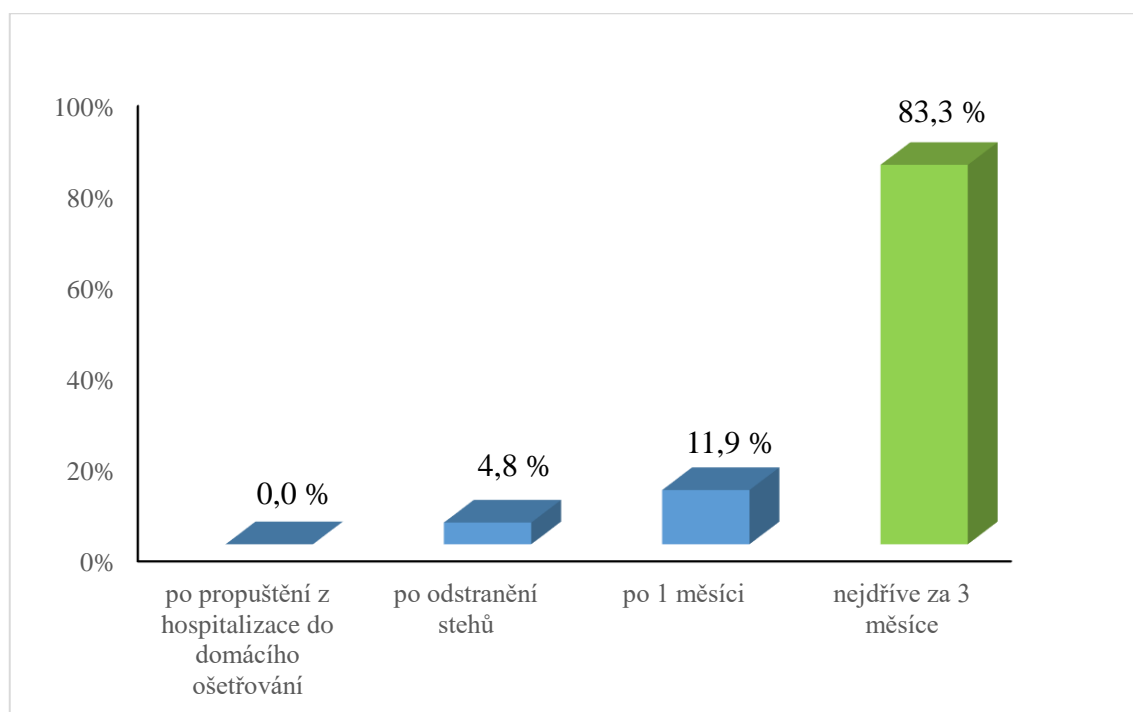
Graf 4 Koupání ve vaně po operaci

Otázku, kolikátý den po operaci se můžete koupat (ve vaně), správně zodpovědělo 5. den po operaci 29 (69,0 %) respondentů. Odpověď 2. den po operaci označilo 7 (16,7 %) respondentů. Odpověď 1. den po operaci zvolilo 5 (11,9 %) respondentů. Po odstranění kožních stehů označil 1 (2,4 %) respondent.

5.3.5 Analýza dotazníkové otázky č. 5: Uved'te, od kdy je vhodné začít ránu vystavovat slunečnímu záření?

Tab. 5 Ochrana jizvy před slunečním zářením

	n_i	f_i
po propuštění z hospitalizace do domácího ošetřování	0	0,0 %
po odstranění stehů	2	4,8 %
po 1 měsíci	5	11,9 %
nejdříve za 3 měsíce	35	83,3 %
Σ	42	100,0 %



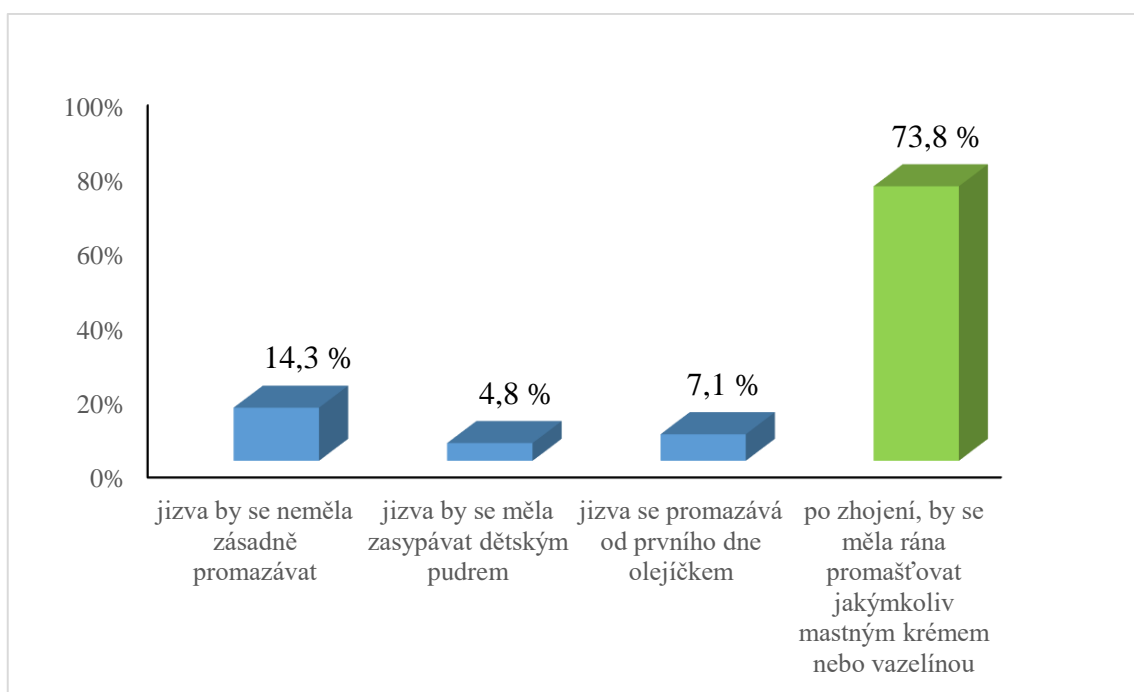
Graf 5 Ochrana jizvy před slunečním zářením

V této otázce měli respondenti uvést, od kdy je vhodné začít ránu vystavovat slunečnímu záření. Správnou odpověď označilo 35 (83,3 %) respondentů a to nejdříve za 3 měsíce. Nesprávnou odpověď po 1 měsíci zvolilo 5 (11,9 %) respondentů, další 2 (4,8 %) respondenti nesprávně označili po odstranění stehů. Žádný (0,0 %) z respondentů neoznačil variantu po propuštění z hospitalizace do domácího ošetřování.

5.3.6 Analýza dotazníkové otázky č. 6: Uved'te, jak byste měl/měla ošetřovat operační ránu po odstranění stehů?

Tab. 6 Ošetření rány po odstranění stehů

	n _i	f _i
jizva by se neměla zásadně promazávat	6	14,3 %
jizva by se měla zasypávat dětským pudrem	2	4,8 %
jizva se promazává od prvního dne olejíčkem	3	7,1 %
po zhojení, by se měla rána promašťovat jakýmkoliv mastným krémem nebo vazelínou	31	73,8 %
Σ	42	100,0 %



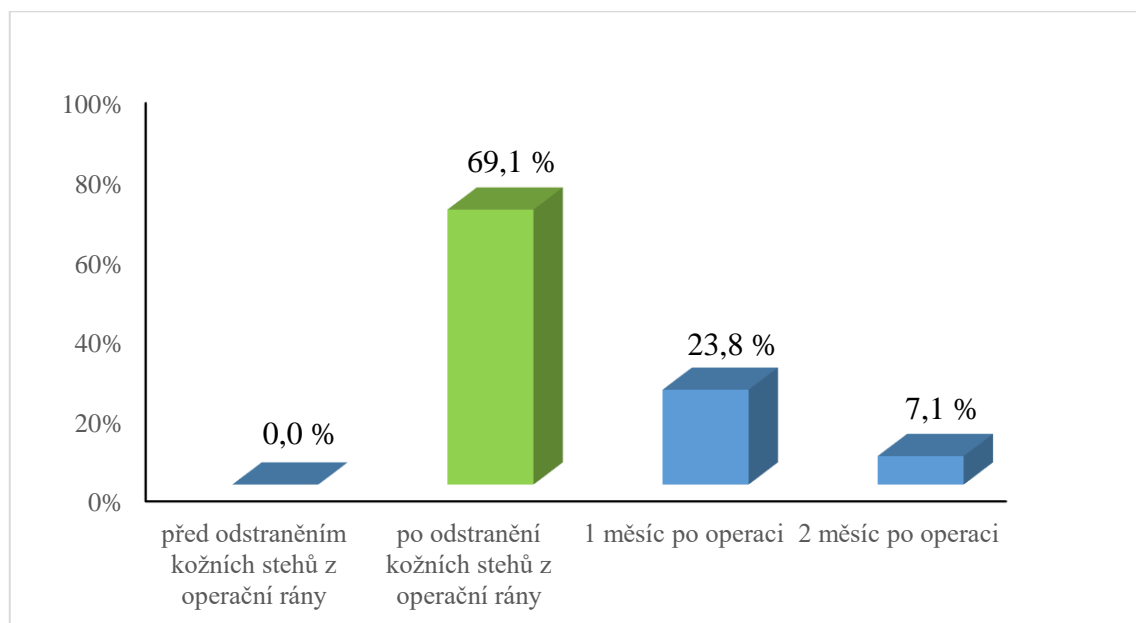
Graf 6 Ošetření rány po odstranění stehů

Na otázku, jak byste měl/měla ošetřovat operační ránu po odstranění stehů, správně odpovědělo 31 (73,8 %) respondentů a to po zhojení, by se měla rána promašťovat jakýmkoliv mastným krémem nebo vazelínou. Chybnou odpověď jizva by se neměla zásadně promazávat, označilo 6 (14,3 %) respondentů. Odpověď, jizva se promazává od prvního dne olejíčkem zvolili 3 (7,1 %) respondenti. Další nesprávnou odpověď jizva by se měla zasypávat dětským pudrem, označili 2 (4,8 %) respondenti.

5.3.7 Analýza dotazníkové otázky č. 7: Za jakou dobu po operaci lze vykonávat tlakové masáže po operaci?

Tab. 7 Tlakové masáže jizvy

	n_i	f_i
před odstraněním kožních stehů z operační rány	0	0,0 %
po odstranění kožních stehů z operační rány	29	69,1 %
1 měsíc po operaci	10	23,8 %
2 měsíc po operaci	3	7,1 %
Σ	42	100,0 %



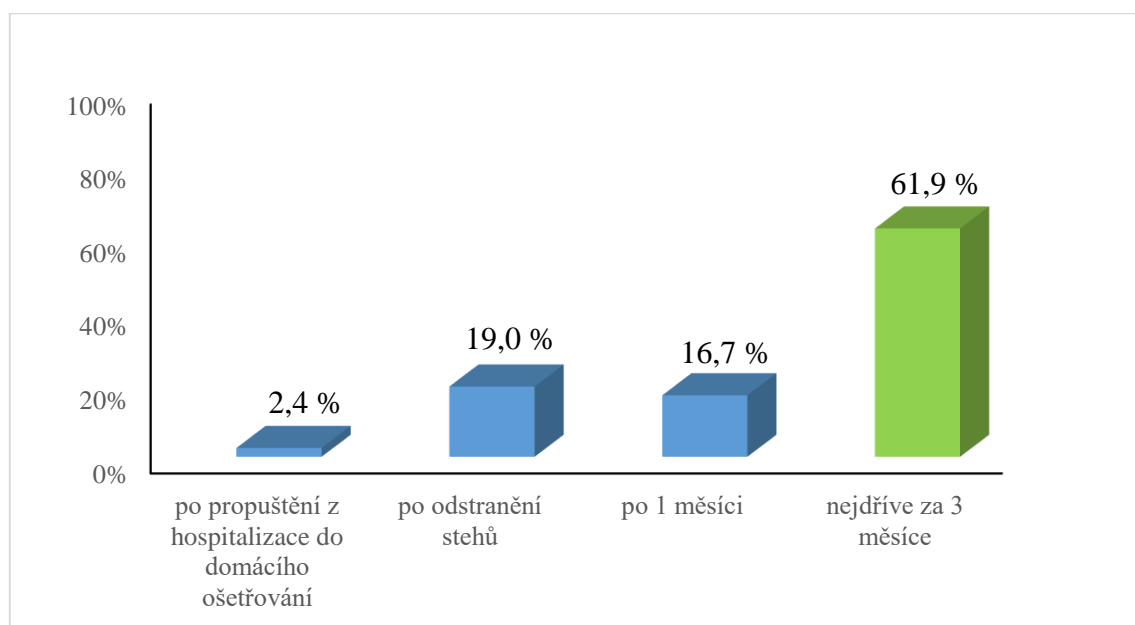
Graf 7 Tlakové masáže jizvy

V této otázce měli respondenti uvést, za jakou dobu po operaci lze vykonávat tlakové masáže po operaci. Správnou odpověď po odstranění kožních stehů z operační rány označilo 29 (69,1 %) respondentů. Nesprávně, 1 měsíc po operaci odpovědělo 10 (23,8 %) respondentů. 3 respondenti (7,1 %) označili chybně 2 měsíc po operaci. Žádný z respondentů (0,0 %) neoznačil, že lze tlakové masáže provádět před odstraněním kožních stehů.

5.3.8 Analýza dotazníkové otázky č. 8: Uved'te, od kdy je vhodné začít navštěvovat saunu?

Tab. 8 Saunování po operaci

	n_i	f_i
po propuštění z hospitalizace do domácího ošetřování	1	2,4 %
po odstranění stehů	8	19,0 %
po 1 měsíci	7	16,7 %
nejdříve za 3 měsíce	26	61,9 %
Σ	42	100,0 %



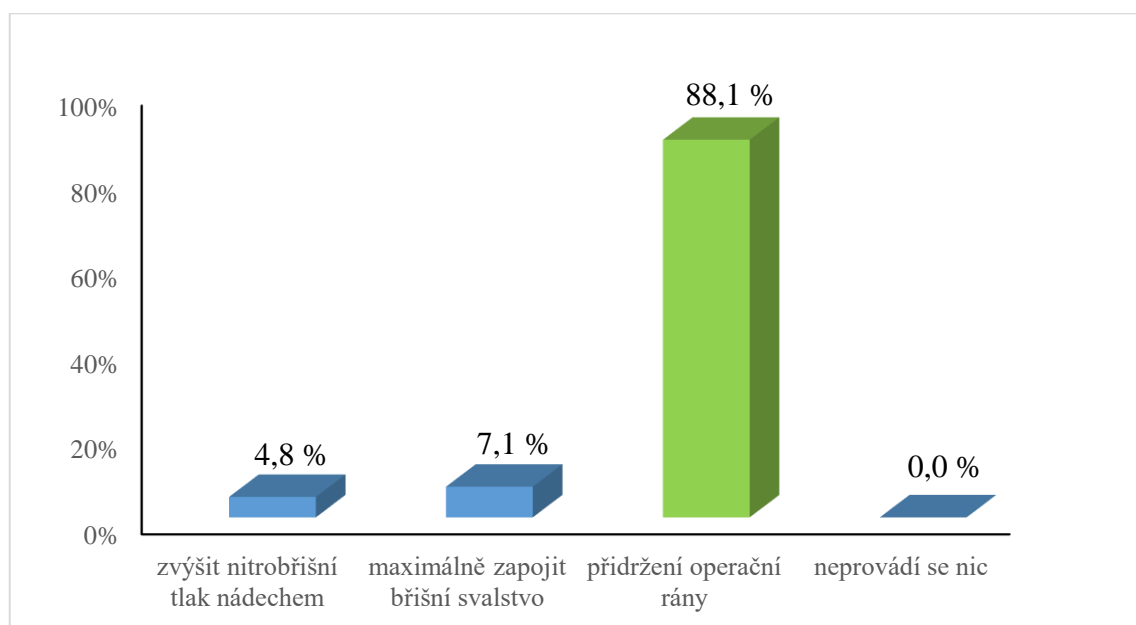
Graf 8 Saunování po operaci

Na otázku od kdy je vhodné začít navštěvovat saunu, odpovědělo správně nejdříve za 3 měsíce 26 (61,9 %) respondentů. Nesprávnou variantu po odstranění stehů označilo 8 (19,0 %) respondentů. 7 respondentů (16,7 %) zodpovědělo, že je vhodné začít navštěvovat saunu po 1 měsíci. 1 respondent (2,4 %) označil nesprávnou odpověď po propuštění z hospitalizace.

5.3.9 Analýza dotazníkové otázky č. 9: Uved'te, co by se mělo provádět po operaci při odkašlání?

Tab. 9 Odkašlání po operaci

	n_i	f_i
zvýšit nitrobřišní tlak nádechem	2	4,8 %
maximálně zapojit břišní svalstvo	3	7,1 %
přidržení operační rány	37	88,1 %
neprovádí se nic	0	0,0 %
Σ	42	100,0 %



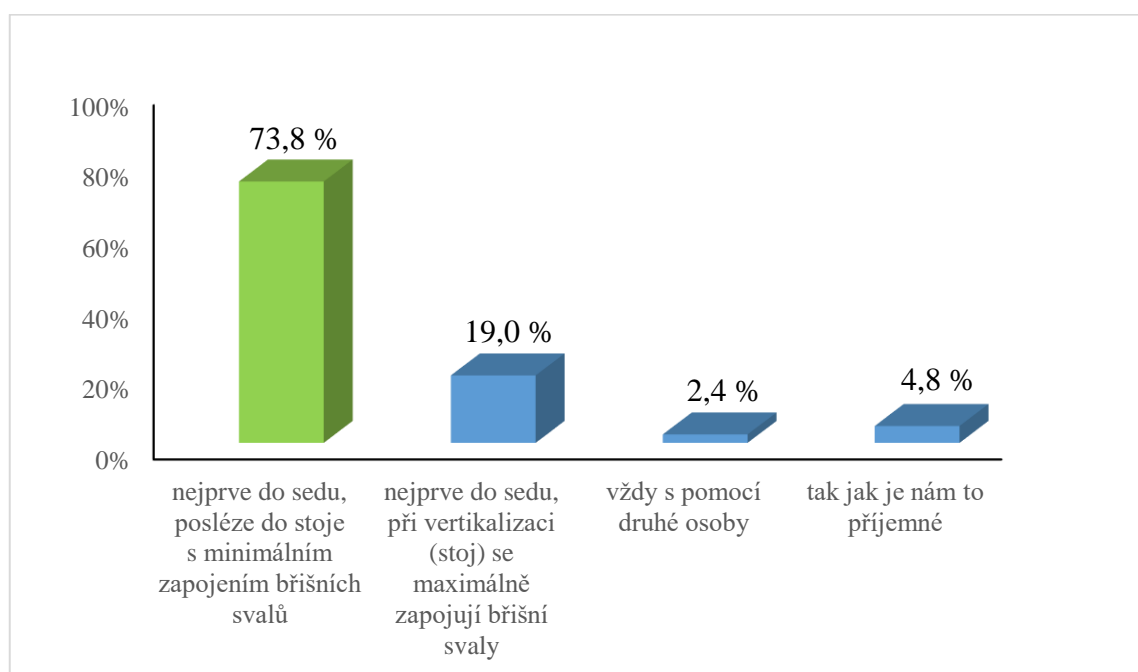
Graf 9 Odkašlání po operaci

Otázku, co by se mělo provádět po operaci při odkašlání, odpovědělo správně přidržení operační rány, 37 (88,1 %) respondentů. Odpověď maximálně zapojit břišní svalstvo zvolili 3 respondenti (7,1 %). Odpověď zvýšit nitrobřišní tlak nádechem označili 2 (4,8 %) respondenti. Žádný z dotazovaných respondentů (0,0 %) ne zvolil odpověď, neprovádí se nic.

5.3.10 Analýza dotazníkové otázky č. 10: Uved'te, jakým způsobem byste měl/a vstávat z lůžka po operaci?

Tab. 10 Vstávání z lůžka

	n _i	f _i
nejprve do sedu, posléze do stoje s minimálním zapojením břišních svalů	31	73,8 %
nejprve do sedu, při vertikalizaci (stoj) se maximálně zapojují břišní svaly	8	19,0 %
vždy s pomocí druhé osoby	1	2,4 %
tak jak je nám to příjemné	2	4,8 %
Σ	42	100,0 %



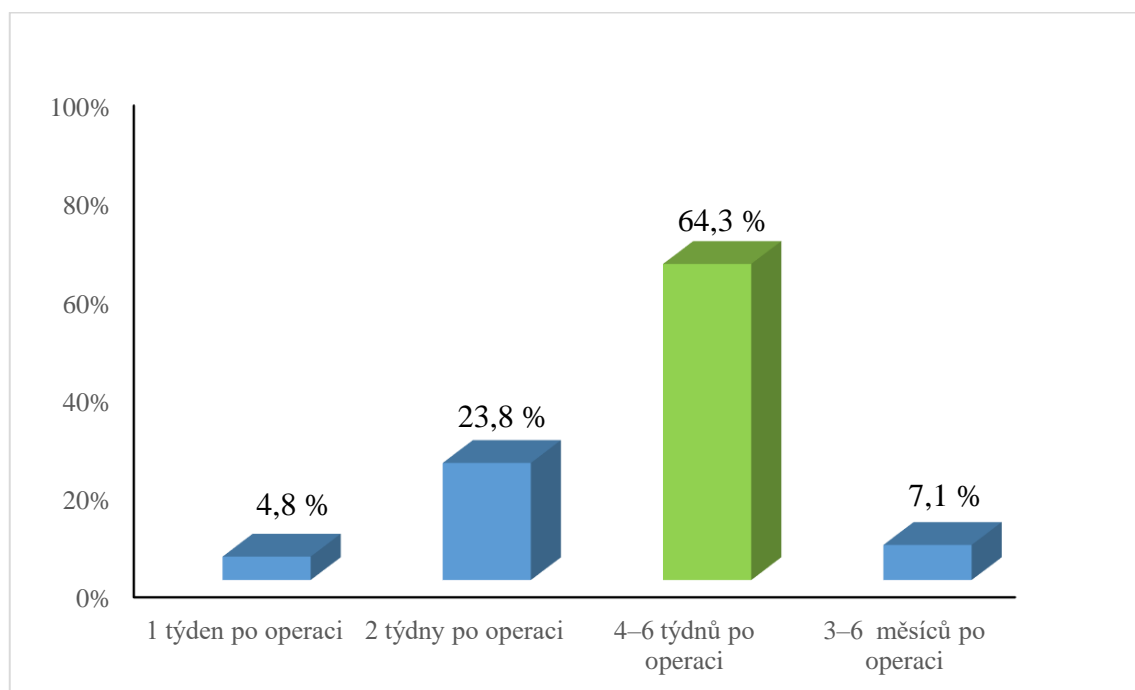
Graf 10 Vstávání z lůžka

Dotazníková otázka č. 10 zjišťovala, jakým způsobem by měl pacient po operaci vstávat z lůžka. Na tuto otázku odpovědělo 31 (73,8 %) respondentů správně, nejprve do sedu, posléze do stoje s minimálním zapojením břišních svalů. 8 respondentů odpovědělo nesprávně, nejprve do sedu, při vertikalizaci (stoj) se maximálně zapojují břišní svaly. Variantu, tak jak je nám to příjemné označili 2 (4,8 %) respondenti a pouze 1 respondent (2,4 %) označil odpověď vždy s pomocí druhé osoby.

5.3.11 Analýza dotazníkové otázky č. 11: Jak dlouho po operaci byste neměl zvedat a přenášet těžká břemena (nad 5–7 kg) např. nákupní tašky, nábytek?

Tab. 11 Těžká břemena po operaci

	n_i	f_i
1 týden po operaci	2	4,8 %
2 týdny po operaci	10	23,8 %
4–6 týdnů po operaci	27	64,3 %
3–6 měsíců po operaci	3	7,1 %
Σ	42	100,0 %



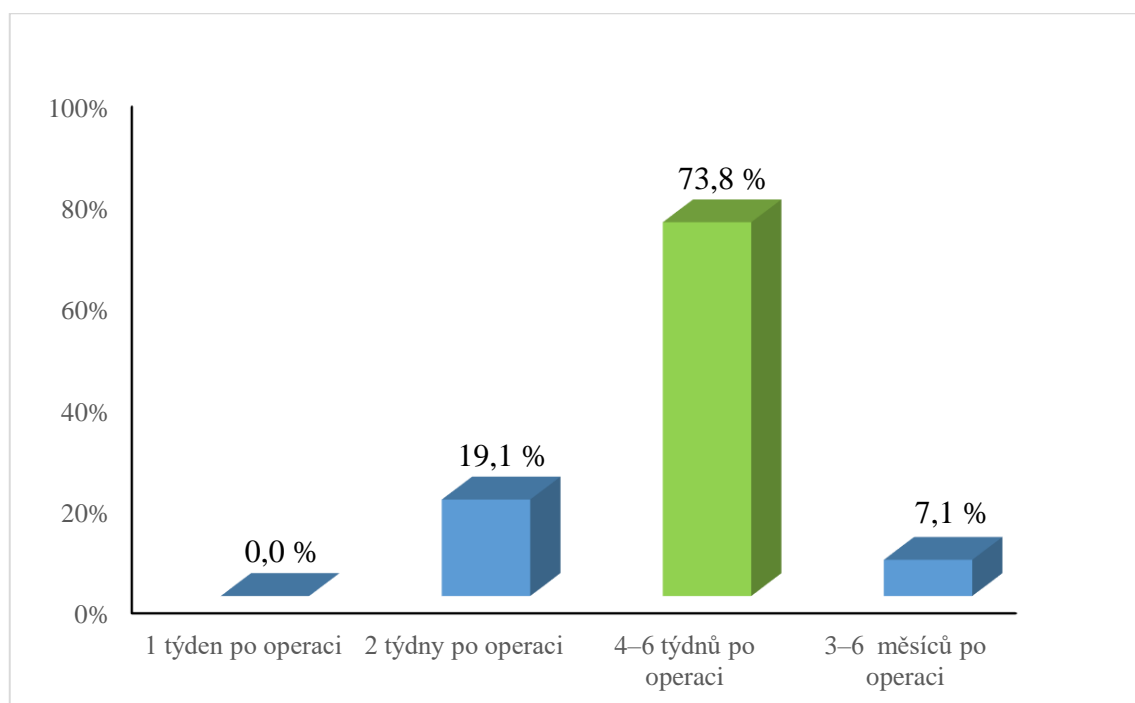
Graf 11 Těžká břemena po operaci

Na otázku, jak dlouho po operaci byste neměl/a zvedat a přenášet těžká břemena (nad 5–7 kg) např. nákupní tašky, nábytek, opovědělo 27 (64,3 %) respondentů správně a to 4–6 týdnů po operaci. Dalších 10 (23,8 %) respondentů odpovědělo nesprávně, 2 týdny po operaci. 3–6 měsíců po operaci označili nesprávně 3 (7,1 %) respondenti. 2 respondenti (4,8 %) odpověděli nesprávně, 1 týden po operaci.

5.3.12 Analýza dotazníkové otázky č. 12: Kdy je vhodné začít po operaci s cvičením (např. plaváním, jízdou na kole)?

Tab. 12 Cvičení po operaci

	n_i	f_i
1 týden po operaci	0	0,0 %
2 týdny po operaci	8	19,1 %
4–6 týdnů po operaci	31	73,8 %
3–6 měsíců po operaci	3	7,1 %
Σ	42	100,0 %



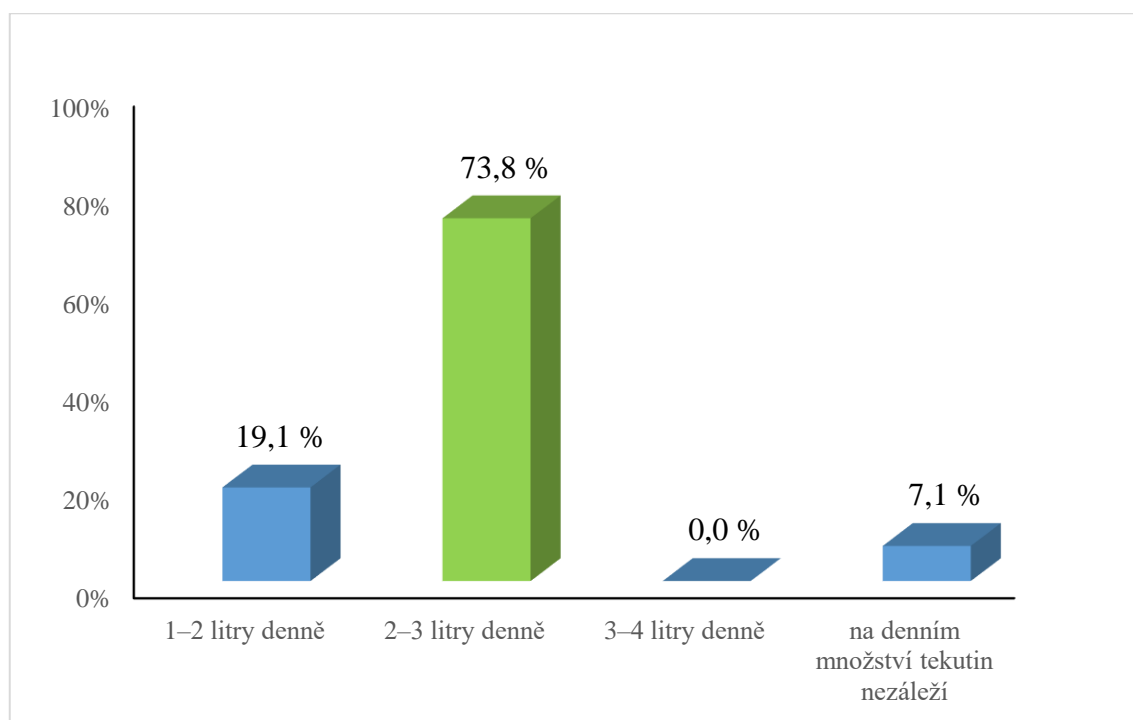
Graf 12 Cvičení po operaci

Na otázku, kdy je vhodné začít po operaci s cvičením (např. plaváním, jízdou na kole), odpovědělo 31 (73,8 %) respondentů správně 4–6 týdnů po operaci. 8 respondentů (19,1 %) označilo odpověď 2 týdny po operaci. Odpověď 3–6 měsíců po operaci nesprávně odpověděli 3 (7,1 %) respondenti. Odpověď 1 týden po operaci nezvolil žádný respondent (0,0 %).

5.3.13 Analýza dotazníkové otázky č. 13: Uved'te, jaké množství tekutin byste měl/a po operaci denně vypít?

Tab. 13 Tekutiny po operaci

	n_i	f_i
1–2 litry denně	8	19,1 %
2–3 litry denně	31	73,8 %
3–4 litry denně	0	0,0 %
na denním množství tekutin nezáleží	3	7,1 %
Σ	42	100,0 %



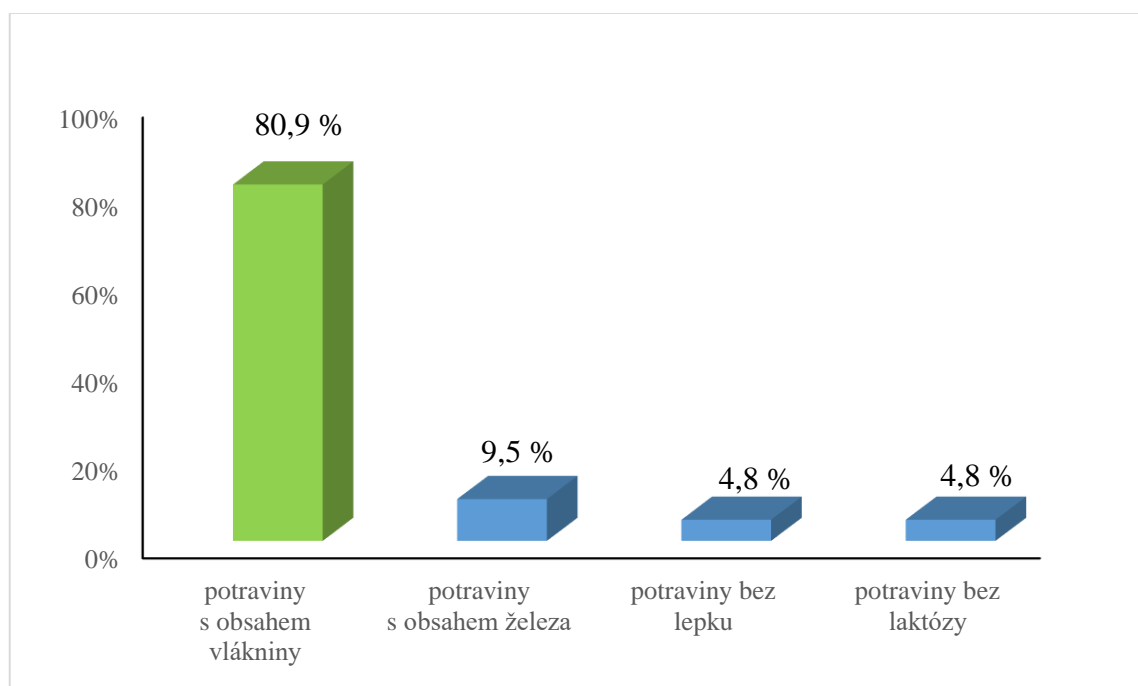
Graf 13 Tekutiny po operaci

V této otázce měli respondenti uvést, jaké množství tekutin by měli po operaci denně vypít. Správnou odpověď 2–3 litry denně zvolilo 31 (73,8 %) respondentů. Nesprávnou odpověď 1–2 litry denně označilo 8 (19,1 %) respondentů. Odpověď, na denním množství tekutin nezáleží, zvolili 3 respondenti (7,1 %). Žádný respondent nezvolil variantu 3–4 litry denně (0,0 %).

5.3.14 Analýza dotazníkové otázky č. 14: Uved'te, jaké potraviny se doporučují konzumovat po operaci?

Tab. 14 Doporučené potraviny

	n _i	f _i
potraviny s obsahem vlákniny (např. celozrnný chléb, sušené fazole, jablko)	34	80,9 %
potraviny s obsahem železa (např. droždí, mák, vepřová játra)	4	9,5 %
potraviny bez lepku (např. rýže, sója, bezlepkové pečivo)	2	4,8 %
potraviny bez laktózy (např. rýžové a sójové mléko, červené maso, ryby)	2	4,8 %
Σ	42	100,0 %



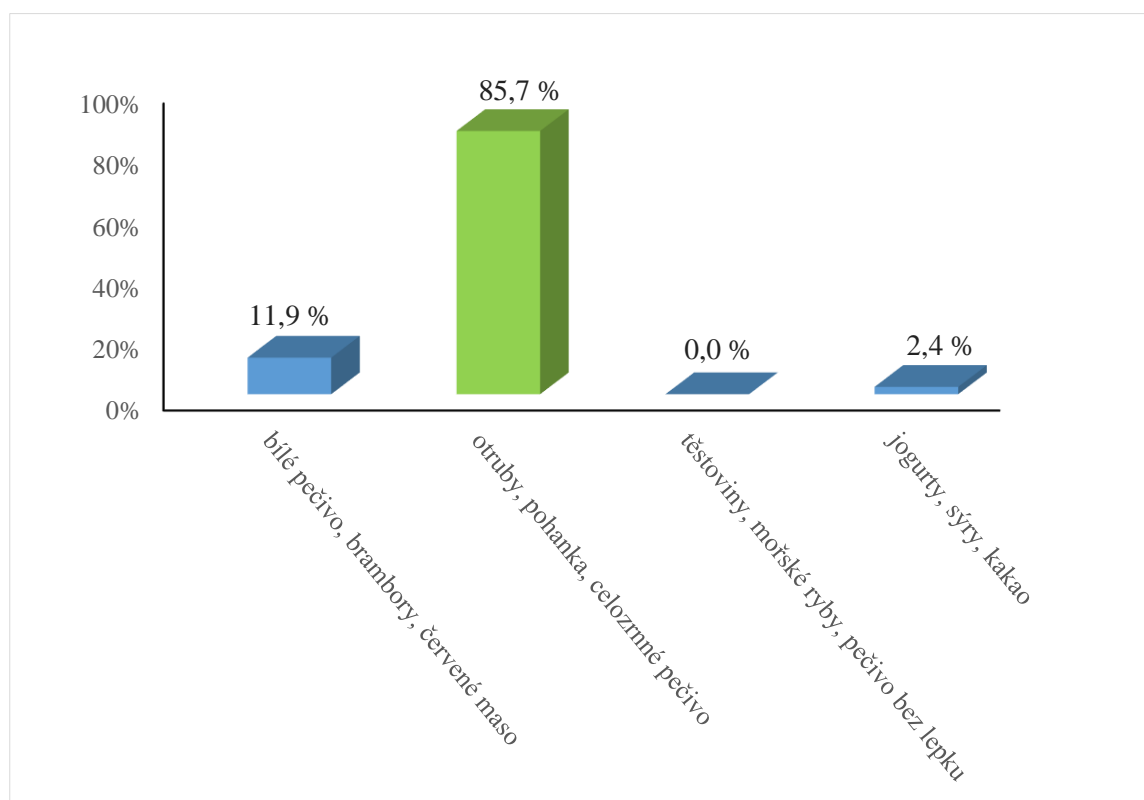
Graf 14 Doporučené potraviny

Na otázku, jaké potraviny se doporučují konzumovat po operaci, odpovědělo 34 (80,9 %) respondentů správně potraviny s vlákninou. Odpověď potraviny s obsahem železa zvolilo 4 (9,5 %) respondentů. Odpovědi potraviny bez lepku a potraviny bez laktózy shodně uvedli v obou možnostech 2 respondenti (4,8 %).

5.3.15 Analýza dotazníkové otázky č. 15: Uved'te, které potraviny obsahují vlákninu?

Tab. 15 Potraviny s vlákninou

	n _i	f _i
bílé pečivo, brambory, červené maso	5	11,9 %
otruby, pohanka, celozrnné pečivo	36	85,7 %
těstoviny, mořské ryby, pečivo bez lepku	0	0,0 %
jogurty, sýry, kakao	1	2,4 %
Σ	42	100,0 %



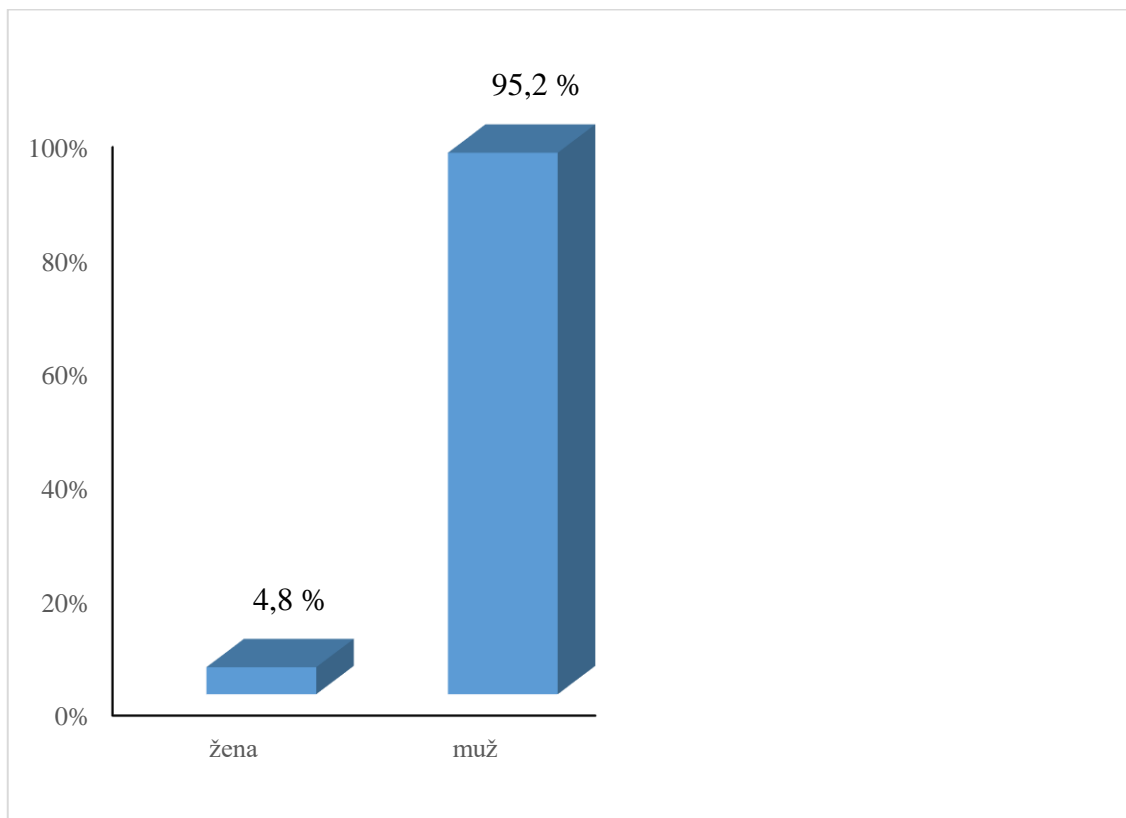
Graf 15 Potraviny s vlákninou

Dotazníková otázka č. 15 zjišťovala, zda jsou pacienti dostatečně informováni, které potraviny obsahují vlákninu. 36 respondentů (85,7 %) uvedlo správně odpověď otruby, pohanka, celozrnné pečivo. Nesprávnou odpověď bílé pečivo, brambory, červené maso zvolilo 5 (11,9 %) respondentů. Další nesprávnou odpověď jogurty, sýry, kakao zvolil pouze 1 (2,4 %) respondent. Žádný (0,0 %) z respondentů nezvolil odpověď těstoviny, mořské ryby, pečivo bez lepku.

5.3.16 Analýza dotazníkové otázky č. 16: Jaké je Vaše pohlaví?

Tab. 16 Pohlaví respondenta

	n_i	f_i
žena	2	4,8 %
muž	40	95,2 %
Σ	42	100,0 %



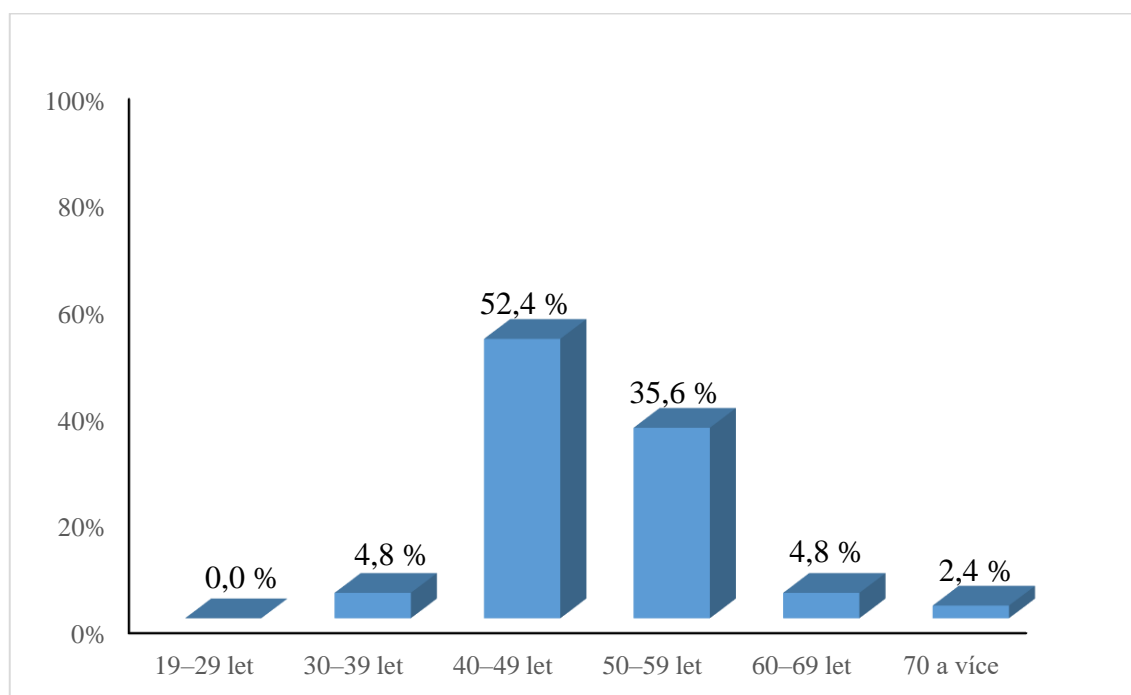
Graf 16 Pohlaví respondenta

Z celkového počtu 42 respondentů bylo 40 (90, 2 %) mužů a 2 (4,8 %) žen.

5.3.17 Analýza dotazníkové otázky č. 17: Kolik je Vám let?

Tab. 17 Věk respondenta

	n_i	f_i
19–29 let	0	0,0 %
30–39 let	2	4,8 %
40–49 let	22	52,4 %
50–59 let	15	35,6 %
60–69 let	2	4,8 %
70 a více	1	2,4 %
	42	100,0 %



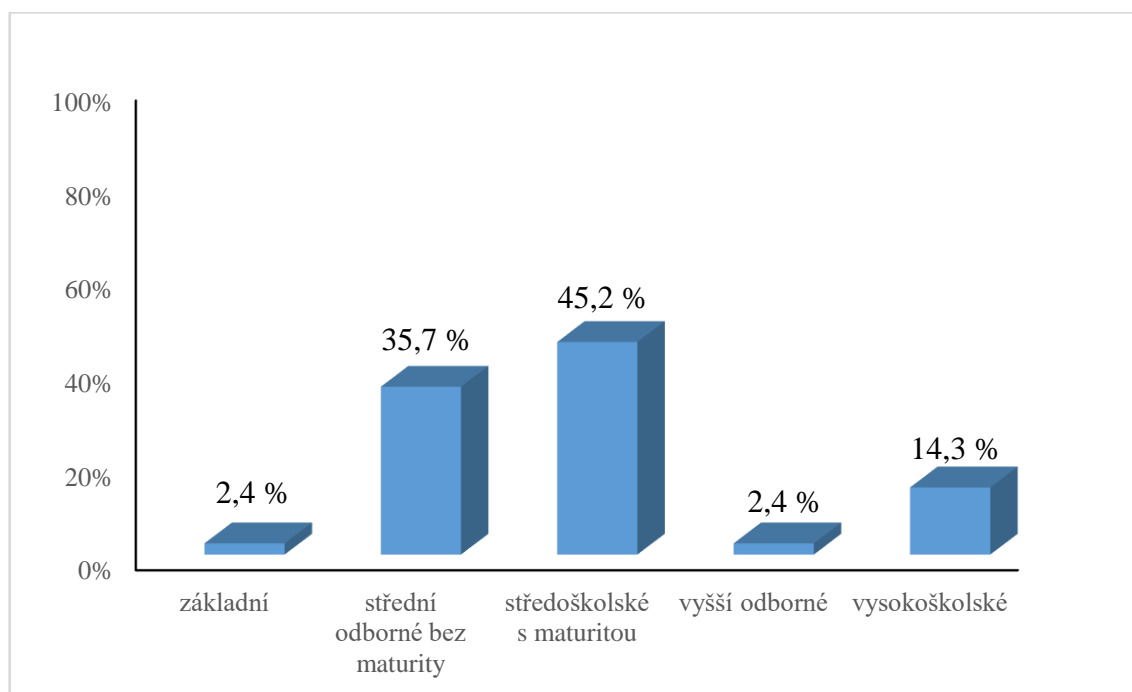
Graf 17 Věk respondenta

Nejvíce respondentů označilo věkové období 40–49 let a to 22 (52,4 %) z celkového počtu 42 dotazovaných respondentů. Věkovou kategorii 50–59 let označilo 15 respondentů (35,6 %). Třetí a čtvrtou nejpočetnější věkovou kategorií byly skupiny 30–39 let a 60–69 let, kterou zvolili shodně 2 respondenti (4,8 %). Věkovou kategorií 19–29 let neoznačil žádný (0,0 %) respondent.

5.3.18 Analýza dotazníkové otázky č. 18: Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 18 Vzdělání respondenta

	n_i	f_i
základní	1	2,4 %
střední odborné bez maturity	15	35,7 %
středoškolské s maturitou	19	45,2 %
vyšší odborné	1	2,4 %
vysokoškolské	6	14,3 %
	42	100,0 %



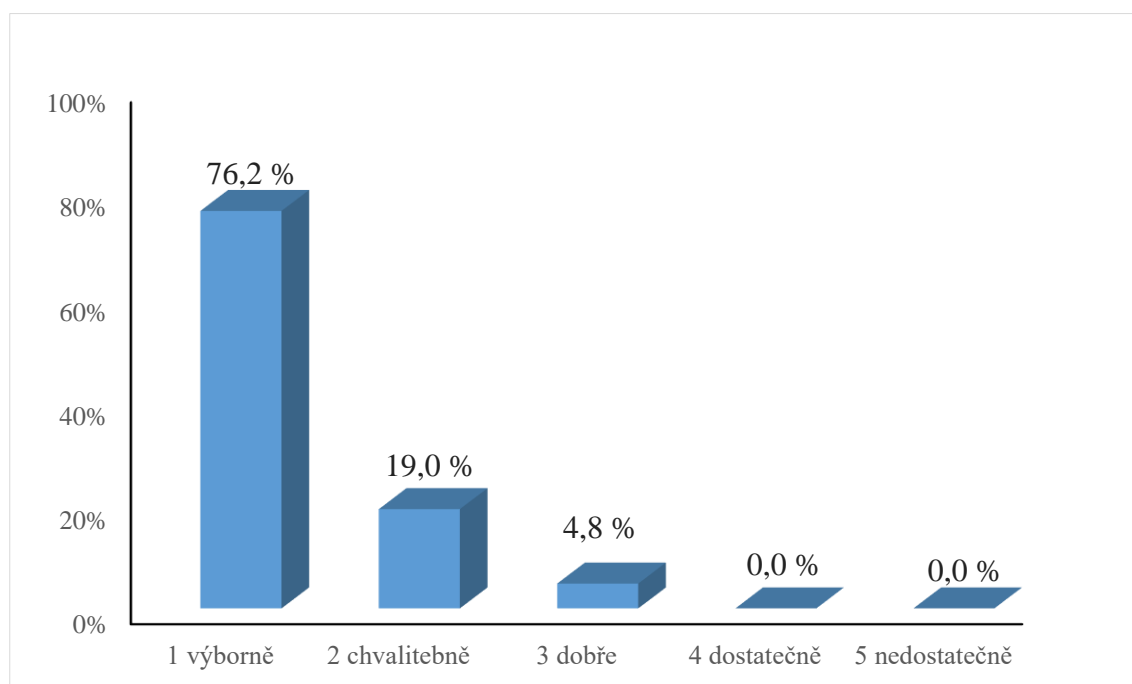
Graf 18 Vzdělání respondenta

Na otázku, jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání odpovědělo 19 (45,2 %) respondentů, že má vzdělání středoškolské s maturitou. Odpověď střední odborné bez maturity uvedlo 15 (35,7 %) respondentů. Odpověď vysokoškolské vzdělání označilo 6 (14,3 %) respondentů. Shodně vždy 1 respondent (2,4 %) byl uveden v kategoriích základní a vyšší odborné vzdělání.

5.3.19 Analýza dotazníkové otázky č. 19: Byl/a jste spokojena s edukací o režimových opatřeních po operaci tříselné kýly?

Tab. 19 Spokojenost s edukací

	n_i	f_i
1 výborně	32	76,2 %
2 chvalitebně	8	19,0 %
3 dobře	2	4,8 %
4 dostatečně	0	0,0 %
5 nedostatečně	0	0,0 %
Σ	42	100,0 %



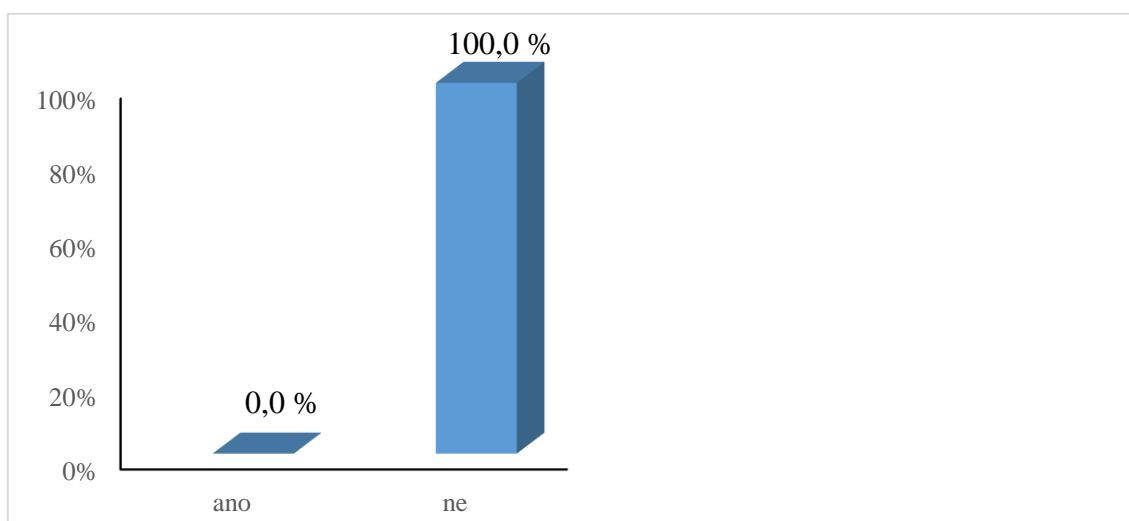
Graf 19 Spokojenost s edukací

Z celkového počtu 42 respondentů uvedlo spokojenost s edukací 1 výborně 32 (76,2 %) respondentů, 2 chvalitebně označilo 8 (19,0 %) respondentů, 3 dobře označili pouze 2 respondenti (4,8 %). Žádný z respondentů (0,0 %) neoznačil možnost 4 dostatečně ani možnost 5 nedostatečně.

5.3.20 Analýza dotazníkové otázky č. 20: Chyběly Vám nějaké informace po operaci tříselné kýly?

Tab. 20 Chybějící informace

	n_i	f_i
ano	0	0,0 %
ne	42	100,0 %
Σ	42	100,0 %



Graf 20 Chybějící informace

Poslední dotazníková otázka zjišťovala, zda pacientům chyběly nějaké informace po operaci tříselné kýly. Všechny 42 (100,0 %) respondentů odpovědělo ne. Odpověď ano neoznačil žádný (0,0 %) respondent.

5.4 Analýza výzkumných cílů a předpokladů

Analýza výzkumných cílů a předpokladů byla provedena na základě dat získaných dotazníkovým šetřením. Výzkumné předpoklady byly zpracovány pomocí matematické metody a popisné statistiky v programu Microsoft® Office 2007 Excel. Výzkumné předpoklady byly procentuálně upraveny na základě vyhodnocení předvýzkumu (viz Příloha G).

Výzkumný cíl č. 1: Vytvořit edukační standard sloužící k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly.

Edukační standard byl vytvořen (viz Příloha E).

Výzkumný cíl č. 1 byl splněn.

Výzkumný cíl č. 2: Ověřit navržený edukační standard sloužící k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly v praxi. K cíli č. 2 byl stanoven výzkumný předpoklad č. 4: **Předpokládáme, že edukační standard sloužící k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly je v 75 % a více účinný.** K analýze byly využity dotazníkové otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 15.

Tab. 21 Analýza výzkumného předpokladu č. 4

Číslo otázky	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
1	76,2 %	23,8 %	100,0 %
2	76,2 %	23,8 %	100,0 %
3	64,3 %	35,7 %	100,0 %
4	69,0 %	31,0 %	100,0 %
5	83,3 %	16,7 %	100,0 %
6	73,8 %	26,2 %	100,0 %
7	69,0 %	31,0 %	100,0 %
8	61,9 %	38,1 %	100,0 %
9	88,1 %	11,9 %	100,0 %
10	73,8 %	26,2 %	100,0 %
11	64,3 %	35,7 %	100,0 %
12	73,8 %	26,2 %	100,0 %
13	73,8 %	26,2 %	100,0 %
14	80,9 %	19,1 %	100,0 %
15	85,7 %	14,3 %	100,0 %
\bar{x}	74,2 %	25,8 %	100,0 %

Závěr analýzy: Navržený edukační standard k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly je účinný v 74,2 % (po zaokrouhlení na celá čísla 74 %). Tato hodnota je nižší, než předpokládaných 75 %. **Výzkumný předpoklad č. 4 není v souladu s výsledky výzkumného šetření.**

Výzkumný cíl č. 2a: Zjistit informovanost pacientů o zásadách péče o operační ránu po operaci tříselné kýly. K cíli č. 2a byl stanoven výzkumný předpoklad č. 1: **Předpokládáme, že 75 % a více pacientů je informováno o zásadách péče o operační ránu po operaci tříselné kýly.** K analýze byly využity dotazníkové otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 a 8.

Tab. 22 Analýza výzkumného předpokladu č. 1

Číslo otázky	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
1	76,2 %	23,8 %	100,0 %
2	76,2 %	23,8 %	100,0 %
3	64,3 %	35,7 %	100,0 %
4	69,3 %	31,0 %	100,0 %
5	83,3 %	16,7 %	100,0 %
6	73,8 %	26,2 %	100,0 %
7	69,1 %	31,0 %	100,0 %
8	61,9 %	38,1 %	100,0 %
\bar{x}	71,7 %	28,3 %	100,0 %

Závěr analýzy: celkem 71,7 % (po zaokrouhlení na celá čísla 72 %) pacientů je informováno o zásadách péče o operační ránu po operaci tříselné kýly. Tato hodnota je nižší, než předpokládaných 75 %. **Výzkumný předpoklad č. 1 není v souladu s výsledky výzkumného šetření.**

Výzkumný cíl č. 2b: Zjistit informovanost pacientů o zásadách pohybového režimu po operaci tříselné kýly. K cíli č. 2b byl stanoven výzkumný předpoklad č. 2: **Předpokládáme, že 73 % a více pacientů je informováno o zásadách**

pohybového režimu po operaci tříselné kýly. K analýze byly využity dotazníkové otázky č. 9, 10, 11 a 12.

Tab. 23 Analýza výzkumného předpokladu č. 2

Číslo otázky	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
9	88,1 %	11,9 %	100,0 %
10	73,8 %	26,2 %	100,0 %
11	64,3 %	35,7 %	100,0 %
12	73,8 %	26,2 %	100,0 %
\bar{x}	75,0 %	25,0 %	100,0 %

Závěr analýzy: celkem 75,0 % (po zaokrouhlení na celá čísla 75 %) pacientů je informováno o zásadách pohybového režimu po operaci tříselné kýly. Tato hodnota je vyšší, než předpokládaných 73 %. **Výzkumný předpoklad č. 2 je v souladu s výsledky výzkumného šetření.**

Výzkumný cíl č. 2c: Zjistit informovanost pacientů o zásadách dietního režimu po operaci tříselné kýly. K cíli č. 2c by stanoven výzkumný předpoklad č. 3: **Předpokládáme, že 77 % a více pacientů je informováno o zásadách dietního režimu po operaci tříselné kýly.** K analýze byly využity dotazníkové otázky č. 13, 14 a 15.

Tab. 24 Analýza výzkumného předpokladu č. 3

Číslo otázky	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
13	73,8 %	26,2 %	100,0 %
14	81,9 %	19,1 %	100,0 %
15	85,7 %	14,3 %	100,0 %
\bar{x}	80,1 %	19,9 %	100,0 %

Závěr analýzy: celkem 80,1 % (po zaokrouhlení na celá čísla 80 %) pacientů je informováno o zásadách dietního režimu po operaci tříselné kýly. Tato hodnota je vyšší, než předpokládaných 77 %. **Výzkumný předpoklad č. 3 je v souladu s výsledky výzkumného šetření.**

5.5 Diskuze

Operace zevní kýly patří mezi třetí nejčastější operační diagnózu, z toho v 80 % se jedná o kýlu tříselnou (Duda, 2012). Edukace pacientů po operaci tříselné kýly se tak stává pro všeobecnou sestru pracující na chirurgickém oddělení velmi aktuálním tématem. Zároveň má pacient, dle svých práv stanovených v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, nárok na poskytnutí informací spojených s jeho onemocněním (Česko, 2011). V bakalářské práci, byly stanoveny 2 cíle, přičemž k druhému cíli byly vytvořeny 3 dílčí podcíle, na které navazují 4 výzkumné předpoklady. Kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 42 respondentů. Nejvíce dotazovaných respondentů bylo ve věkovém rozmezí 40–49 let, a to 22 (52,4 %). Věkové rozmezí 50–59 let označilo 15 respondentů (35,7 %). Zajímavé je, že se výzkumu zúčastnily pouze 2 ženy (4,8 %). Tyto výsledky potvrzují tvrzení, že tříselná kýla se vyskytuje nejčastěji u dospělých mužů a to až 9x častěji než u žen (Ferko, 2015).

Prvním cílem bakalářské práce bylo vytvořit edukační standard k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly. Edukační standard na pracovišti, kde probíhal výzkum, nebyl doposud vytvořen. Cílem edukace je, aby si pacient osvojil vědomosti, postoje a dovednosti po operaci. Dále připravuje pacienty a jejich rodiny tak, aby se stali nezávislími. Nemcová a Hlinková (2010) také uvádí pozitivní vliv edukace na zmírnění strachu a úzkosti. Také Juřeníková (2010) poukazuje, že nedostatek informací při diagnostice a léčbě pacientům výrazně prohlubuje stres. Nově vytvořený edukační standard je zaměřený na režimová pooperační opatření, která jsou rozložena do dvou edukačních sezení dle potřeb v daném léčebném období.

Druhým cílem bylo ověřit navržený edukační standard sloužící k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly v praxi, který by měl být po zaokrouhlení na celá čísla v 75 % a více účinný. K tomuto cíli byl stanoven výzkumný předpoklad č. 4. Tento předpoklad nebyl v souladu s výsledky výzkumného šetření pouze o 0,5 %. Výsledkem výzkumného šetření je účinnost edukačního standardu po operaci tříselné kýly v 74 % po zaokrouhlení na celá čísla. Tento neuspokojivý výsledek nás vede k potřebě hlubší analýzy a zaměření se na jednotlivé dílčí cíle. Je třeba se detailně zaměřit na oblasti edukace s nízkým procentuálním výsledkem a vyloučit případné nedostatky v edukaci. Otázka č. 19 zjišťovala spokojenost respondentů s edukací. Výborně hodnotilo edukaci 32 (76,2 %) respondentů. Chvalitebně označilo

8 (19,0 %) respondentů. Dva respondenti (4,8 %) hodnotili známkou dobře. Možnosti dostatečně a nedostatečně nevyužil žádný z dotazovaných pacientů. Velice uspokojivý byl výsledek otázky číslo 20, zda postrádají pacienti nějaké informace po operaci tříselné kýly. Všechny 42 respondentů (100 %) označilo odpověď ne a žádný nevyužil možnost vypsát postrádající informace. Úspěšnost edukace ovlivňuje věk, vzdělání a psychický stav respondentů. Dále také prostředí, přístup všeobecné sestry či organizace edukace (Nemcová, Hlinková, 2010). Podle Juřeníkové (2010) může úspěch edukace ovlivnit řada faktorů, na které je třeba myslet ve fázi plánování a ve fázi realizace. Důkladná příprava sestry i pacienta před samotnou edukací a vhodně zvolené prostředí může být zárukou úspěšnosti celého procesu edukace.

V cíli 2a se Zjišťovala informovanost pacientů o zásadách péče o operační ránu po operaci tříselné kýly. K tomuto cíli byl stanoven výzkumný předpoklad č. 1, hodnota tohoto předpokladu 75 % je vyšší než výsledek výzkumného šetření 72 %. Výzkumný předpoklad č. 1 tedy není v souladu s výsledkem výzkumného šetření. Nízká výsledná hodnota u tohoto režimového opatření vede k celkovému neuspokojivému výsledku celé edukace. Pouze 27 (64,3 %) z celkového počtu 42 dotazovaných respondentů je adekvátně informováno, kolikátý den po operaci může ránu sprchovat. Také v bakalářské práci Jáchimové (2017), která je zaměřena na edukaci pacientů po operaci varixů, má pouze 48 % informace o prvním sprchování rány po operaci. Výsledky obou prací odkrývají nedostatky v informovanosti pacientů v péči o ránu po operacích. Dle doporučení Evropské herniologické společnosti jsou druhou nejčastější komplikací v místě operačního výkonu po tříselné kýle právě infekce rány (Siemons et al., 2009). Jak důležitá je eliminace všech negativních vlivů, které by mohly vést k infekci operační rány, se zabývá ve své publikaci i Janíková a Zeleníková (2013). U otázky č. 8 bylo zjišťováno, od kdy je vhodné začít navštěvovat saunu. Správně, nejdříve za 3 měsíce, odpovědělo 26 (61,9 %) respondentů. Ani tento výsledek nedosahuje hodnoty výzkumného předpokladu. Pozitivní je, že 32 (76,2 %) respondentů uvedlo, že použije při osobní hygieně neparfémované mýdlo a žádný z dotazovaných neoznačil odpověď, mýdlo parfémované nebo s kafrem, což je podstatný problém při ošetřování operační rány. Vyhnánek (2017) uvádí, jak je důležité dodržování preventivních pooperačních opatření ze strany pacienta. Znepokojivé výsledky tohoto cíle vedou k doporučení se edukací zabývat intenzivněji, eventuálně zařadit další edukační sezení, o které se rozšíří edukační standard.

Cílem 2b bylo Zjistit informovanost respondentů o zásadách pohybového režimu po operaci tříselné kýly. Po zhodnocení výsledků dotazníkovým šetřením byl výzkumný předpoklad číslo 2 v souladu s výsledky výzkumného šetření. Nebylo překvapením, že si pacienti dobře upevnili informace, jakým způsobem by měli vstávat z lůžka. Správně odpovědělo 31 (73,8 %) respondentů, nejprve do sedu, posléze do stoje s minimálním zapojením břišních svalů. Také otázku č. 9, co by se mělo provádět po operaci při odkašlání, zvolilo 37 (88,1 %) respondentů správně, přidržel operační ránu. Kolář (2009) uvádí, že nácvik odkašlávání se provádí s pokrčenými dolními končetinami vleže na zádech s přidržením operační rány. Poměrně vysokou úspěšnost v těchto odpovědích, lze přikládat názorné metodě edukace. Tyto informace se lépe fixují, protože je pacient přijímá zrakově i sluchem (Šulistová, Třešlová, 2010). Zvýšením pohyblivosti pacienta se navrácí jeho soběstačnost. Časná mobilizace je také hlavním preventivním krokem pooperačních komplikací (Janíková, Zeleníková, 2013). Bohužel i v této oblasti režimového opatření 15 respondentů (35,7 %) nesprávně odpovědělo na otázku, jak dlouho po operaci by neměli zvedat a přenášet těžká břemena. Těchto 15 respondentů zvolilo výrazně kratší dobu, než 4–6 týdnů po operaci. V důsledku zvýšení nitrobřišního tlaku v oslabeném místě stěny břišní se zvyšuje riziko recidiv tříselné kýly (Karta et al., 2017). Z tohoto důvodu je důležité, aby pacienti byli informováni a dodržovali toto edukační doporučení.

Posledním cílem 2c bylo Zjistit informovanost pacientů o zásadách dietního režimu po operaci tříselné kýly. K tomuto cíli byl stanoven výzkumný předpoklad č. 3. Tento výzkumný předpoklad byl v souladu s výsledky výzkumného šetření. Překvapivě informovanost pacientů v této oblasti z režimových opatření má procentuálně nejlepší výsledek. 34 (80,9 %) respondentů uvedlo správně, že se po operaci doporučují potraviny s vlákninou a 36 (85,7 %) respondentů má informace o potravinách obsahujících vlákninu. Podle výsledků analýzy bakalářské práce Rambouskové (2016), která je zaměřená na edukaci pacientů po hemoroidech, uvedlo správné potraviny s vlákninou 69,2 % respondentů. Lze tedy označit edukaci pacientů o zásadách dietního režimu za zdařilou. Výsledek randomizované studie jednoznačně označil zácpu, jako etiologický faktor pro rozvoj tříselné kýly (Karta et al., 2017). Po propuštění by měl pacient dodržovat pitný režim, omezit dráždivou a nadýmavou stravu a doporučují se potraviny s vlákninou, která je obsažena v potravinách rostlinného původu (Adamová, 2014)

5.6 Návrh doporučení pro praxi

Na pracovišti, kde se uskutečnilo výzkumné šetření této bakalářské práce, doposud nebyl vytvořen edukační standard, který by sloužil všeobecným sestřím k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly. Problematika nízké informovanosti pacientů o režimových opatřeních po operacích vychází z praxe. Proto byl, jako výstup vytvořen edukační standard (viz Příloha E) pro edukaci pacientů po operaci tříselné kýly, který má napomoci všeobecným sestřím sjednotit a ucelit předávané informace a tím zvýšit informovanost pacientů. Z výsledků analýz výzkumného šetření vyplynuly nedostatky v informovanosti pacientů v oblasti režimových opatření v péči o ránu. Proto byla provedena revize edukačního standardu s větším důrazem na informace v oblasti režimového opatření v péči o ránu a s časovým odstupem zopakovat výzkumné šetření již zrevidovaného standardu. Dále by bylo vhodné představit edukační standard ošetrovatelskému managementu zdravotnických zařízení a doporučit jeho používání na příslušných chirurgických pracovištích.

Pro zvýšení kvality edukace lze dále také doporučit ošetrovatelský audit edukačního standardu a tím napomoci odhalit případné nedostatky ze strany všeobecných sester. Jedině vzdělaná a motivovaná setra může mít pozitivní přínos v celém procesu edukace. Zcela jistě jsou přínosné semináře, školení či přednášky pro všeobecné sestry, kde si doplňují potřebné znalosti a získávají aktuální informace o problematice. Proto by bylo vhodné seznámit odbornou zdravotnickou veřejnost s výsledky bakalářské práce na seminářích a konferencích pro zdravotnické pracovníky.

5 Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou edukace pacientů po operaci tříselné kýly dle Lichtensteina. Práce je rozdělena do několika částí. První teoretická část definuje samotné onemocnění kýlou, popisuje epidemiologický výskyt, etiopatogenezi a příčiny, dále se zabývá klinickými projevy, diagnostikou, terapií a případnými komplikacemi. Další část obsahuje specifika ošetrovatelské péče v předoperačním a pooperačním období. Podstatnou část zaujímá samotná edukace pacienta po operaci tříselné kýly, která postupně popisuje jednotlivé fáze edukace se zaměřením na jednotlivá režimová opatření. Druhá polovina práce se zabývá výzkumem dané problematiky. Zde byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu s technikou dotazníku. Výzkumné šetření probíhalo na chirurgickém oddělení Oblastní nemocnice Jičín, a.s.

Cílem této práce bylo vytvořit edukační standard po operaci tříselné kýly. Tento cíl byl splněn. Cílem výzkumu bylo edukovat pacienty po operaci ve třech režimových opatřeních a zjistit informovanost pacientů v oblasti péči o ránu, v oblasti pohybového a dietního režimu. Výzkumné šetření dospělo k závěrům, že pacienti jsou informováni o zásadách pohybového režimu. Informace má 75 % pacientů, tento výsledek je v souladu s výzkumným předpokladem č. 2. V oblasti informovanosti o zásadách dietního režimu je výsledná hodnota informovanosti 80 %, tento výsledek je rovněž v souladu s příslušným výsledným předpokladem č. 3. Výzkumné šetření odhalilo nedostatky v informovanosti pacientů o zásadách péče o ránu. Výsledná hodnota 72 % není v souladu s výzkumným předpokladem č. 1. Posledním výzkumným cílem bylo zjistit účinnost vytvořeného edukačního standardu. Ani v tomto bodě se nesplnil výzkumný předpoklad na 75 %. Navrhovaný standard byl účinný v 74 %.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že pacienti nebyli po použití edukačního standardu dostatečně informováni zejména v oblasti péče o ránu, a tím byla snížena i celková účinnost vytvořeného standardu. Tyto alarmující výsledky v oblasti péče o ránu, které mohou mít zdravotní, sociální a v neposlední řadě i ekonomický dopad na léčbu, by měly vést k podrobnější analýze u tohoto pooperačního režimového opatření. Z tohoto důvodu byla navržena revize edukačního standardu (viz Příloha I).

6 Seznam použité literatury

ADAMOVIČ, Zuzana. 2014. Obstipace. *Interní medicína pro praxi*. **16**(3), 113–115. ISSN 1212-7299.

ANON. 2008. Protokol pooperační analgezie [online obrázek]. In: *Doporučené postupy a stanoviska ČSARIM: Šablona protokolu pooperační bolesti* [online]. [Cit. 2018-10-03]. Dostupné z: http://www.csarim.cz/storage/app/media/Doporucene%20postupy%20a%20stanoviska%20CSARIM/Protokol_bolest_2008.pdf

ANON. 2008. Protokol pooperační bolesti [online obrázek]. In: *Doporučené postupy a stanoviska ČSARIM: Šablona protokolu pooperační bolesti* [online]. [Cit. 2018-10-03]. Dostupné z: http://www.csarim.cz/storage/app/media/Doporucene%20postupy%20a%20stanoviska%20CSARIM/Protokol_bolest_2008.pdf

CVACHOVEC, Karel et al. 2011. Doporučení pro omezování příjmu tekutin a stravy před anesteziologickou péčí. *Anesteziologie & intenzivní medicína*. **22**(5), 282–283 . ISSN 1214-2158.

ČERNÝ, Vladimír. 2016. Péče o pacienta po anestezii. *Anesteziologie & intenzivní medicína*. **27**(6), 400–401. ISSN 1214-2158.

ČESKO. 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.

DUDA Miloslav et al. 2012. *Základní výkony ve všeobecné chirurgii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3234-2.

FERKO, Alexander et al. 2015. *Chirurgie v kostce*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1005-1.

HIRMEROVÁ, Jana et al. 2015. *Akutní žilní trombóza 2015 současný stav prevence, diagnostiky a léčby*. Olomouc: Solen. ISBN 978-80-7471-094-0.

HOCH, Jiří a Jan LEFFLER. 2013. *Text book of surgery: current surgical diagnosis and treatment*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-375-6.

JÁCHIMOVÁ, Helena. 2017. *Edukační proces u pacientů po operaci varixů dolních končetin*. Liberec. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií.

- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
- JINDROVÁ, Barbora et al. 2016. *Praktické postupy v anestezii*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5612-7.
- JUŘENÍKOVÁ Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KARTAL, Abdulcabbar et al. 2017. The effect of chronic constipation on the development of inguinal herniation. *Hernia*. **21**(4), 531–535. ISSN 1248-9204.
- KOLÁŘ, Pavel. 2012. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.
- MISEREZ, Marc et al. 2007. EHS groin hernia classification. European hernia society. *EHS* [online]. Evropská herniologická společnost [cit. 2017-11-11]. Dostupné z: http://www.europanherniasociety.eu/sites/www.europanherniasociety.eu/files/medias/PDF/EHS_groin_hernia_classification.pdf . DOI 10.1007/s10029-007-0198-3
- NANDA. 2016. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- NEMCOVÁ Jana a Edita HLINKOVÁ. 2010. *Moderna edukacia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-321-9.
- ÖBERG, S., K. ANDRESEN a J. ROSENBERG. 2017. Etiology of Inguinal Hernias: A Comprehensive Review. *Frontiers in Surgery*. **4**, 52. ISSN 2296-875X.
- PAFKO, Pavel et al. 2008. *Základy speciální chirurgie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-402-7.
- RAMBOUSKOVÁ, Anna. 2016. *Edukace pacienta s hemeroidy*. Liberec. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií.
- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SCHUMPELICK, Volker. 2013. *Chirurgie - stručný atlas operací a výkonů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4531-2.
- SIMONS, Maarten et al. 2009. EHS Guidelines. European hernia society. *EHS* [online]. Evropská herniologická společnost [cit. 2017-11-11]. Dostupné

- z: http://www.europanherniasociety.eu/sites/www.europanherniasociety.eu/files/medias/PDF/EHS_Guidelines.pdf. DOI 10.1007/s10029-009-0529-7
- SUKL. 2017. Souhrn údajů o přípravku. KOLEKTIV PRACOVNÍKŮ SUKL. *SUKL* [online]. Státní úřad pro kontrolu léčiv, [Cit. 2018-10-03]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/leciva/informacni-dopis-clexane-clexaneforte?highlightWords=clexane>
- SVAČINA, Štěpán et al. 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2256-6.
- SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.
- SYROVÁTKOVÁ, Ludmila. 2017. Odstranění ochlupení při přípravě operačního pole. *Florence*. **13**(7–8), 30. ISSN 1801-464X.
- ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 978-80-7394-246-5.
- TOWNSEND, Courtney M. et al. 2017. *Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice*. 20th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders. ISBN 978-0-323-29987-9.
- VODIČKA, Josef et al. 2014. *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2512-6.
- VYHNÁNEK, František. 2017. Infekce v chirurgii. *Rozhledy v chirurgii*. **96**(10), 403–404 . ISSN 0035-9351.
- ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMIČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1 .
- ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. 2014. *Speciální chirurgie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-128-5.

7 Seznam příloh

Příloha A	Klasifikace tříselných kýl
Příloha B	Tříselná kýla – reparace dle Lichtensteina
Příloha C	Klasifikace pacienta dle ASA
Příloha D	Šablona protokolu pooperační bolesti dle ČSARIM
Příloha E	Návrh edukačního standardu
Příloha F	Souhlas s prováděním výzkumu
Příloha G	Analýza předvýzkumu
Příloha H	Dotazník
Příloha I	Návrh revize edukačního standardu

Příloha A Klasifikace tříselných kýl

Základní rozdělení kýl v tříselné oblasti je podle vztahu kýlního vaku k epigastrickým cévám na kýlu přímou a nepřímou. Přímá tříselná kýla má kýlní branku a vak umístěn nad tříselným vazem mediálně od epigastrických cév, nepřímá tříselná kýla zevně od epigastrických cév. Z klinického hlediska je velice důležité rozlišit hernii libera, nereponibilní (akrétní) a uskřínutou. Ve snaze o detailní popis peroperačních nálezů byla v minulosti vytvořena řada klasifikací od autorů Gilberta, Stoppa, Nyhuse, Schumpelicka a dalších. Používáním různých klasifikací se navíc de facto znemožňuje validní srovnání výsledků jednotlivých operačních metod (Duda, 2012).

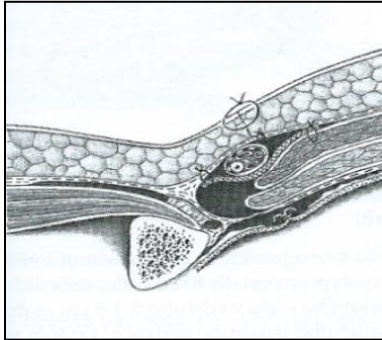
Z tohoto důvodu Evropská kýlní společnost (European Hernia Society, EHS) vytvořila v roce 2007 vlastní klasifikaci, jež doporučuje používat v evropských státech. Klasifikace užívá tabulkový zápis, kde se křížkem do příslušného pole označí, zda se jedná o primární nebo recidivu kýly a dále peroperační nález. Nepřímá (L), přímá (M), femorální (F) kýla. I přesto, že femorální kýla začíná v lacuna vasorum pod tříselným vazem, se do klasifikace uvádí také, vzhledem k jejímu těsnému anatomickému vztahu s tříselným kanálem. Pro hodnocení velikosti slouží ukazovák ruky (běžně 1,5–2 cm) nebo laparoskopický nástroj (konce branží běžných disektorů a grasperů mají po rozevření vzdálenost 1,5–2 cm). Na základě této klasifikace by mělo dojít k vytvoření doporučení pro operační metody jednotlivých typů kýl (Miserez et al., 2007).

Tab. 1 Klasifikace tříselných kýl dle EHS (Miserez et al., 2007)

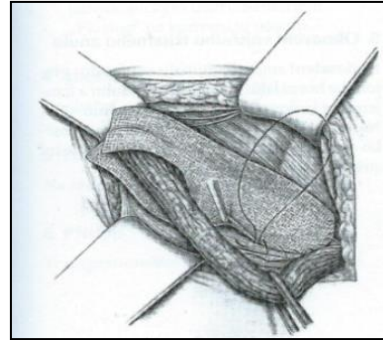
EHS Groin Hernia Classification	Primary			Rekurent	
	0	1	2	3	x
L					
M					
F					
0 – kýla se nevytvořena, 1 (<= 1 prst), 2 (1–2 prsty), 3 (>2 prsty), x – nevyšetřeno					

Příloha B Tříselná kýla – reparace dle Lichtensteina

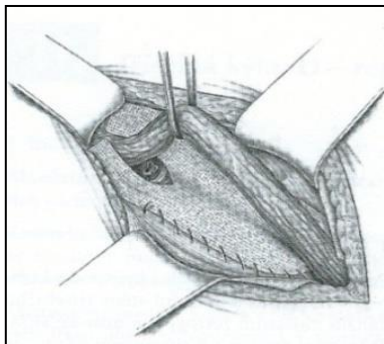
Principem reparace dle Lichtensteina je posílení zadní stěny tříselného kanálu vložím retroaponeurotické sítě. Tato síťka se fixuje k tříselnému vazu a ke svalovině m. internus abdominis za semenným provazcem (Schumpelick, 2013).



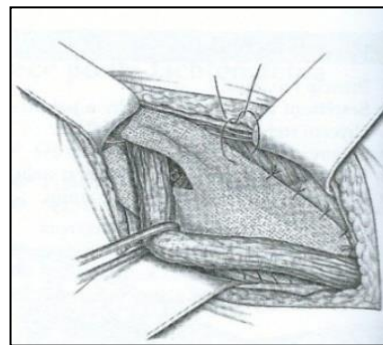
Obr. 1 Tříselná krajina (Schumpelick, 2013, s. 139)



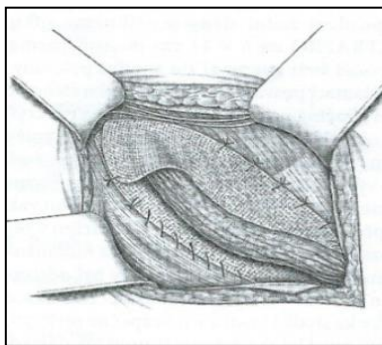
Obr. 2 Sestřižení umělohmotné sítě a její přichycení stehem (Schumpelick, 2013, s. 139)



Obr. 3 Stehová fixace k tříselnému vazu (Schumpelick, 2013, s. 140)



Obr. 4 Stehová fixace ke svalovině vnitřního svalu (Schumpelick, 2013, s. 140)



Obr. 5 Obnovení vnitřního tříselného anulu (Schumpelick, 2013, s. 140)

Příloha C Klasifikace pacienta dle ASA

Tab. 2 Klasifikace ASA (Jindrová, 2016, s. 17)

ASA I	Zdravý pacient bez patologického nálezu. Chorobný proces, který vedl k operaci je lokalizovaný. Platnost 1 měsíc. Perioperační mortalita 0,06 %.
ASA II	Lehké až středně závažné onemocnění. Onemocnění vedoucí k operaci nebo jiné patofyziologie. Platnost vyšetření 14 dní, Perioperační mortalita 0,47 %.
ASA III	Závažné systémové onemocnění omezující aktivitu nemocného. Platnost vyšetření 14 dní dle klinického stavu. Perioperační mortalita 4,39 %.
ASA IV	Závažné, život ohrožující systémové onemocnění. Onemocnění není vždy operací řešitelné. Platnost vyšetření 12–24 hodin. Perioperační mortalita 23,48 %.
ASA V	Moribundní nemocný, u něhož je operace poslední možností záchrany. Platnost vyšetření 12–24 hodin. Perioperační mortalita 50,77 %.
ASA VI	Dárce orgánů. Prokázána smrt mozku.
ASA E	Akutní výkony. Klinický stav je horší než odpovídající ASA stupeň.

Příloha D Šablona protokolu pooperační bolesti dle ČSARIM

pooperační bolest a její léčba, stav pacienta																												
čas	datum																											
	hodina	3	6	9	12	15	18	21	24	3	6	9	12	15	18	21	24	3	6	9	12	15	18	21	24			
VAS																												
slovní hodnocení																												
aktivita																												
sedace																												
analgézie	ml/hod																											
	bolus																											
dech. frekvence																												
SpO ₂																												
komplikace																												

Hodnocení VAS skóre – pomocí pravítka VAS [1-10], při spánku nebudit → S

Hodnocení stupně sedace:

1. bdělý
2. ospalý
3. spí, lze vzbudit slovem
4. spí, lze vzbudit dotykem
5. nelze vzbudit

Aktivita:

K klid
P pohyb

Slovní hodnocení bolesti:

1. žádná
2. téměř žádná
3. mírná
4. obtěžující
5. nesnesitelná

Komplikace:

1. nevolnost
2. zvracení
3. svědění
4. bolest hlavy
5. retence moče
6. obštipace
7. Jiné:

/ - VAS a slovní hodnocení bolesti - před / po léčebné intervenci
na VAS 4 a více a na slovní hodnocení bolesti 3 a více je nutno léčebně reagovat

Obr. 1 Protokol pooperační bolesti (ANON, 2008)

PROTOKOL POOPERAČNÍ ANALGEZIE

jméno: typ analgezie: epidurální

rodné číslo: periferní blok

pojišťovna: intravenózní

oddělení: předpokládaná doba zavedení do:

operační výkon:

datum zahájení analgezie: další podání: kontinuální

počáteční bolus: bolusové

náplň inžektomatu:

číslo:	datum:	čas od:	druh LA:	LA - ml:	FR - ml:	ostatní adjuvans:	podpis:
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

Obr. 2 Protokol pooperační analgezie (ANON, 2008)

Příloha E Návrh edukačního standardu

Název: Edukační standard určený pro edukaci pacientů po operaci tříselné kýly

Charakteristika standardu: závazná norma pro edukaci pacienta po operaci tříselné kýly

Cíle:

- 1. Pacient bude edukován o pohybovém režimu po operaci.**
- 2. Pacient bude edukován o dietním režimu.**
- 3. Pacient bude edukován o péči o operační ránu.**

Určeno: pro pacienty po operaci tříselné kýly

Vydání: 2018

Doba platnosti: 2 roky

Kontrola: průběžně, minimálně 1x za dva roky

Kontrolu vykonává: manažer ošetrovatelské péče, vrchní sestra daného pracoviště

Kritéria struktury

S1 Pracovníci: edukační sestra (všeobecná sestra, sestra se specializací pro péči v chirurgických oborech)

S2 Prostředí: chirurgické oddělení (ambulace, vyšetřovna)

S3 Pomůcky: psací potřeby

S4 Dokumentace: zdravotnická dokumentace včetně ošetrovatelské dokumentace, edukační standard, formulář pro záznam o edukaci

Kritéria procesu

P1 Sestra se pacientovi představí, identifikuje pacienta oslovením jménem a podle identifikačního náramku, vyžádá si jeho souhlas s realizací edukace.

P2 Sestra posoudí stupeň vědomostí pacienta o probíraném tématu, schopnost učení, psychický stav, úroveň spolupráce a aktuální schopnosti a možnosti dodržování léčebného režimu (pozorováním, rozhovorem, z dokumentace).

P3 Sestra stanovuje edukační diagnózy dle NANDA taxonomie II.

P4 Sestra formuluje společně s pacientem cíle edukace.

P5 Sestra určí společně s pacientem obsah a rozsah edukace.

P6 Sestra zvolí individuální rozhovor ústní formou. Dle potřeb pacienta lze edukaci rozdělit do více výukových sezení. Minimální počet výukových sezení jsou 2 sezení minimálně po 20 minutách. Počet edukačních sezení je dokumentován.

P7 Sestra poučí pacienta dle jeho stupně vědomostí v oblastech:

1. sezení, 15 minut, den před operací

P7A: o pohybovém pooperačním režimu

- první cca 4 hodiny po operaci by měl pacient ležet,
- po 4 hodinách je vhodná cévní gymnastika na lůžku,
- v den operace či 1. pooperační den pacient vstává z lůžka, vertikalizuje se přes sed, teprve poté do stoje; pacient vleže na lůžku pokrčí jednu nohu a poté druhou, šetří tím břišní svalstvo, následně se přetočí na bok, přidrží si jednou rukou operační ránu a druhou se zvedá do sedu za plynulého spouštění nohou z lůžka; pacient se nechá vsedě a vytrvá se, zda se nedostaví závratě, poté se přechází do stoje,
- nácvik odkašlávání s pokrčenými dolními končetinami vleže na zádech s přidržením operační rány

P7B: o dietním režimu

- 1 pooperační den dieta tekutá, dále kašovitá s postupným návratem k stravě racionální či dietě před výkonem

2. sezení, 30 minut, 1. pooperační den

P7C: o pohybovém pooperačním režimu

- 4–6 týdnů po operaci nezvedat a nenosit těžká břemena nad 5 až 7 kg (nákupní tašky, kusy nábytku),
- nácvik chůze postupně prodlužovat, minimálně 30 minut denně,

- 6 týdnů po operaci možno začít s cvičením, vhodné je plavání nebo jízda na kole
- nejdříve za 6–8 týdnů dle doporučení lékaře sportovní činnost na vrcholové úrovni, zejména kontaktní sporty,
- pracovní neschopnost dle indikace lékaře: kancelářská práce cca 2–3 týdny po propuštění, manuálně pracující nejdříve cca za 4–6 týdnů, někdy je vhodné převedení na lehčí práci

P7D: o péči o operační ránu

- 1. den po operaci kontrola obvazu,
- 2. den po operaci je rána převázána,
- udržování operační rány a okolí v suchu a čistotě, neodkrývat sterilní krytí z rány, nezasahovat si do rány, ani jinak nedráždit operační místo,
- před každým kontaktem s ránou by měl mýt pacient omyté ruce,
- sledovat jakékoliv změny, zejména zvýšené prosakování obvazu, otok rány či okolí, náhle vzniklou nezvyklou bolestivost, zarudnutí, teplotu nebo jiné nepříjemné pocity v místě rány; v případě výskytu těchto příznaků by měl pacient kontaktovat ošetřující personál,
- 4 dny po operaci se vynechává koupání, ale již 2. pooperační den lze ránu sprchovat; k mytí se používá mýdlo bez parfemace, alkoholu, mentolu a jiných látek dráždivých pokožku; rána by se měla vysoušet mírným tlakem čistým ručníkem z měkkého materiálu,
- na rány bez sekrece se používá speciální samolepící krytí, jizva se po zhojení může promašťovat mastným krémem či lékařskou vazelínou,
- 3 měsíce po operaci se chrání operační místo před slunečním zářením, chladem a vynechává se saunování,
- vhodné je nošení volného oblečení z přírodních materiálů, které by nemělo způsobovat tření pokožky,
- stehy se odstraňují cca 10–12 den po operaci dle indikace lékaře; 1–2 týdny po odstranění stehů může pacient zahájit tlakové masáže jizvy – 3x denně po dobu deseti minut; rána se stlačí proti její spodině, vyčká se a poté se tlak opět povolí

P7E: o dietním režimu

- omezit nadýmavou a dráždivou stravu,
- dostatečný příjem tekutin (2–3 litry denně); vhodnými nápoji jsou pramenitá voda, ovocné a bylinné čaje, ovocné a zeleninové šťávy; omezit pití černého čaje, kaka a slazených nápojů,
- pravidelné stravování, a to nejméně v pěti dávkách denně,
- doporučují se potraviny s vlákninou (otruby, pohanka, sušené fazole, čočka, celozrnný chléb, sušené fíky, meruňky nebo sušené švestky, brokolice, kukuřice, mandle, jablko, hrušky, maliny, avokádo, ovesné vločky atd.),
- u pacientů s BMI 30 a více si rozdělit denní příjem energie a sacharidů do tří třetin; v každé třetině by mělo být vždy zastoupeno 1 hlavní jídlo a eventuálně 1 vedlejší jídlo; každý den ovoce a zeleninu, celozrnných výrobky, brambory, luštěniny; vyloučit či výrazně omezit volné tuky použité na přípravu pokrmů; vyřadit všechny tučné potraviny, zejména tučné sýry, uzeniny, tučná masa, paštiky, šlehačku, tučné moučníky, sušenky, mražené smetanové krémy, majonézu apod; mléčné výrobky si vybírat pouze v nízkotučné variantě; omezení soli; alkoholické nápoje nejsou vhodné; eventuálně doporučit návštěvu nutričního terapeuta,

P7F: ostatní

- nekouřit; pokud je pacient kuřák, doporučí se mu zařadit další edukační sezení,
- o prevenci TEN - tekutiny; chůze; u pacienta s vysokým rizikem TEN je vhodné zařadit další edukační sezení (elastická bandáž dolních končetin, aplikace nízkomolekulárního heparinu)

P8 Sestra během edukace podporuje pacienta v aktivitě a poskytuje mu prostor na položení otázek.

P9 Sestra koordinuje edukační činnost v jednotlivých oblastech zmíněných v bodě P7 s ostatními členy zdravotnického personálu (lékař, všeobecné sestry).

P10 Sestra ověří po realizaci edukace, zda pacient porozuměl, získal požadované vědomosti a dovednosti, provede s ním vyhodnocení edukace rozhovorem. Pokud některé cíle edukačního procesu nebyly splněny, je nutné edukaci zopakovat, a tudíž naplánovat s pacientem další výukové sezení.

P11 Všeobecná sestra vede záznam o průběhu edukace do edukačního formuláře

Kritéria výsledku

V1 Sestra, která edukaci vykonává, se představí pacientovi.

V2 Edukace pacienta probíhá dle edukačního standardu.

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

V4V pacientově dokumentaci je přesný záznam o celém průběhu edukace.

Ošetřovatelský audit

Název: Vyhodnocení splnění edukačního standardu určeného k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly

Auditor/auditoři:

Datum:

Metody: otázka pro sestru, otázka pro pacienta, pozorování sestry při edukaci pacientů po operaci tříselné kýly

Tab. 1 Kontrolní kritéria a metody hodnocení struktury standardu

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
S1 - S3				
S1 Pracovníci	Byly splněny podmínky v kritériích S1–S3?		1b	0b
S2 Prostředí		Kontrola prostředí	1b	0b
S3 Pomůcky		Kontrola pomůcek	1b	0b
S4	Měla sestra k dispozici potřebnou dokumentaci?		1b	0b

Tab. 2 Kontrolní kritéria a metody hodnocení procesu standardu

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda Hodnocení	Ano	Ne
P1	Byly splněny podmínky udedené v kritériu procesu P1? Představení sestry Identifikace pacienta Souhlas s realizací edukace	Pozorování sestry při výkonu edukace	1b 1b 1b	0b 0b 0b
P2	Posoudila sestra kritéria uvedená v bodě P2	Pozorování sestry při výkonu edukace	1b	0b
P3	Stanovila sestra edukační diagnózy dle NANDA taxonomie II. ?	Kontrola dokumentace	1b	0b
P4	Formulovala sestra společně s pacientem cíle edukace?	Kontrola dokumentace	1b	0b
P5	Určila sestra společně s pacientem obsah a rozsah edukace? a) obsah edukace b) rozsah edukace	Otázka pro sestru	1b 1b	0b 0b
P6	Zvolila sestra vhodné metody, formu, pomůcky a způsob hodnocení edukace?	Otázka pro sestru, Kontrola dokumentace	5b	0b
P7	Realizovala sestra edukační proces ve smyslu kritérií uvedených v bodě P7? Pooperační režim	Pozorování sestry při edukaci, otázka pro pacienta		
P7A	a) cévní gymnastika b) nácvik sedu a stoje c) nácvik odkašlávání		1b 1b 1b	0b 0b 0b
P7B	a) pooperační dieta		1b	0b
P7C	a) nezvedat a nenosit těžká břemena b) chůze minimálně 30 minut denně c) za 6 týdnů plavání, jízda na kole d) za 6–8 týdnů kontaktní sporty		1b 1b 1b 1b	0b 0b 0b 0b
P7D	a) čistota okolí operační rány b) sledování rány a mytí rukou c) sprchování a promazávání rány		1b 1b 1b	0b 0b 0b

	d) slunění rány a saunování e) odstranění stehů		1b 1b	0b 0b
P7E	a) tekutiny po operaci b) potraviny s vlákninou c) omezení nadýmavé a dráždivé stravy		1b 1b 1b	0b 0b 0b
P7F	a) nekouřit b) prevence TEN		1b 1b	0b 0b
P8	Aktivizovala sestra pacienta a poskytla mu prostor na položení otázek?	Pozorování sestry při edukaci	2b	0b
P9	Koordinuje sestra pacienta v jednotlivých oblastech uvedených v bodě P7?	Otázka pro sestru	1b	0b
P10	Ověřila si sestra, zda pacient rozuměl edukaci a provedla s ním vyhodnocení?	Otázka pro pacienta, kontrola dokumentace	1b	0b
P11	Vede sestra přesný záznam o celém průběhu edukace?	Kontrola dokumentace	1b	0b

Tab. 3 Kontrolní kritéria a metody hodnocení výsledků standardu

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
V1	Podepsal pacient souhlas s edukací?	Kontrola dokumentace	1b	0b
V2	Byl pacient edukován v jednotlivých oblastech uvedených v bodě P7?	Kontrola dokumentace	1b	0b
	P7A pooperační pohybový režim			
	a) cévní gymnastika		1b	0b
	b) nácvik sedu a stoje		1b	0b
	c) nácvik odkašlávání		1b	0b
P7B pooperační dietní režim				
a) pooperační dieta		1b	0b	
P7C pohybový režim po operaci				
a) nezveddat a nenosit těžká břemena		1b	0b	
b) chůze minimálně 30 minut denně		1b	0b	
c) za 6 týdnů plavání, jízda na kole		1b	0b	

	d) za 6–8 týdnů kontaktní sporty		1b	0b
	P7D péče o ránu po operaci			
	a) čistota okolí operační rány		1b	0b
	b) sledování rány a mytí rukou		1b	0b
	c) sprchování a promazávání rány		1b	0b
	d) slunění rány a saunování		1b	0b
	e) odstranění stehů		1b	0b
	P7E dietní režim po operaci			
	a) tekutiny po operaci		1b	0b
	b) potraviny s vlákninou		1b	0b
	c) omezení nadýmavé a dráždivé stravy		1b	0b
	P7F ostatní			
	a) nekouřit		1b	0b
	b) prevence TEN		1b	0b
V3	Je celý průběh edukace přesně zaznamenán v pacintově dokumentaci?	Kontrola dokumentace	1b	0b

Celkový počet bodů (struktura, proces, výsledek):

Plný počet bodů během ošetřovatelského auditu může být 61 bodů.

Edukační standard je splněný při dosažení 75% tedy 46 bodů.

Koncept standardu vychází z:

TÓTHOVÁ, Valerie et al. 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. ISBN 972-80-7387-645-6.

Použitá literatura:

- ADAMOVIČ, Zuzana. 2014. Obštipace. *Interní medicína pro praxi*. **16**(3), 113–115. ISSN 1212-7299.
- FERKO, Alexander et al. 2015. *Chirurgie v kostce*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1005-1.
- HIRMEROVIČ, Jana et al. 2015. *Akutní žilní tromboza 2015 současný stav prevence, diagnostiky a léčby*. Olomouc: Solen. ISBN 978-80-7471-094-0.
- JUŘENÍKOVÁ Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KOLÁŘ, Pavel. 2012. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.
- ÖBERG, S., K. ANDRESEN a J. ROSENBERG. 2017. Etiology of Inguinal Hernias: A Comprehensive Review. *Frontiers in Surgery*. **4**, 52. ISSN 2296-875X.
- PAFKO, Pavel et al. 2008. *Základy speciální chirurgie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-402-7.
- SIMONS, Maarten. et al. 2009. EHS Guidelines. European hernia society. *EHS* [online]. Evropská herniologická společnost [cit. 2017-11-11]. Dostupné z: http://www.europanherniasociety.eu/sites/www.europanherniasociety.eu/files/medias/PDF/EHS_Guidelines.pdf. DOI 10.1007/s10029-009-0529-7
- SVÁČINA, Štěpán et al. 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2256-6.
- VYHNÁNEK, František. 2017. Infekce v chirurgii. *Rozhledy v chirurgii*. **96**(10), 403–404 . ISSN 0035-9351.

Příloha F Souhlas s prováděním výkonu



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	JANATOVÁ JANA	
Studijní program/obor	Osobní číslo studenta D 15 0000 38	Ročník III. LOMBI
Téma práce	EDUKACE PACIENTA PO OPERACI TĚŽELNÉ KÝLY	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	CHIRURGICKÉ ODDĚLENÍ OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN, a. s.	
Jméno vedoucího práce	Mgr. MARTIN KRAUSE	
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 Mgr. Martin Krause, DiS. podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Mgr. Martin Krause, DiS. podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Oblastní nemocnice Jičín a.s. Bolzanova 512, 506 01 Jičín tel. 493 582 111 podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Oblastní nemocnice Jičín a.s. tel. 493 582 111 63 CHIRURGICKÉ ODDĚLENÍ 101 primář MUDr. Floriánová Ivana 530 lůžková část 021001 podpis	
Datum zahájení výzkumu	10. 4. 2015	
Datum ukončení výzkumu	30. 6. 2015	
Počet oslovených respondentů (personálu)	0	
Počet oslovených respondentů (klientů)	42	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V JIČÍNĚ dne 10. 4. 2015

Janata
podpis studenta



Příloha G Analýza předvýzkumu

Tab. 1 Analýza předvýzkumu

1. Uved'te prosím, kolikátý den budete mít zpravidla odstraněny stehy z operační rány?		
	n_i [-]	f_i [%]
5 až 7 den po operaci	1	10
10 až 12 den po operaci	8	80
15 až 17 den po operaci	1	10
neodstraňují se vůbec	0	0
Σ	10	100 %
2. Uved'te, jaké mýdlo použijete při osobní hygieně po operaci?		
	n_i [-]	f_i [%]
nesmím použít mýdlo	3	30
jakékoliv mýdlo	0	0
mýdlo parfémované nebo s kafrem	0	0
jemné neparfémované mýdlo	7	70
Σ	10	100 %
3. Uved'te, kolikátý den po operaci můžete ránu sprchovat?		
	n_i [-]	f_i [%]
1. den po operaci	0	0
2. den po operaci	7	70
5. den po operaci	1	10
po odstranění kožních stehů z operační rány	1	10
Σ	10	100 %
4. Uved'te, kolikátý den po operaci se můžete koupat?		
	n_i [-]	f_i [%]
1. den po operaci	0	0
2. den po operaci	2	20
5. den po operaci	7	70
po odstranění kožních stehů z rány	1	10
Σ	10	100 %

5. Uved'te, od kdy je vhodné začít ránu vystavovat slunečnímu záření?		
	n_i [-]	f_i [%]
po propuštění z hospitalizace do domácího ošetřování	0	0
po odstranění stehů	1	10
po 1 měsíci	1	10
nejdříve za 3 měsíce	8	80
Σ	10	100 %
6. Uved'te, jak byste měl/měla ošetřovat operační ránu po odstranění stehů?		
	n_i [-]	f_i [%]
jizva by se neměla zásadně promazávat	2	20
jizva by se měla zasypávat dětským pudrem	0	0
jizva se promazává od prvního dne olejíčkem	0	0
po zhojení, by se měla rána promašťovat jakýmkoliv mastným krémem nebo vazelínou	8	80
Σ	10	100 %
7. Za jak dobu po operaci lze vykonávat tlakové masáže operační rány?		
	n_i [-]	f_i [%]
před odstraněním kožních stehů z operační rány	0	0
po odstranění kožních stehů z operační rány	7	70
1 měsíc po operaci	3	30
2 měsíce po operaci	0	0
Σ	10	100 %
8. Uved'te, od kdy je vhodné začít navštěvovat saunu?		
	n_i [-]	f_i [%]
po propuštění z hospitalizace do domácího ošetřování	0	0
po odstranění stehů	0	0
po 1 měsíci	2	20
nejdříve za 3 měsíce	8	80
Σ	10	100 %
9. Uved'te, co by se mělo provádět po operaci při odkašlání?		
	n_i [-]	f_i [%]
zvýšit nitrobřišní tlak nádechem	1	10
zatnout břišní svalstvo	2	20

přidržení operační rány	7	70
neprovádí se nic	0	0
Σ	10	100 %
10. Uveďte, jakým způsobem byste měl/měla vstávat z lůžka po operaci?		
	n_i [-]	f_i [%]
nejprve do sedu, posléze do stoje s minimálním zapojením břišních svalů	70	70
nejprve do sedu, při vertikalizaci (stoj) se maximálně zapojují břišní svaly	1	10
vždy s pomocí druhé osoby	0	0
tak jak je nám to příjemné	2	20
Σ	10	100 %
11. Jak dlouho po operaci byste neměl/neměla nosit těžká břemena (nad 5–7 kg) např. nákupní tašky, nábytek?		
	n_i [-]	f_i [%]
1 týden po operaci	1	10
2 týdny po operaci	2	20
4–6 týdnů po operaci	7	70
3–6 měsíců po operaci	2	20
Σ	10	100 %
12. Kdy je vhodné po operaci začít s cvičením (např. plaváním, jízdou na kole)?		
	n_i [-]	f_i [%]
po propuštění z hospitalizace do domácího ošetřování	0	0
po odstranění stehů z rány	1	10
po 6 týdnech od operace	8	80
po 3 měsících od operace	1	10
Σ	10	100 %
13. Uveďte, jaké množství tekutin byste měl/a po operaci denně vypít?		
	n_i [-]	f_i [%]
1–2 litry denně	2	20
2–3 litry denně	7	70
3–4 litry denně	0	0
na denním množství tekutin nezáleží	1	10
Σ	10	100 %

14. Uved'te, jaké potraviny se doporučují konzumovat po operaci?		
	n_i [-]	f_i [%]
potraviny s obsahem vlákniny (např. celozrnný chléb, sušené fazole, jablko)	9	90
potraviny s obsahem železa (např. droždí, mák, vepřová játra)	1	10
potraviny bez lepku (např. rýže, sója, bezlepkové pečivo)	0	0
potraviny bez laktózy (např. rýžové a sójové mléko, červené maso, ryby)	0	0
Σ	10	100 %
15. Uved'te, které potraviny obsahují vlákninu?		
	n_i [-]	f_i [%]
bílé pečivo, brambory, červené maso	3	30
otruby, pohanka, celozrnné pečivo	7	70
těstoviny, mořské ryby, pečivo bez lepku	0	0
jogurty, sýry, kakao	0	0
Σ	10	100 %
16. Byl/byla jste spokojena s edukací o režimových opatřeních po operaci tříselné kýly?		
Oznámkujte jako ve škole.		
	n_i [-]	f_i [%]
1 výborně	7	70
2 chvalitebně	2	20
3 dobře	1	10
4 dostatečně	0	0
5 nedostatečně	0	0
Σ	10	100 %
17. Chyběly Vám nějaké informace po operaci tříselné kýly?		
	n_i [-]	f_i [%]
ano	0	0
Ne	10	100
Σ	10	100 %

Tab. 2 Vyhodnocení výzkumných předpokladů

	\bar{x}	\bar{x} zaokrouhлено na celé číslo
Předpoklad č. 1	75,0 %	75 %
Předpoklad č. 2	72,5 %	73%
Předpoklad č. 3	76,7 %	77 %
Předpoklad č. 4	74,7 %	75 %

Příloha H Dotazník

Vážený pane, vážená paní,

jmenuji se Žaneta Janatová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotních studií Technické univerzity v Liberci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí bakalářské práce na téma Edukace pacienta po operaci tříselné kýly. Velice si vážím Vaší spolupráce a předem děkuji za vyplnění dotazníku.

Žaneta Janatová

U následujících otázek zakroužkujte prosím vždy jednu možnost.

1. Uved'te prosím, kolikátý den budete mít zpravidla odstraněny stehy z operační rány?

- A) 5 až 7 den po operaci
- B) 10 až 12 den po operaci
- C) 15 až 17 den po operaci
- D) neodstraňují se vůbec

2. Uved'te, jaké mýdlo použijete při osobní hygieně po operaci?

- A) nesmím použít mýdlo
- B) jakékoliv mýdlo
- C) mýdlo parfémované nebo s kafrem
- D) jemné neparfémované mýdlo

3. Uved'te, kolikátý den po operaci můžete ránu sprchovat?

- A) 1. den po operaci
- B) 2. den po operaci
- C) 5. den po operaci
- D) po odstranění kožních stehů z operační rány

4. Uved'te, kolikátý den po operaci se můžete koupat (ve vaně)?

- A) 1. den po operaci
- B) 2. den po operaci
- C) 5. den po operaci
- D) po odstranění kožních stehů z rány

5. Uved'te, od kdy je vhodné začít ránu vystavovat slunečnímu záření?

- A) po propuštění z hospitalizace do domácího ošetřování
- B) po odstranění stehů
- C) po 1 měsíci
- D) nejdříve za 3 měsíce

6. Uved'te, jak byste měl/měla ošetřovat operační ránu po odstranění stehů?

- A) jizva by se neměla zásadně promazávat
- B) jizva by se měla zasypávat dětským pudrem
- C) jizva se promazává od prvního dne olejíčkem
- D) po zhojení, by se měla rána promašťovat jakýmkoliv mastným krémem nebo vazelínou

7. Za jakou dobu po operaci lze vykonávat tlakové masáže po operaci?

- A) před odstraněním kožních stehů z operační rány
- B) po odstranění kožních stehů z operační rány
- C) 1 měsíc po operaci
- D) 2 měsíce po operaci

8. Uved'te, od kdy je vhodné začít navštěvovat saunu?

- A) po propuštění z hospitalizace do domácího ošetřování
- B) po odstranění stehů
- C) po 1 měsíci
- D) nejdříve za 3 měsíce

9. Uved'te, co by se mělo provádět po operaci při odkašlání?

- A) zvýšit nitrobřišní tlak nádechem
- B) maximálně zapojit břišní svalstvo
- C) přidržení operační rány
- C) neprovádí se nic

10. Uved'te, jakým způsobem byste měl/a vstávat z lůžka po operaci?

- A) nejprve do sedu, posléze do stoje s minimálním zapojením břišních svalů
- B) nejprve do sedu, při vertikalizaci (stoj) se maximálně zapojují břišní svaly
- C) vždy s pomocí druhé osoby
- D) tak jak je nám to příjemné, při vstávání není žádné omezení

11. Jak dlouho po operaci byste neměl/neměla nosit těžká břemena (nad 5–7 kg) např. nákupní tašky, nábytek?

- A) 1 týden po operaci
- B) 2 týdny po operaci
- C) 4–6 týdnů po operaci
- D) 3–6 měsíců po operaci

12. Kdy je vhodné začít po operaci s cvičením (např. plaváním, jízdou na kole)?

- A) po propuštění z hospitalizace do domácího ošetřování
- B) po odstranění stehů z rány
- C) po 6 týdnech od operace
- D) po 3 měsících od operace

13. Uved'te, jaké množství tekutin byste měl/a po operaci denně vypít?

- A) 1–2 litry denně
- B) 2–3 litry denně
- C) 3–4 litry denně
- D) na denním množství tekutin nezáleží

14. Uved'te, jaké potraviny se doporučují konzumovat po operaci?

- A) potraviny s obsahem vlákniny (např. celozrnný chléb, sušené fazole, jablko)
- B) potraviny s obsahem železa (např. droždí, mák, vepřová játra)
- C) potraviny bez lepku (např. rýže, sója, bezlepkové pečivo)
- D) potraviny bez laktózy (např. rýžové a sójové mléko, červené maso, ryby)

15. Uved'te, které potraviny obsahují vlákninu?

- A) bílé pečivo, brambory, červené maso
- B) otruby, pohanka, celozrnné pečivo
- C) těstoviny, mořské ryby, pečivo bez lepku
- D) jogurty, sýry, kakao

16. Jaké je Vaše pohlaví?

- A) žena
- B) muž

17. Kolik je Vám let?

- A) 19–29 let
- B) 30–39 let
- C) 40–49 let
- D) 50–59 let
- E) 60–69 let
- F) 70 a více

18. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

- A) základní
- B) střední odborné bez maturity
- C) středoškolské s maturitou
- D) vyšší odborné
- E) vysokoškolské

19. Byl/a jste spokojena s edukací o režimových opatřeních po operaci tříselné kýly?

Oznámkujte jako ve škole.

1	2	3	4	5
výborně	chvalitebně	dobře	dostatečně	nedostatečně

20. Chyběly Vám nějaké informace po operaci tříselné kýly?

A) ne

B) ano, prosím vypište jaké

.....

.....

.....

.....

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku a za čas, který jste mu věnovali.

Příloha I Návrh revize edukačního standardu

Název: Edukační standard určený pro edukaci pacientů po operaci tříselné kýly

Charakteristika standardu: závazná norma pro edukaci pacienta po operaci tříselné kýly

Cíle:

- 4. Pacient bude edukován o pohybovém režimu po operaci.**
- 5. Pacient bude edukován o dietním režimu.**
- 6. Pacient bude edukován o péči o operační ránu.**

Určeno: pro pacienty po operaci tříselné kýly

Vydání: 2018

Doba platnosti: 2 roky

Kontrola: průběžně, minimálně 1x za dva roky

Kontrolu vykonává: manažer ošetrovatelské péče, vrchní sestra daného pracoviště

Kritéria struktury

S1 Pracovníci: edukační sestra (všeobecná sestra, sestra se specializací pro péči v chirurgických oborech)

S2 Prostředí: chirurgické oddělení (ambulance, vyšetřovna)

S3 Pomůcky: psací potřeby

S4 Dokumentace: zdravotnická dokumentace včetně ošetrovatelské dokumentace, edukační standard, formulář pro záznam o edukaci

Kritéria procesu

P1 Sestra se pacientovi představí, identifikuje pacienta oslovením jménem a podle identifikačního náramku, vyžádá si jeho souhlas s realizací edukace.

P2 Sestra posoudí stupeň vědomostí pacienta o probíraném tématu, schopnost učení, psychický stav, úroveň spolupráce a aktuální schopnosti a možnosti dodržování léčebného režimu (pozorováním, rozhovorem, z dokumentace).

P3 Sestra stanovuje edukační diagnózy dle NANDA taxonomie II.

P4 Sestra formuluje společně s pacientem cíle edukace.

P5 Sestra určí společně s pacientem obsah a rozsah edukace.

P6 Sestra zvolí individuální rozhovor ústní formou. Dle potřeb pacienta lze edukaci rozdělit do více výukových sezení. Minimální počet výukových sezení jsou 2 sezení minimálně po 20 minutách. Počet edukačních sezení je dokumentován.

P7 Sestra poučí pacienta dle jeho stupně vědomostí v oblastech:

1. sezení, 15 minut, den před operací

P7A: o pohybovém pooperačním režimu

- první cca 4 hodiny po operaci by měl pacient ležet,
- po 4 hodinách je vhodná cévní gymnastika na lůžku,
- v den operace či 1. pooperační den pacient vstává z lůžka, vertikalizuje se přes sed, teprve poté do stoje; pacient vleže na lůžku pokrčí jednu nohu a poté druhou, šetří tím břišní svalstvo, následně se přetočí na bok, přidrží si jednou rukou operační ránu a druhou se zvedá do sedu za plynulého spouštění nohou z lůžka; pacient se nechá vsedě a vytrvá se, zda se nedostaví závratě, poté se přechází do stoje,
- nácvik odkašlávání s pokrčenými dolními končetinami vleže na zádech s přidržením operační rány

P7B: o dietním režimu

- 1 pooperační den dieta tekutá, dále kašovitá s postupným návratem k stravě racionální či dietě před výkonem

2. sezení, 30 minut, 1. pooperační den

P7C: o pohybovém pooperačním režimu

- 4–6 týdnů po operaci nezvedat a nenosit těžká břemena nad 5 až 7 kg (nákupní tašky, kusy nábytku),
- nácvik chůze postupně prodlužovat, minimálně 30 minut denně,

- 6 týdnů po operaci možno začít s cvičením, vhodné je plavání nebo jízda na kole
- nejdříve za 6–8 týdnů dle doporučení lékaře sportovní činnost na vrcholové úrovni, zejména kontaktní sporty,
- pracovní neschopnost dle indikace lékaře: kancelářská práce cca 2–3 týdny po propuštění, manuálně pracující nejdříve cca za 4–6 týdnů, někdy je vhodné převedení na lehčí práci

P7D: o péči o operační ránu

- 1. den po operaci kontrola obvazu,
- 2. den po operaci je rána převázána,
- **udržování operační rány a okolí v suchu a čistotě**, neodkrývat sterilní krytí z rány, nezasahovat si do rány, ani jinak nedráždit operační místo,
- **před každým kontaktem s ránou by měl mýt pacient omyté ruce**,
- **sledovat jakékoliv změny**, zejména zvýšené prosakování obvazu, otok rány či okolí, náhle vzniklou nezvyklou bolestivost, zarudnutí, teplotu nebo jiné nepříjemné pocity v místě rány; v případě výskytu těchto příznaků by měl pacient kontaktovat ošetřující personál,
- **4 dny po operaci se vynechává koupání**, ale již 2. pooperační den lze ránu sprchovat; **k mytí se používá mýdlo bez parfemace**, alkoholu, mentolu a jiných látek dráždivých pokožku; rána by se měla vysoušet mírným tlakem čistým ručníkem z měkkého materiálu,
- na rány bez sekrece se používá speciální samolepící krytí, jizva se po zhojení může promašťovat mastným krémem či lékařskou vazelínou,
- **3 měsíce po operaci se chrání operační místo před slunečním zářením, chladem a vynechává se saunování**,
- vhodné je nošení volného oblečení z přírodních materiálů, které by nemělo způsobovat tření pokožky,
- **stehy se odstraňují cca 10–12 den po operaci dle indikace lékaře**; 1–2 týdny po odstranění stehů může pacient zahájit tlakové masáže jizvy – 3x denně po dobu deseti minut; rána se stlačí proti její spodině, vyčká se a poté se tlak opět povolí

P7E: o dietním režimu

- omezit nadýmavou a dráždivou stravu,
- dostatečný příjem tekutin (2–3 litry denně); vhodnými nápoji jsou pramenitá voda, ovocné a bylinné čaje, ovocné a zeleninové šťávy; omezit pití černého čaje, kaka a slazených nápojů,
- pravidelné stravování, a to nejméně v pěti dávkách denně,
- doporučují se potraviny s vlákninou (otruby, pohanka, sušené fazole, čočka, celozrnný chléb, sušené fíky, meruňky nebo sušené švestky, brokolice, kukuřice, mandle, jablko, hrušky, maliny, avokádo, ovesné vločky atd.),
- u pacientů s BMI 30 a více si rozdělit denní příjem energie a sacharidů do tří třetin; v každé třetině by mělo být vždy zastoupeno 1 hlavní jídlo a eventuálně 1 vedlejší jídlo; každý den ovoce a zeleninu, celozrnných výrobky, brambory, luštěniny; vyloučit či výrazně omezit volné tuky použité na přípravu pokrmů; vyřadit všechny tučné potraviny, zejména tučné sýry, uzeniny, tučná masa, paštiky, šlehačku, tučné moučníky, sušenky, mražené smetanové krémy, majonézu apod; mléčné výrobky si vybírat pouze v nízkotučné variantě; omezení soli; alkoholické nápoje nejsou vhodné; eventuálně doporučit návštěvu nutričního terapeuta,

P7F: ostatní

- nekouřit; pokud je pacient kuřák, doporučí se mu zařadit další edukační sezení,
- o prevenci TEN - tekutiny; chůze; u pacienta s vysokým rizikem TEN je vhodné zařadit další edukační sezení (elastická bandáž dolních končetin, aplikace nízkomolekulárního heparinu)

P8 Sestra během edukace podporuje pacienta v aktivitě a poskytuje mu prostor na položení otázek.

P9 Sestra koordinuje edukační činnost v jednotlivých oblastech zmíněných v bodě P7 s ostatními členy zdravotnického personálu (lékař, všeobecné sestry).

P10 Sestra ověří po realizaci edukace, zda pacient porozuměl, získal požadované vědomosti a dovednosti, provede s ním vyhodnocení edukace rozhovorem. Pokud některé cíle edukačního procesu nebyly splněny, je nutné edukaci zopakovat, a tudíž naplánovat s pacientem další výukové sezení.

P11 Všeobecná sestra vede záznam o průběhu edukace do edukačního formuláře

Kritéria výsledku

V1 Sestra, která edukaci vykonává, se představí pacientovi.

V2 Edukace pacienta probíhá dle edukačního standardu.

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

V4V pacientově dokumentaci je přesný záznam o celém průběhu edukace.

Ošetřovatelský audit

Název: Vyhodnocení splnění edukačního standardu určeného k edukaci pacientů po operaci tříselné kýly

Auditor/auditoři:

Datum:

Metody: otázka pro sestru, otázka pro pacienta, pozorování sestry při edukaci pacientů po operaci tříselné kýly

Tab. 1 Kontrolní kritéria a metody hodnocení struktury standardu

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
S1 - S3				
S1 Pracovníci	Byly splněny podmínky v kritériích S1–S3?		1b	0b
S2 Prostředí		Kontrola prostředí	1b	0b
S3 Pomůcky		Kontrola pomůcek	1b	0b
S4	Měla sestra k dispozici potřebnou dokumentaci?		1b	0b

Tab. 2 Kontrolní kritéria a metody hodnocení procesu standardu

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda Hodnocení	Ano	Ne
P1	Byly splněny podmínky udedené v kritériu procesu P1? Představení sestry Identifikace pacienta Souhlas s realizací edukace	Pozorování sestry při výkonu edukace	1b 1b 1b	0b 0b 0b
P2	Posoudila sestra kritéria uvedená v bodě P2	Pozorování sestry při výkonu edukace	1b	0b
P3	Stanovila sestra edukační diagnózy dle NANDA taxonomie II. ?	Kontrola dokumentace	1b	0b
P4	Formulovala sestra společně s pacientem cíle edukace?	Kontrola dokumentace	1b	0b
P5	Určila sestra společně s pacientem obsah a rozsah edukace? a) obsah edukace b) rozsah edukace	Otázka pro sestru	1b 1b	0b 0b
P6	Zvolila sestra vhodné metody, formu, pomůcky a způsob hodnocení edukace?	Otázka pro sestru, Kontrola dokumentace	5b	0b
P7	Realizovala sestra edukační proces ve smyslu kritérií uvedených v bodě P7? Pooperační režim	Pozorování sestry při edukaci, otázka pro pacienta		
P7A	a) cévní gymnastika b) nácvik sedu a stoje c) nácvik odkašlávání		1b 1b 1b	0b 0b 0b
P7B	a) pooperační dieta		1b	0b
P7C	a) nezvedat a nenosit těžká břemena b) chůze minimálně 30 minut denně c) za 6 týdnů plavání, jízda na kole d) za 6–8 týdnů kontaktní sporty		1b 1b 1b 1b	0b 0b 0b 0b
P7D	a) čistota okolí operační rány b) sledování rány a mytí rukou c) sprchování a promazávání rány		1b 1b 1b	0b 0b 0b

	d) slunění rány a saunování e) odstranění stehů		1b 1b	0b 0b
P7E	a) tekutiny po operaci b) potraviny s vlákninou c) omezení nadýmavé a dráždivé stravy		1b 1b 1b	0b 0b 0b
P7F	a) nekouřit b) prevence TEN		1b 1b	0b 0b
P8	Aktivizovala sestra pacienta a poskytla mu prostor na položení otázek?	Pozorování sestry při edukaci	2b	0b
P9	Koordinuje sestra pacienta v jednotlivých oblastech uvedených v bodě P7?	Otázka pro sestru	1b	0b
P10	Ověřila si sestra, zda pacient rozuměl edukaci a provedla s ním vyhodnocení?	Otázka pro pacienta, kontrola dokumentace	1b	0b
P11	Vede sestra přesný záznam o celém průběhu edukace?	Kontrola dokumentace	1b	0b

Tab. 3 Kontrolní kritéria a metody hodnocení výsledků standardu

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
V1	Podepsal pacient souhlas s edukací?	Kontrola dokumentace	1b	0b
V2	Byl pacient edukován v jednotlivých oblastech uvedených v bodě P7?	Kontrola dokumentace	1b	0b
	P7A pooperační pohybový režim			
	a) cévní gymnastika		1b	0b
	b) nácvik sedu a stoje		1b	0b
	c) nácvik odkašlávání		1b	0b
P7B pooperační dietní režim				
a) pooperační dieta		1b	0b	
P7C pohybový režim po operaci				
a) nezveddat a nenosit těžká břemena		1b	0b	
b) chůze minimálně 30 minut denně		1b	0b	
c) za 6 týdnů plavání, jízda na kole		1b	0b	

	d) za 6–8 týdnů kontaktní sporty		1b	0b
	P7D péče o ránu po operaci			
	a) čistota okolí operační rány		1b	0b
	b) sledování rány a mytí rukou		1b	0b
	c) sprchování a promazávání rány		1b	0b
	d) slunění rány a saunování		1b	0b
	e) odstranění stehů		1b	0b
	P7E dietní režim po operaci			
	a) tekutiny po operaci		1b	0b
	b) potraviny s vlákninou		1b	0b
	c) omezení nadýmavé a dráždivé stravy		1b	0b
	P7F ostatní			
	a) nekouřit		1b	0b
	b) prevence TEN		1b	0b
V3	Je celý průběh edukace přesně zaznamenán v pacintově dokumentaci?	Kontrola dokumentace	1b	0b

Celkový počet bodů (struktura, proces, výsledek):

Plný počet bodů během ošetřovatelského auditu může být 61 bodů.

Edukační standard je splněný při dosažení 75% tedy 46 bodů.

Koncept standardu vychází z:

TÓTHOVÁ, Valerie et al. 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. ISBN 972-80-7387-645-6.

Použitá literatura:

- ADAMOVIČ, Zuzana. 2014. Obštipace. *Interní medicína pro praxi*. **16**(3), 113–115. ISSN 1212-7299.
- FERKO, Alexander et al. 2015. *Chirurgie v kostce*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1005-1.
- HIRMEROVÁ, Jana et al. 2015. *Akutní žilní trombóza 2015 současný stav prevence, diagnostiky a léčby*. Olomouc: Solen. ISBN 978-80-7471-094-0.
- JUŘENÍKOVÁ Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KOLÁŘ, Pavel. 2012. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.
- ÖBERG, S., K. ANDRESEN a J. ROSENBERG. 2017. Etiology of Inguinal Hernias: A Comprehensive Review. *Frontiers in Surgery*. **4**, 52. ISSN 2296-875X.
- PAFKO, Pavel et al. 2008. *Základy speciální chirurgie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-402-7.
- SIMONS, Maarten. et al. 2009. EHS Guidelines. European hernia society. *EHS* [online]. Evropská herniologická společnost [cit. 2017-11-11]. Dostupné z: http://www.europanherniasociety.eu/sites/www.europanherniasociety.eu/files/medias/PDF/EHS_Guidelines.pdf. DOI 10.1007/s10029-009-0529-7
- SVÁČINA, Štěpán et al. 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2256-6.
- VYHNÁNEK, František. 2017. Infekce v chirurgii. *Rozhledy v chirurgii*. **96**(10), 403–404 . ISSN 0035-9351.