



Edukace pacientů s akutní cholecystitidou

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Hana Vychroňová**
Vedoucí práce: Mgr. Tereza Kučerová





Education of patients with acute cholecystitis

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Hana Vychroňová**
Supervisor: Mgr. Tereza Kučerová



Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Hana Vychroňová**
Osobní číslo: **D13000046**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Edukace pacientů s akutní cholecystitidou**
Zadávající 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. Zjistit informovanost pacientů o akutní cholecystitidě.
2. Zjistit informovanost pacientů o dodržování režimových opatření po akutní cholecystitidě.
3. Vytvořit edukační standard pro všeobecné sestry.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Akutní cholecystitida je onemocnění, které nejčastěji vzniká z důvodu obstrukce žlučových cest. Postihuje zejména dospělé jedince, častěji ženy než muže. Pacienti s akutní cholecystitidou jsou hospitalizováni na chirurgických nebo interních odděleních zdravotnických zařízení, kdy nedílnou součástí ošetřování těchto pacientů je jejich edukace v oblasti režimových opatření. Výstupem bakalářské práce bude edukační standard pro všeobecné sestry k edukaci pacientů s akutní cholecystitidou.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládáme, že 70 % a více pacientů je informováno o akutní cholecystitidě.
2. a) Předpokládáme, že 70 % a více pacientů je informováno o dodržování dietních opatření po akutní cholecystitidě.
b) Předpokládáme, že 70 % a více pacientů je informováno o dodržování pohybového režimu po akutní cholecystitidě.

Výzkumné předpoklady budou upřesněny na základě výsledků z předvýzkumu.

Metoda:

Kvantitativní.

Technika práce, vyhodnocení dat:

Dotazník bude vytvořen v programu Microsoft Office Word 2010. Výsledky budou zpracovány do grafů a tabulek v programu Microsoft Office Excel 2010.

Místo a čas realizace výzkumu:

Oblastní nemocnice Trutnov a.s., chirurgické a interní oddělení, prosinec 2016 - únor 2017.

Oblastní nemocnice Jičín a.s., chirurgické a interní oddělení, prosinec 2016 - únor 2017.

Vzorek:

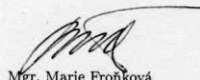
Pacienti s akutní cholecystitidou hospitalizovaní na chirurgickém nebo interním oddělení, počet: min. 50 osob.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy: **50-70**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury: **viz příloha**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Tereza Kučerová**
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **1. srpna 2016**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2017**




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením fakulty

V Liberci dne 30. listopadu 2016

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

1. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.
2. FERKO, Alexander a kol. Chirurgie v kostce. 2. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 987-80-247-1005-1.
3. EHRMANN, Jiří a kol. Hepatologie. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-8021-4.
4. VODÍČKA, Josef a kol. Speciální chirurgie. 2. vyd. Praha: Karolinum Press, 2014. ISBN 978-80-246-2512-6.
5. SCHEIN, Moshe a Paul S. ROGERS. Urgentní břišní chirurgie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2357-0.
6. KASPER, Heinrich. Výživa v medicíně a dietetika. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4533-6.
7. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. Edukační činnost sestry. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
8. JARNAGIN, William R. Blumgart's Surgery of the Liver, Pancreas and Biliary Tract. 5. vyd. Philadelphia: Elsevier Health Sciences, 2012. ISBN 978-1-4377-1454-8.
9. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5710-0.
10. DOBIÁŠ, Viliam. Klinická propedeutika v urgentní medicíně. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4571-8.
11. VÍTEK, Libor. Cholelitiáza velmi časté a drahé onemocnění. Zdravotnické noviny. 2011, roč. 60, č. 14, s. 20. ISSN 0044-1996.
12. PLEVOVÁ, Ilona a kol. Ošetrovatelství I. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
13. BLOOM, Alan A. Cholecystitis Treatment & Management. In: Medscape [online]. Jan 3, 2016 [cit. 2016-02-22]. Dostupné z: <http://emedicin.medscape.com/article/171886-treatment>

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: 29.6. 2017

Podpis: 

Poděkování:

Děkuji Mgr. Tereze Kučerové za vedení bakalářské práce, za cenné rady, podněty, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Hana Vychroňová
Instituce: Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Název práce: Edukace pacientů s akutní cholecystitidou
Vedoucí práce: Mgr. Tereza Kučerová
Počet stran: 69
Počet příloh: 8
Rok obhajoby: 2017

Anotace:

Bakalářská práce je zaměřena na edukaci pacienta s akutní cholecystitidou. Pomocí dotazníku byly od pacientů s akutní cholecystitidou sbírány informace o jejich znalostech v oblasti režimových opatření. Výzkum probíhal na chirurgickém a interním oddělení u pacientů, u kterých došlo ke zmírnění nebo odeznění akutních obtíží. Výsledky z výzkumu byly použity k vytvoření edukačního standardu pro všeobecné sestry, který je výstupem bakalářské práce.

Klíčová slova: cholelitiáza, akutní cholecystitida, edukace, ošetrovatelská péče

Annotation

Name and surname: Hana Vychroňová
Institution: Technical university of Liberec
Faculty of Health Studies
Title: Education of patients with acute cholecystitis
Supervisor: Mgr. Tereza Kučerová
Pages: 69
Apendix: 8
Year: 2017

Annotation:

The bachelor thesis deals with the education of acute cholecystitis patients. Information about cholecystitis patients' knowledges in the branch of regimen arrangement were collected with help of a questionnaire. The research was under way of surgery and internal medicine ward with patiens whose acuten complications were reduced or solved. The research results were used for creating the educational standard for nurses, which is the final output of the bachelor thesis.

Keywords: cholelithiasis, acute cholecystitis, education, nursing care

Obsah

Seznam použitých zkratk	12
1 Úvod	13
2 Teoretická část	14
2.1 Akutní cholecystitida	14
2.1.1 Etiologie	14
2.1.2 Klinický obraz	15
2.1.3 Diagnostika a vyšetřovací metody	15
2.2 Ošetrovatelská péče u pacienta s akutní cholecystitidou	18
2.3 Edukační proces v ošetrovatelství	21
2.3.1 Role všeobecné sestry-edukátorky	24
2.3.2 Edukace pacienta s akutní cholecystitidou	25
3 Výzkumná část	27
3.1 Cíle	27
3.2 Výzkumné předpoklady	27
3.3 Metodika výzkumu	27
3.4 Analýza výzkumu	28
3.5 Analýza cílů a výzkumných předpokladů	54
3.5.1. Analýza cíle č. 1 a výzkumného předpokladu č. 1	54
3.5.2 Analýza cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2a	55
3.5.3 Analýza cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2b	56
4 Diskuze	58
5 Návrh doporučení pro praxi	63
6 Závěr	64
7 Seznam použité literatury	65
8 Seznam příloh	69

Seznam použitých zkratk

ALT	alaninaminostransferáza
apod.	a podobně
AST	aspartátaminotransferáza
CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
č.	číslo
ČR	Česká republika
FF	fyziologické funkce
kol.	kolektiv
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
např.	například
NO	nynější onemocnění
PŽK	periferní žilní katetr
str.	strana
RTG	rentgen
tab.	tabulka
tzv.	tak zvaná
UPV	umělá plicní ventilace
USG	ultrasonografie
VAS	vizuální analogová stupnice
vč.	včetně
viz	vidět
vyd.	vydání
WHO	World Health Organization

1 Úvod

Tématem bakalářské práce je edukace pacienta s akutní cholecystitidou. Téma bylo vybráno na základě následujících poznatků. Obecně choroby žlučníku patří mezi velmi častá onemocnění a představují závažný problém jak zdravotnický, tak ekonomický. Více než 800 000 lidí v České republice trpí těmito chorobami, jde tedy o choroby masového výskytu s vysokou morbiditou, ale nízkou mortalitou. Nejčastěji se vyskytuje cholelitiáza, kterou je postiženo 10-20 % dospělé populace. U žen je toto onemocnění 2-3x častější než u mužů a jeho výskyt stoupá s věkem (Ehrmann, 2014; Vítek, 2011).

Na podkladě cholelitiázy vzniká akutní cholecystitida jako její komplikace a to až v 95 %. Onemocnění vyžaduje hospitalizaci, kde je obvykle zpočátku léčeno konzervativně a to parenterálním podáváním tekutin, spasmolytik a širokospektrých antibiotik. Při neúspěchu této léčby a progresi zánětu je nutné operativní řešení (Vodička, 2014).

Bakalářská práce je složena ze dvou částí. Teoretická část začíná kapitolou o akutní cholecystitidě, ve které jsou popsány příčiny, klinický obraz, diagnostika a vyšetřovací metody tohoto onemocnění. Nedílnou součástí teorie je plán ošetrovatelské péče u pacientů s akutní cholecystitidou. Avšak stěžejní kapitoly teoretické části jsou zaměřeny na edukaci, která představuje nezbytnou součást komplexního ošetrovatelského procesu. Kvalita edukace úzce souvisí s pojetím role všeobecné sestry jako edukátorky. Výzkumná část popisuje cíle a výzkumné předpoklady a jejich analýzu, metodiku výzkumu, charakteristiku výzkumného vzorku, diskuzi nad výsledky výzkumu a návrh doporučení pro praxi. Cílem práce je zhodnotit informovanost pacientů o akutní cholecystitidě, režimových opatření a jejich dodržování. Výstupem bakalářské práce je návrh edukačního standardu pro všeobecné sestry k edukaci pacientů s akutní cholecystitidou.

2 Teoretická část

2.1 Akutní cholecystitida

Akutní cholecystitida je onemocnění, které se řadí mezi náhlé příhody břišní. Podle vyvolávajícího faktoru se dělí na cholecystitidu kalkulózní, která je komplikací cholelitiázy a je tedy vyvolána konkrémenty a na vzácnou cholecystitidu akalkulózní, která je způsobena poruchou mikrocirkulace stěny žlučníku, mikrotraumaty nebo sekundární bakteriální kolonizací. Příležitostně jsou i u tohoto typu akutní cholecystitidy přítomny konkrémenty, ale ty jsou za dané situace etiologicky nevýznamné (Ferko, 2015; Shein, 2011).

Pro přetrvávající poškození žlučnickové stěny přechází onemocnění do klidové chronické cholecystitidy (Ehrmann, 2014).

2.1.1 Etiologie

Kalkulózní akutní cholecystitida je vyvolána konkrémenty, které sliznici žlučníku dráždí a poškozují ji. Přírozenou reakcí na poškození je zánět. Pokud dojde k posunu konkrémentů, mohou se zaklínit ve vývodu žlučníku (anatomie žlučníku viz Příloha A). Tento stav vede k roztažení žlučníku a zánětu, který je zpočátku chemický, postupně však přechází v infekční díky bakteriím zažívacího traktu (*E. coli*, *Clostridium*, *Klebsiella*), které pronikají do zaníceného orgánu (Šafránková, 2006; Shein, 2011).

Nejčastějším typem konkrémentů jsou **konkrémenty cholesterolové** (75-90 %), mají žlutohnědou barvu, jsou facetované, RTG nekontrastní a obsah cholesterolu je vyšší než 75 %. Další skupinu tvoří **konkrémenty pigmentové**, které jsou hnědé nebo černé barvy, tvořeny jsou především bilirubinem a jeho solemi a mucinem. Obsah cholesterolu nepřesahuje 25 %. Pokud je obsah cholesterolu v rozmezí 25-75 %, jedná se o **smíšený typ konkrémentů** (Vítek, 2011).

Ischemie a roztažení žlučníku a jeho osídlení bakteriemi může vést k vážným **komplikacím**. Zánět může progredovat do gangrény nebo perforace orgánu s následnou biliární peritonitidou. Při prosakování nebo protržení stěny žlučníku vzniká

pericholecystický absces. Narůstající infiltrát utlačuje žlučové cesty, což může mít za následek obstrukční ikterus, popřípadě akutní cholangitidu. Při vzniku biliodigestivní píštěle hrozí rozvoj biliárního ileu (Vodička, 2014).

Akalkulózní akutní cholecystitida tvoří vzácnější formu onemocnění (6-17 %), má však prudší průběh, větší riziko vzniku komplikací než kalkulózní akutní cholecystitida a může vést až ke smrti nemocného. Za hlavní patogenický faktor je považována ischemie žlučníku, mikrotraumata sliznice a sekundární bakteriální osídlení. S tímto stavem se nejčastěji setkáváme u osob, které dlouhodobě hladovějí, jsou na totální parenterální výživě, na UPV, po operacích v dutině břišní, po celkové anestezii, po komplikovaných porodech, při sepsi, popáleninách nebo multitraumatech (Ehrmann, 2014; Shein, 2011).

2.1.2 Klinický obraz

V popředí klinického obrazu kalkulózní akutní cholecystitidy stojí trvalá bolest v pravém podžebří, svalové stažení, pozitivní Murphyho příznak a celková alterace. Dále se vyskytuje nevolnost a zvracení při žaludeční atonii, plynatost v důsledku zástavy odchodu plynů, horečka s třesavkou a zimnicí, tachykardie. Při postupu zánětlivých změn mohou být přítomny známky peritoneálního dráždění (Marek, 2010; Vodička, 2014). To se projevuje prknavitě staženým břichem, bolestí při oddálení palpující ruky a úmyslným napínáním břišní stěny (Schein, 2011).

Podobný klinický obraz nacházíme i u akalkulózní akutní cholecystitidy. (Ehrmann, 2014).

2.1.3 Diagnostika a vyšetřovací metody

Diagnostika onemocnění je postavena na lékařské, ale i ošetrovatelské anamnéze, klinickém obrazu, fyzikálním vyšetření, laboratorních testech a zobrazovacích vyšetřovacích metodách, zejména USG a CT (Vodička, 2014).

Lékařskou anamnézou se zjišťují údaje o zdravotním stavu nemocného od narození po současnost. Zahrnuje **osobní údaje** (jméno, příjmení, datum narození,

bydliště, rodinný stav, praktický lékař, pojišťovna), **anamnézu osobní** (předchorobí, farmakologická a alergická anamnéza, abúzy, FF), **anamnézu rodinnou, sociální a pracovní, nynější onemocnění** (dále jen NO) a u žen anamnézu **gynekologickou**. Anamnéza NO poskytuje informace o charakteru obtíží, době jejich vzniku a výskytu obtíží v minulosti a frekvenci výskytu. U akutní cholecystitidy bývá před rozvinutím klinického obrazu uváděna dietní chyba (Dobiáš, 2013; Ferko, 2015). **Sesterská (ošetřovatelská) anamnéza** neboli posuzování zahrnuje kromě sběru údajů také jejich třídění, ověřování a záznam. Je první fází ošetřovatelského procesu, na základě kterého je pacientovi poskytována individuální péče (Plevová, 2011).

Fyzikální vyšetření zahrnuje vyšetřovací metody, při kterých jsou použity smysly. Jedná se o pohled (aspekce), pohmat (palpace), poklep (perkuse) a poslech (auskultace). K vyšetření žlučníku se používá palpace. Fyziologický žlučník hmatný není. Jestliže je orgán zvětšený, má tvar jablka nebo hrušky. Příčinou zvětšení bývá neodtékající, stagnující žluč způsobená konkrementy. Na bolestivost v místě žlučníku, upozorní **Murphyho příznak**. Tento příznak se zjišťuje přiložením pravé ruky do středního epigastria pod mečíkem hrudní kosti, kdy je následovně vyvinut palcem pravé ruky tlak na oblast, ve které se předpokládá uložení žlučníku. Přitom je vyšetřovaná osoba požádána o hluboký nádech. Pokud je tímto manévrem vyvolána bolest, jedná se o pozitivní Murphyho příznak, který svědčí pro zánětlivé žlučnickové postižení (Špinar, 2013).

Laboratorní testy nejsou vždy spolehlivé, ale mohou být diagnosticky užitečné. Při akutní cholecystitidě se objevuje zvýšené CRP, leukocytóza s posunem doleva, hladina amyláz bývá mírně zvýšena, u 25 % pacientů s akutní cholecystitidou dochází ke zvýšení hladiny alkalické fosfatázy. Test na bilirubin může odhalit přítomnost obstrukce vývodu žlučníku, stejně tak jako zvýšení hladin ALT a AST. Zvýšení těchto enzymů bývá i u akutní cholecystitidy (Bloom, 2016).

Odběr venózní krve, ze které se laboratorní testy provádějí, je jedním ze základních výkonů všeobecné sestry (dále jen sestry). Před samotným odběrem krve je pacient sestrou o výkonu informován a poučen o jeho významu a průběhu. Odběr se vždy provádí do předem označených zkumavek identifikačními údaji pacienta. Před zahájením odběru je pacient sestrou vyzván, aby sdělil svoje jméno, čímž se předejde záměně pacienta a tím i špatné interpretaci výsledků. U odběrového materiálu (např. Vacutainer) je nezbytné předem zkontrolovat jeho expiraci a neporušenost.

Samozřejmostí by mělo být používání jednorázových rukavic. Povinnou součástí odběru krve je desinfekce místa vpichu. K tomuto účelu se používají roztoky 70% alkoholu nebo jódové desinfekce, u kterých je třeba dodržet doporučenou expozici od výrobce. Odběr se neprovádí z mokrého místa, protože krev při kontaktu s desinfekčními prostředky podléhá hemolýze. Ta může být také způsobena velkým podtlakem při odběru nepřiměřeným nebo dlouhodobým zaškrcením končetiny. Nebytnou součástí k vyšetření krve je **průvodka k vyšetření** (žádanka). Za její vyplnění zodpovídá lékař, sestra kontroluje správnost vyplnění. Žádanka musí obsahovat identifikační údaje pacienta, jeho lékařskou diagnózu, identifikaci oddělení požadující vyšetření krve, identifikaci lékaře, který vyšetření naordinoval, identifikaci sestry, která odběr provedla, dále identifikaci odebraného vzorku, datum a čas. Absence některého z údajů může být důvodem k nevyšetření vzorku laboratoří (Pokorná, 2013; Komínková, 2013).

Ze **zobrazovacích vyšetřovacích metod** při akutní cholecystitidě na podkladě litiázy je metodou první volby **USG vyšetření**. V ultrazukovém obraze se nachází žlučník zvětšený, neostře konturovaný. Orgán může obsahovat písek (sludge) nebo konkrementy. Malé množství tekutiny v lůžku žlučníku představuje zánětlivý exudát nebo tvořící se absces. Pokud je náplň žlučníku echogenní, jedná se o empyém. Volný plyn v orgánu nebo emfyzém jeho stěny svědčí pro gangrenózní cholecystitidu. Tekutina v okolí žlučníku bývá projevem jeho perforace. Je-li zánět ohraničen, jedná se o absces (Pafko, 2006).

Při komplikacích akutní cholecystitidy je indikováno **CT vyšetření** pro jejich lepší zobrazení. Na CT obraze při zánětlivém onemocnění žlučníku je patrné rozšíření jeho stěny, které může být doprovázeno sendvičovým obrazem zánětlivých změn. Ztráta kontur stěny žlučníku a zánětlivé změny pericholecystického tuku bývají specifickou známkou akutní cholecystitidy. Do nespecifických známek se řadí rozšířený žlučník nad 5 cm a přítomnost sludge nebo konkrementů (Pafko, 2006).

Výše uvedené zobrazovací metody se používají i při akalkulózní akutní cholecystitidě. Vzhledem k tomu, že toto onemocnění postihuje zejména osoby v kritickém stavu, je při interpretaci nálezů z USG a CT vyšetření nutná opatrnost. K hodnocení nálezů musí být splněna daná kritéria (Příloha B) a to zároveň 2 tzv. velká kritéria nebo 1 velké a zároveň 2 malá kritéria (Rutar, 2015).

Přípravu pacienta k uvedeným diagnostickým vyšetřením zajišťuje sestra. K **USG** není třeba žádné zvláštní přípravy, pouze zajistit lačnění nemocného a to nejméně 4-6 hodin před vlastním vyšetřením z důvodu snížení množství plynného obsahu v trávicím traktu, který vyšetření značně limituje (Seidl, 2012; Šafránková, 2006).

Před vyšetřením **CT** pacient alespoň 4 hodiny lační a pak se mu perorálně podává ředěná kontrastní látka. Protože se jedná o jódovou kontrastní látku, je třeba věnovat zvýšenou pozornost alergické anamnéze. Rizikovými skupinami pro podání kontrastní látky jsou pacienti s polyvalentní alergií, bronchiálním astmatem, renální nedostatečností nebo hyperthyreózou. Kontraindikací je prodělaná alergická reakce na v minulosti podanou kontrastní látku. **Nežádoucí účinky** jódového kontrastu mají různou závažnost. Do lehkých reakcí patří **sucho v ústech, nauzea**, do středně těžkých **zvracení, poruchy dýchání** a do těžkých reakcí **křeče, bezvědomí** a až **zástava oběhu** (Peterová, 2010).

2.2 Ošetřovatelská péče u pacienta s akutní cholecystitidou

Ošetřovatelskou péči obecně je kompetentní nastavovat, řídit, vykonávat a hodnotit registrovaná všeobecná sestra, která je plně kvalifikovanou profesionálkou v oboru ošetřovatelství. Potřebnou kvalifikaci k výkonu povolání získává na základě zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu souvisejících s poskytováním zdravotní péče. **Vymezení činností, které je všeobecná sestra kompetentní vykonávat, obsahuje vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.** Sestra je povinna poskytovat ošetřovatelskou péči formou ošetřovatelského procesu. Tato povinnost byla zakotvena do zákonodárných norem ČR a to do Věstníku MZ ČR č. 9/2004 pod názvem Koncepce ošetřovatelství (Plevová, 2011; Špirudová, 2015).

Ošetřovatelský proces sestavený sestrou je složen z pěti fází, které na sebe logicky navazují. První fáze **posouzení** zahrnuje kromě sběru údajů, také jejich ověřování, třídění a záznam. Jedná se tedy o ošetřovatelskou anamnézu. Ve druhé fázi jsou stanoveny **ošetřovatelské diagnózy**, které jsou řazeny dle naléhavosti řešení

a priorit. K jednotlivým stanoveným diagnózám přiděluje sestra **číselné kódy podle NANDA taxonomie II**, které slouží k identifikaci diagnóz v mezinárodním měřítku. Následně je vypracován plán ošetrovatelské péče a stanovují se ošetrovatelské intervence. Po fázi **plánování** nastupuje fáze **realizace**, během které se naplánované intervence plní. Konečnou fází celého procesu je **vyhodnocení**, zda bylo plánu dosaženo. Je však nutné mít na paměti, že plán péče a realizace intervencí nemusí být vždy ve shodě, jelikož aktuální stav pacienta se může kdykoliv změnit a naplánované intervence by nebyly účinné a realizovatelné (Plevová, 2011; NANDA, 2015).

K zaznamenání ošetrovatelské péče slouží **ošetrovatelská dokumentace**, kde sestra uvádí její průběh a doporučení k dalšímu postupu. Tato dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace, a proto pro ni platí stejná pravidla ohledně zápisů, vedení, přístupu pacienta k ní a skartaci (Polícar, 2010).

Cílem ošetrovatelské péče u pacienta s akutní cholecystitidou je v první řadě ulevit mu od bolesti, snížit dyspeptické obtíže, podat dostatek informací o nemoci, předcházet vzniku komplikací. Aby toho bylo dosaženo, je třeba nemocného hospitalizovat a to na standardním chirurgickém nebo interním oddělení (Šafránková, 2006).

Pacient uložený na lůžko vyhledává, pro bolest, úlevovou polohu, která mu v dané chvíli nejvíce vyhovuje. **Sestra sleduje** jeho celkový stav, bolest, hodnoty FF, hydrataci, vyprazdňování vč. barvy moče a stolice, místa vpichů invazivních vstupů a jejich okolí, barvu kůže, jeho psychický stav a stanovuje ošetrovatelský plán vč. ošetrovatelských diagnóz (Šafránková, 2006).

Nejčastější ošetrovatelskou diagnózou je **akutní bolest (00132)**. Bolest je definována jako nepříjemná emocionální a sensorická zkušenost, která je spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkáně. Cílem ošetrovatelské péče je bolest zmírnit nebo odstranit. Pokud má být bolest správně léčena, je třeba znát její intenzitu. Ta je ale vždy subjektivním hodnocením pacienta a může se stát, že bude podhodnocena. Nejčastěji používaným měřítkem intenzity bolesti je VAS. Jedná se o stupnici s čísly 0 – 10, kdy hodnota 0 představuje žádnou bolest a naopak hodnota 10 bolest, která je pro pacienta ta nejhorší představitelná. Sestra podává dle ordinace lékaře léky na tlumení bolesti a to analgetika a spazmolytika, nejčastěji intravenózně do zavedeného periferního žilního katetru (dále jen PŽK). Také sleduje účinnost

podávaných léků a jejich případné nežádoucí účinky, kterými jsou u spazmolytik např. snížená sekrece slin, snížená tvorba moče a zácpa (Rokyta, 2009; Šafránková, 2006).

Dyspeptické potíže jako **nauzea (00134)** a zvracení se řeší zpočátku zákazem přijímat cokoliv perorálně. Je zavedena infuzní terapie, kterou se zajistí dostatečný příjem tekutin a elektrolytů, protože z důvodu zvracení hrozí **riziko sníženého objemu tekutin (00028)** a **riziko nerovnováhy elektrolytů (00195)**. Infuzní roztoky připravuje sestra na dobře omyté a dezinfikované ploše. Před přípravou roztoků je třeba věnovat pozornost dostatečné hygienické desinfekci rukou. Je nutno dbát zásad asepse. Pokud jsou do infuzí ordinovány léky, chystají se těsně před jejich naředěním. Všechny infuzní roztoky, které se nemocnému podají, musí být řádně označeny údaji, pro koho jsou určeny, co obsahují a datem přípravy. Nespotřebované načaté léky a infuze se nesmí uchovávat, ale likvidují se (Kapounová, 2007; Šafránková, 2006).

Po zlepšení zdravotního stavu je povoleno na základě ordinace lékaře podávat nemocnému po lžičkách čaj či jiné vhodné tekutiny (v dietním systému ČR tato dieta nese označení **0S**). Povoleny jsou suchary a dieta s přísným omezením tuku (dieta č. **4S**). Ta je ovšem neplnohodnotná, převážně sacharidová, a z tohoto důvodu by neměla být podávána déle než 3 dny. Vždy ale záleží na aktuálním zdravotním stavu nemocného. Později je naordinována dieta s omezením tuku (dieta č. **4**). Pokud se dostaví komplikace, je pacient nadále anebo znovu vyživován parenterálně (Kapounová, 2007; Šafránková, 2006).

Pro naordinovanou parenterální terapii je sestrou zaváděn **PŽK**. Periferní řečiště je voleno tehdy, jestliže předpokládaná doba podávání infuzní terapie nebude delší než 5 dní. Pro zavedení PŽK se využívá žil na horních končetinách (nejvhodněji předloktí a hřbet ruky), které jsou rovné na délku katetru a dobře hmatné. Žíly na dolních končetinách by měly být využity zcela výjimečně, a to z důvodu možného vzniku trombózy. Důležitý je také výběr vhodné kanyly. Ta by nikdy neměla zcela uzavřít vnitřní průsvit cévy a měla by být volena dle předpokládaného léčebného postupu a celkovým stavem žilního řečiště (např. tenké nebo křehké žíly). Před samotným zavedením PŽK je pacient sestrou edukován o významu a průběhu toho výkonu. Důležité je mít připraveny všechny pomůcky k zavedení PŽK a zkontrolované jejich expirace a neporušenost. Samozřejmě při provádění výkonu je desinfekce rukou a použití ochranných rukavic a desinfekce vybraného místa vpichu (Kapounová, 2007; Pokorná, 2013).

Při **péči o PŽK** je nutno vždy zachovávat aseptický přístup. Při non lege artis ošetrovatelských postupech hrozí poškození pacienta, tzv. sorrhorigenie. Pravidelné převazy se proto provádějí denně v případě krytí místa vpichu sterilními čtverci. Pokud je použita semipermeabilní fólie, je převaz prováděn zpravidla jednou za 72 hodin. Při jakémkoliv znečištění krytí se převazuje okamžitě. Ke snížení **rizika vzniku infekce (00004)** je důležitá minimální manipulace a rozpojování infuzního setu, jehož výměna by měla být prováděna pravidelně. Minimálně jednou denně se pohledem místo vpichu a okolí PŽK kontroluje. Pokud jsou zjištěny lokální známky zánětu, je nutné kanylu odstranit. Po jejím odstranění se doporučuje 3-4 minutová komprese místa vpichu (Kapounová, 2007; Pokorná, 2013).

K nejčastějším **komplikacím** zavedené PŽK a infuzní terapie patří **flebitida**. Pacient si stěžuje na bolest v místě vpichu, které je navíc zarudlé a zatvrdlé, což je indikací k okamžitému odstranění kanyly, protože, ve vážnějších případech, může vést až k sepsi. Postižené místo bývá ošetřováno alkoholovými obklady nebo heparoidovou masťou. Následkem neúspěšného zavedení PŽK (např. propíchnutí žíly) nebo nepřilíš dostatečným stlačením místa vpichu po jejím vytažení může vzniknout **hematom**. Další komplikací bývá **extravazace** (prosakování), která, u některých aplikovaných látek, může vést až k nekróze tkáně. Vzácná **vzduchová embolie** je možná, pokud nedojde k řádnému odvdušnění celé infuzní linky. Pokud je zavádění PŽK doprovázeno sloupcem pulsující krve světle červené barvy, došlo k **chybné intraarteriální punkci** (Kapounová, 2007).

2.3 Edukační proces v ošetrovatelství

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“ (Juřeniková, 2010).

Edukace pacientů je nedílnou součástí ošetrovatelské a léčebné péče. Jejím cílem je přesvědčit a motivovat nemocného s určitou diagnózou k pozitivní změně chování v rámci jeho léčení. V mnoha případech se jedná o změnu stravovacích návyků, pohybového režimu nebo abúzu škodlivých látek (např. nikotin, alkohol). Častým předmětem edukace bývá nácvik ošetrovatelských výkonů (Svěráková, 2012).

Edukační proces má smysl tehdy, pokud je pacient systematicky veden k osvojení dovedností, vytvoření nebo změně nových hodnot, postojů a volních procesů postupně vedoucích k požadované změně chování. Je nezbytné, aby sestra v roli edukátorky připravila společně s pacientem edukační program, který mu usnadní uskutečňování změn chování. Pokud při takové přípravě vyvíjí pacient aktivní spoluúčast, je úspěšná spolupráce obou subjektů zaručena. V oblasti výchovy a vzdělávání pacienta je nutné využít poznatky vědeckých disciplín jako je pedagogika, psychologie, etika, sociologie a komunikace (Svěráková, 2012).

Podle Juřeníkové (2010) se edukační proces dělí na pět fází. Během první fáze, nazvané **fáze počáteční pedagogické diagnostiky**, probíhá pomocí pozorování či rozhovoru odhalení úrovně vědomostí, dovedností, návyků a postojů pacienta. Sestrou získané informace by měly odhalit individuální edukační potřeby. Ty je třeba jednoznačně pojmenovat a zaznamenat do edukační dokumentace, např. **snaha zlepšit management zdraví (00162)**. Informace mající subjektivní (získané od pacienta) nebo objektivní (získané měřením) charakter jsou získávány z primárních zdrojů od pacientů nebo sekundárních zdrojů od rodinných příslušníků, opatrovníků apod.

V následující **fázi projektování** probíhá naplánování cílů, metod, formy a obsahu edukace. Sestra připravuje edukační pomůcky a stanovuje časový rámec a způsob hodnocení edukace. Správně naplánované cíle pomáhají sestře ke správné edukaci pacienta. Proto je nutné vědět, jaké změny ve vědomostech, postojích, hodnotách a návycích je třeba u pacienta vytvořit. Existuje velké množství metod, které se k edukaci používají, nejčastěji jde o vysvětlování, instruktáž a praktické cvičení, rozhovor, diskuzi, přednášku, konzultaci, brainstorming, brainwriting, práci s textem či e-learning. Ke zvýšení efektivity edukace se využívá různých učebních pomůcek rozdělených do několika skupin a to na pomůcky textové (např. brožury, letáky), vizuální (např. fotografie, trenažéry), auditivní (např. záznam srdečních ozev, zvuková média pro zrakově postižené), audiovizuální (např. televizní pořady, výukové filmy) nebo počítačové programy a interaktivní učební programy na internetu (Juřeníková, 2010).

Třetí fáze pojmenovaná **fáze realizace edukačního procesu** je prováděna na základě zjištěných edukačních potřeb stanovených na podkladě vyhodnocení sběru informací o pacientovi. Realizace by měla vycházet z edukačního plánu a vše by mělo směřovat ke splnění cíle. Aby byla edukace úspěšná, je nutné zohlednit řadu faktorů,

kteřé ji mohou ovlivnit. Jedná se o faktory fyziologicko-biologické (např. věk, úroveň soběstačnosti, poruchy smyslového vnímání), faktory psychicko-duchovní (např. vlastnosti osobnosti, motivace, víra), dále faktory sociálně-kulturní (např. ekonomická situace, rodinné vztahy, vzdělání) a v neposlední řadě faktory prostředí (např. edukační prostředí a jeho vybavení). Kromě výše uvedených faktorů je, pro úspěšnou edukaci, nutné nepodcenit její přípravu. Ta se týká nejen sestřy, ale i pacienta. Je důležité, aby znal důvody, proč bude edukován a jaké cíle jsou očekávány. Zda projeví ochotu zapojit se do procesu edukace, je pouze na jeho rozhodnutí. Také je nutné mít na paměti, že se naplánovaná edukace nemusí uskutečnit a to z důvodu nepředvídatelných okolností (např. zhoršení zdravotního stavu pacienta). Další překážkou mohou být tzv. edukační překážky a to jak ze strany pacienta (např. Alzheimerova choroba, změna psychiky, jazyková bariéra, odlišné kulturní zvyky), tak i ze strany sestřy, která může trpět např. únavou, nedostatkem času, malou motivací, nedostatkem vědomostí a znalostí (Juřeniková, 2010).

Cílem čtvrté **fáze upevnění a prohlubování učiva** by mělo být uchování vědomostí v dlouhodobé paměti, protože 50 % osvojeného učiva je zapomenuto do druhého dne. Avšak tato fáze, určená k opakování nabytých vědomostí a jejich procvičování, je často opomíjena (Juřeniková, 2010).

Edukační proces uzavírá **fáze zpětné vazby**. Jedná se o hodnocení různé oblasti edukačního procesu. Nejčastěji se hodnotí výsledky a efekty, kterých bylo dosaženo, přičemž za výsledek jsou považovány změny, které vznikají na straně edukovaného pacienta a za efekt důsledky nebo účinky vyvolané edukací. Pro představu lze uvést dodržování režimových opatření po akutní cholecystitidě, které představuje edukační výsledek a edukačním efektem je snížený počet recidiv akutní cholecystitidy a tím i snížený počet opakovaně hospitalizovaných pacientů (Juřeniková, 2010).

Ke zjištění profesionální kvality edukace se uplatňuje **edukační standard**, který je jejím měřítkem, kritériem a dohodnutou normou závaznou pro všechny edukátory. Obsahuje téma edukace, charakteristiku standardu, cíl edukace, pro koho je standard závazný, dobu jeho platnosti, jak často bude standard kontrolován a kým a kritéria zaručující plnění standardu. Jedná se o kritéria struktury – kdo, pomocí jakých pomůcek, kde a kdy provede edukaci, zaznamenání edukace, dále o kritéria procesu – popis postupu edukace a o kritéria výsledku – jaký výsledek je očekáván (Juřeniková, 2010).

Plnění stanovených kritérií hodnotí **audit**, který je nedílnou součástí edukačního standardu. Hodnocení probíhá metodou pozorování (např. sestry při výkonu), kladením kontrolních otázek sestře i pacientovi, kontrolováním využití pomůcek, které jsou ve standardu uvedeny, vč. dokumentace. K vyhodnocení kritérií jsou použity odpovědi ANO-splnil, NE-nesplnil. Pokud je kritérium splněno, přidělují se body. Při nesplnění je kritérium bez bodu. Podle celkového počtu bodů je stanoven výsledek o plnění či neplnění standardu. Audit je označen názvem, obsahuje jména auditorů a kontrolované osoby vč. jejich podpisů (Juřeníková, 2010).

2.3.1 Role všeobecné sestry-edukátorky

Pro roli edukátorky je nutné, aby sestra měla potřebné vědomosti z ošetrovatelství a lékařství na vysoké úrovni. Nemale množství pacientů přichází do zdravotnického zařízení s informacemi o nemocech a léčbě zjištěných na internetu. Pokud má sestra deficit ve znalostech, ztrácí u takových pacientů na důvěryhodnosti. Další nezbytnou vlastností by měla být empatie a ochota nemocnému pomoci. Ujištění, že sestra chápe obavy a ví, že radikální změna životního stylu není jednoduchá, pacienta jistě povzbudí. Respektování osobnosti nemocného, zejména jeho etnicko-kulturní odlišnosti, intelektuální předpoklady a sociální postavení, by mělo být samozřejmostí. Také je důležitý smysl a cit pro předávání informací, které sestra provádí v rozsahu svých profesních kompetencí a činností (Svěráková, 2012).

Do **kompetencí sestry-edukátorky** spadají kompetence k vedení výuky (např. pedagogické, komunikační a jazykové vloh), osobnostní předpoklady (např. trpělivost, odpovědnost, empatie, ochota pomoci, vlídné chování). Samozřejmostí je celoživotní vzdělávání o oblasti ošetrovatelství, psychologie a pedagogiky (Svěráková, 2012).

Funkcí sestry-edukátorky je zjišťování znalostí a dovedností pacienta, poskytování nemocnému nebo jeho rodinným příslušníkům potřebné informace z ošetrovatelského procesu, dále rozvíjení pacientových dovedností směřujících ke zvládnutí zdravotního problému a v neposlední řadě také pomoci udržet optimální úroveň zdraví a motivovat ke změně chování a postojů k vlastnímu zdraví (Svěráková, 2012).

Z **konkrétních činností sestry-edukátorky** je třeba zmínit stanovení problému pacienta, který je třeba napravit, hodnocení schopností nemocného, poskytování informací, předvedení konkrétních způsobů k dosažení cíle, zjišťování pokroků, kterých pacient dosáhl a vyžadování zpětné vazby (Svěráková, 2012).

Pro zkvalitnění práce by sestra měla provádět sebereflexi (sebehodnocení). Ta ale vyžaduje určitou zralost osobnosti a upřímnost. I když sebereflexe nebude vždy příjemná, pomůže však v budoucnu vyvarovat se chyb (Juřeníková, 2010).

2.3.2 Edukace pacienta s akutní cholecystitidou

Sestra společně s lékařem upozorní pacienta před propuštěním ze zdravotnického zařízení do domácí péče na možnost opakování obtíží, které může sám nemocný oddálit dodržováním předepsané diety. Léčba výživou chudou na tuky je zaměřena na prevenci recidiv a zabránění vzniku obtížím a komplikacím, které cholelitiáza vyvolává. Velké množství tuku může vyvolat kontrakce žlučníku a tím následné vypuzení konkrementu, který může způsobit recidivu onemocnění. Nezanedbatelná je i informace o celoživotním dodržování diety z důvodu prevence vzniku cholelitiázy jako takové a vzniku obezity (Kasper, 2015; Šafránková, 2006).

Při onemocnění žlučníku je doporučována **dieta č. 4** (viz str. 20). Pacient opouštějící zdravotnické zařízení by si měl odnášet informace o pravidlech žlučnickové diety, technologických úpravách potravin, vhodných a nevhodných potravinách. Informace lze doplnit příkladem doporučeného jídelníčku (Svačina, 2008).

Mezi **pravidla diety č. 4** patří výběr netučných potravin, množství tuků na přípravu pokrmů a na pomazání by nemělo překročit 60 g na den, úprava i výběr potravin by měli být šetřícího charakteru, k zajištění dostatečného množství vitamínů a minerálů by měla být volena pestrá strava, samozřejmě je nesmažit. Za vhodné je považováno pravidelné stravování 5x denně, kdy poslední jídlo by mělo být 2-3 hodiny před spaním. Dále je vhodné jídlo dobře rozkousat a jíst bez stresu a v klidu (Svačina, 2008).

Z **technologických úprav** se doporučuje maso dusit, vařit, možno i v mikrovlnné troubě. Pro lepší barvu a chuť jej lze nejprve opéct na sucho, pak podlít vodou a dále upravovat. Cibulový základ ani olej není doporučován. Omáčky se nezahušťují jíškou, ale na sucho opraženou moukou nebo zálivkou připravenou z vody a mouky. Při

grilování a vysmažování masových šťáv dochází k přepalování tuků a vzniku dráždivých látek, proto jsou tyto tepelné úpravy také nevhodné. Malé množství tuku (do 10 g na porci) másla nebo kvalitního oleje lze akceptovat, pokud se přidají až do hotových pokrmů (Svačina, 2008).

Přehled **vhodných a nevhodných potravin** týkající se žlučnickové diety podle Svačiny (2008) obsahuje Příloha C. Příkladový **jídelníček** podle Svačiny (2008) nabízí Příloha D.

Kromě dietních opatření v prevenci nového relapsu onemocnění se doporučuje tělesné šetření. Je třeba vyvarovat se zvýšené námahy (např. mytí oken) a všech činností prováděných v předklonu, aby nedocházelo ke stlačování žlučníku (Šafránková, 2006).

Obecně však v rámci optimálního fungování lidského těla, zachování zdraví a zamezení onemocnění je třeba pacienty vést k pravidelné pohybové aktivitě. Podle WHO je dospělým osobám ve věku od 18 do 65 let doporučována pohybová aktivita střední intenzity 5x týdně po 30 minutách minimálně. Za vhodný pohyb je považována mírná, lehká chůze (procházka), při které je možné ujit 3 500 kroků během 30 minut. Vyloučena není ani středně intenzivní chůze, která by vyžadovala asi 4 000 kroků (Pokyny EU pro pohybovou aktivitu, 2008).

Vhodným pohybovým aktivitám je připisována neméně důležitá role v boji proti stresu. Obecně je známo, že stres škodí. Zejména stresu dlouhodobému jsou připisovány negativní dopady, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, deprese a vyhoření. Také je spojován s pomalejším uzdravováním, infekcemi a zhoršeným hojením ran. Proto v edukaci pacientů mají informace o stresu a jeho vlivu na zdraví své místo (Ayers, 2015).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle

1. Zjistit informovanost pacientů o akutní cholecystitidě.
2. Zjistit informovanost pacientů o dodržování režimových opatření po akutní cholecystitidě.
3. Vytvořit edukační standard pro všeobecné sestry.

3.2 Výzkumné předpoklady

1. Předpokládáme, že 65 % a více pacientů je informováno o akutní cholecystitidě.
2. a) Předpokládáme, že 75 % a více pacientů je informováno o dodržování dietních opatřeních po akutní cholecystitidě.
b) Předpokládáme, že 20 % a více pacientů je informováno o dodržování pohybového režimu po akutní cholecystitidě.

Procentuální hodnoty byly upřesněny na základě výsledků z provedeného předvýzkumu.

3.3 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce byla provedena kvantitativní metodou, konkrétně pomocí dotazníku vlastní konstrukce (Příloha E), který byl zcela dobrovolný a anonymní. Dotazník obsahoval celkem 26 otázek, z nichž 11 bylo uzavřených (otázky č. 1, 2, 3, 4, 6, 14, 15, 16, 17, 18 a 24), 10 polootevřených (otázky č. 5, 7, 8, 9, 10, 11, a 19, 20, 21, 22) a 5 otevřených (otázky č. 12, 13, 23, 25 a 26). Z celkového počtu otázek byly 2 otázky demografického charakteru. Výzkum byl uskutečněn se souhlasu vedoucího bakalářské práce, vedoucích pracovníků odborných zařízení a vedoucích

pracovníků oddělení, kde byl výzkum prováděn a kteří tento souhlas udělili svými podpisy v Protokolu k provádění výzkumu (Příloha F).

V rámci výzkumu byl proveden předvýzkum určený k upřesnění procentuálních hodnot stanovených předpokladů (Příloha G). Předvýzkum byl zahájen dne 9. 1. 2017 a ukončen dne 28. 1. 2017 na chirurgickém oddělení Oblastní nemocnice Trutnov a.s. V tomto období bylo rozdáno celkem 10 dotazníků, jejichž návratnost byla 100 % a všechny byly řádně vyplněné.

Vlastní výzkum se uskutečnil v období od 1. 2. 2017 do 30. 4. 2017 na chirurgickém a interním oddělení Oblastní nemocnice Trutnov a.s. a na chirurgickém a interním oddělení Oblastní nemocnice Jičín a.s. Zde byli dotazováni pacienti, muži i ženy starší 18 let, hospitalizovaní s akutní cholecystitidou, u kterých došlo ke zmírnění nebo odeznění akutních obtíží. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků, přičemž se zpět vrátilo 57. Návratnost dotazníku tedy činí 81,4 %. Z navrácených dotazníků jich muselo být 5 vyloučeno z důvodu neúplného vyplnění. Správné odpovědi pro zhodnocení dotazníkových položek byly stanoveny na základě odborné literatury. U některých dotazníkových položek byla stanovena kritéria, která jsou vyspecifikována v jejich jednotlivých analýzách.

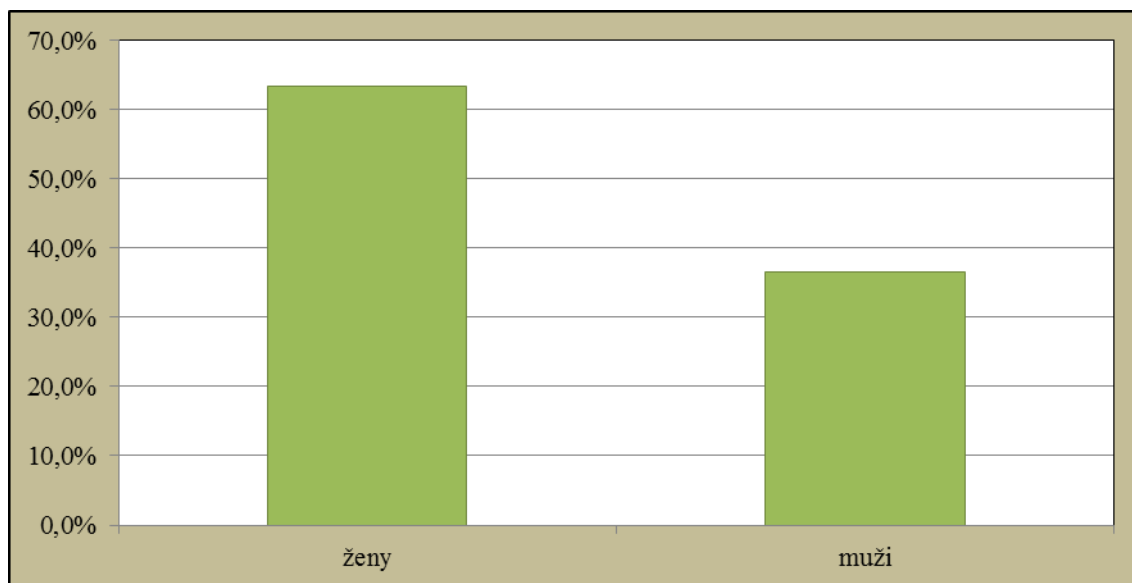
3.4 Analýza výzkumu

Data byla zpracována a vyhodnocena v programech Microsoft® Office Word 2010 a Microsoft® Office Excel 2010 do tabulek a grafů. V tabulkách uváděná hodnota n_i označuje absolutní četnost a hodnota f_i četnost relativní udávanou v procentech a zaokrouhlenou na jedno desetinné místo. Správné odpovědi jsou zvýrazněny odlišnou barvou písma. Grafy znázorňují relativní četnost. Analýza jednotlivých dotazníkových položek je uvedena pod příslušnými grafy.

Analýza dotazníkové položky č. 1

Tab. 1 Pohlaví respondentů

Otázka č. 1	n _i	f _i
ženy	33	63,5%
muži	19	36,5%
Celkem	52	100,0%



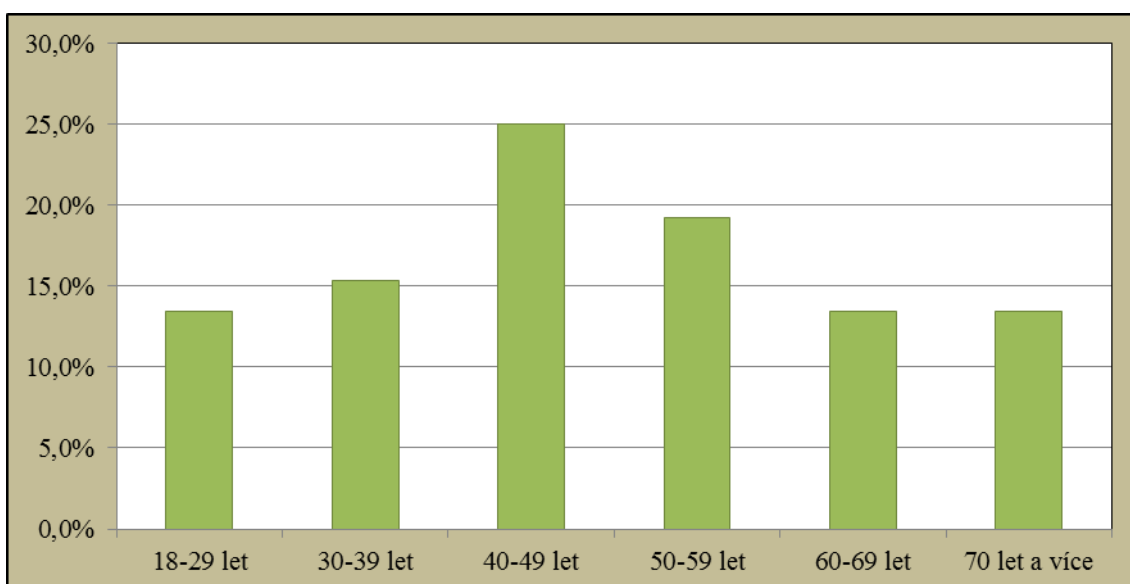
Graf 1 Pohlaví respondentů

Dotazníková položka č. 1 byla zaměřena na pohlaví respondentů. Z výsledků vyplývá, že se výzkumného šetření zúčastnilo 33 žen (63,5 %) a 19 mužů (36,5 %).

Analýza dotazníkové položky č. 2

Tab. 2 Věk respondentů

Otázka č. 2	n _i	f _i
19-29 let	7	13,5%
30-39 let	8	15,3%
40-49 let	13	25,0%
50-59 let	10	19,2%
60-69 let	7	13,5%
70 let a více	7	13,5%
Celkem	52	100,0%



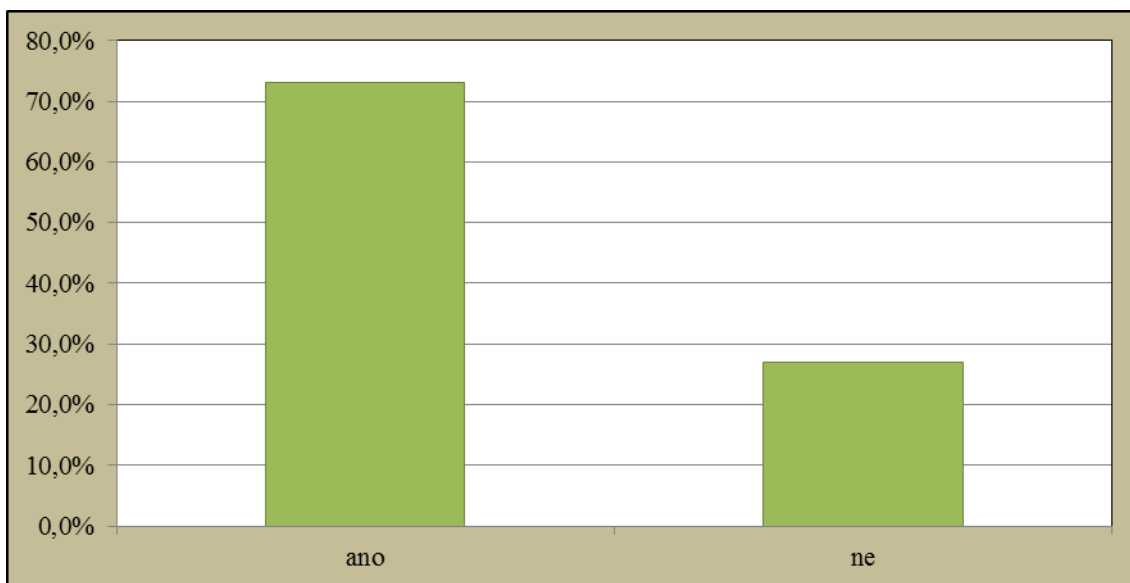
Graf 2 Věk respondentů

Dotazníková položka č. 2 byla zaměřena na věk respondentů. Z výsledků vyplývá, že se výzkumného šetření zúčastnilo 7 respondentů (13,5 %) ve věkové skupině 18-29 let. Ve věkové skupině 30-39 let to bylo 8 respondentů (15,3 %), ve skupině 40-49 let 13 respondentů (25 %), ve skupině 50-59 let 10 respondentů (19,2 %), ve skupině 60-69 let 7 respondentů (13,5 %) a v poslední skupině 70 let a více bylo 7 respondentů (13,5 %).

Analýza dotazníkové položky č. 3

Tab. 3 První onemocnění akutní cholecystitidou

Otázka č. 3	n _i	f _i
ano	38	73,1%
ne	14	26,9%
Celkem	52	100,0%



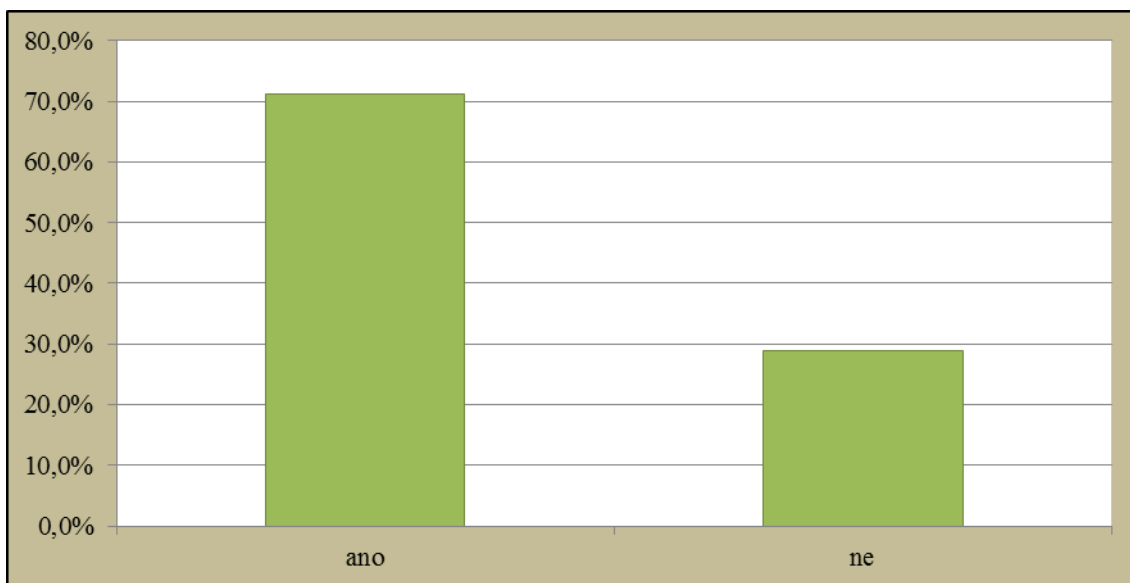
Graf 3 První onemocnění akutní cholecystitidou

Dotazníková položka č. 3 zjišťovala, zda hospitalizovaní pacienti onemocněli akutní cholecystitidou poprvé či nikoli. Z výsledků vyplývá, že 38 respondentů (73,1 %) onemocnělo poprvé a 14 respondentů (26,9 %) již onemocnění prodělalo.

Analýza dotazníkové položky č. 4

Tab. 4 Výskyt onemocnění v okolí respondentů

Otázka č. 4	n	f
ano	37	71,2%
ne	15	28,8%
Celkem	52	100,0%



Graf 4 Výskyt onemocnění v okolí respondentů

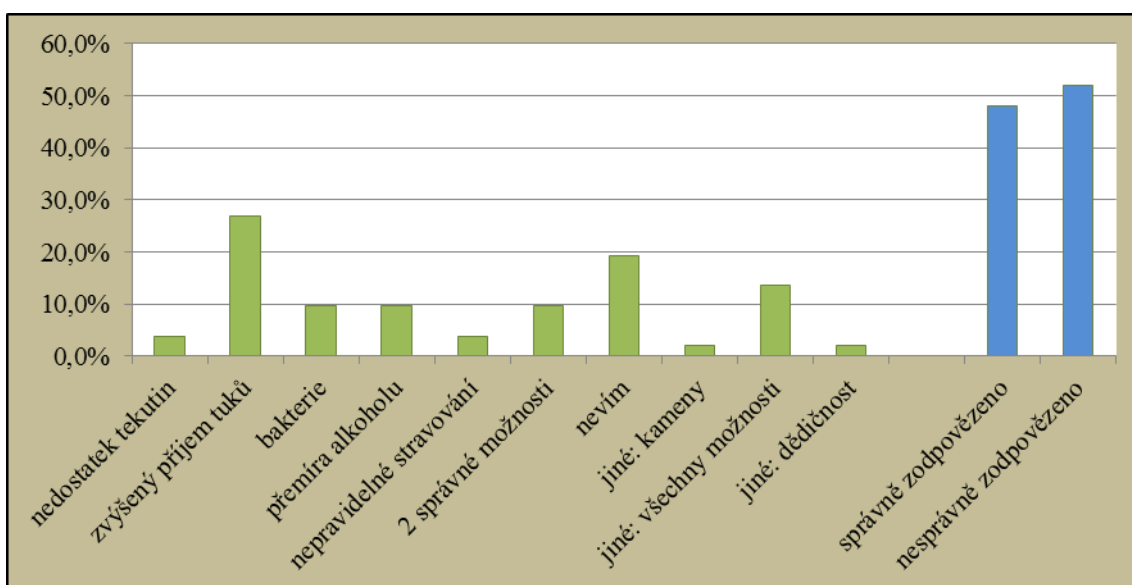
Dotazníková položka č. 4 zjišťovala, zda se respondenti s onemocněním setkali u někoho ve svém okolí. Z výsledků vyplývá, že 37 respondentů (71,2 %) se již u někoho ve svém okolí s onemocněním setkalo a zbylých 15 respondentů (28,8 %) nikoli.

Analýza dotazníkové položky č. 5

Tab. 5 Příčiny zánětu žlučníku

Otázka č. 5	n	f
nedostatek tekutin	2	3,9%
zvýšený příjem tuků	14	26,9%
bakterie	5	9,6%
přemíra alkoholu	5	9,6%
nepravidelné stravování	2	3,9%
2 správné odpovědi	5	9,6%
nevím	10	19,2%
jiné: kameny	1	1,9%
jiné: všechny možnosti	7	13,5%
jiné: dědičnost	1	1,9%
Celkem	52	100,0%

správně zodpovězeno	25	48,1%
nesprávně zodpovězeno	27	51,9%



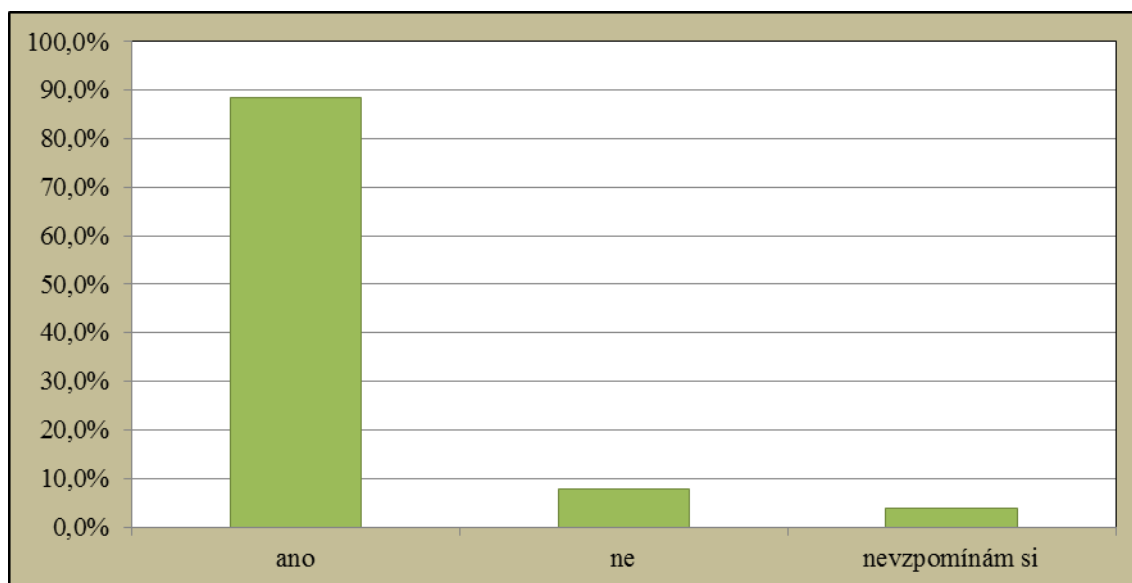
Graf 5 Příčiny zánětu žlučníku

Dotazníková položka č. 5 zkoumala vědomosti respondentů v oblasti příčin vzniku akutní cholecystitidy. Kritériem pro vyhodnocení této dotazníkové položky jako správně zodpovězené bylo stanovení alespoň jedné správné odpovědi. 2 respondenti (3,9 %) se domnívají, že onemocnění způsobuje nedostatek tekutin. 14 respondentů (26,9 %) uvedlo zvýšený příjem tuků a 5 respondentů (9,6 %) bakterie. Že za vznik onemocnění může přemíra alkoholu si myslí 5 respondentů (9,6 %). Nepravidelné stravování uvádějí 2 respondenti (3,9 %). Dvě správné možnosti, tedy zvýšený příjem tuků a bakterie, označilo 5 respondentů (9,6 %) a 10 dotázaných (19,2%) neví, co je příčinou onemocnění. Kameny uvedl 1 respondent (1,9 %), všechny nabízené možnosti 7 dotázaných (13,5 %) a dědičnost jako možnou příčinu vzniku onemocnění 1 respondent (1,9 %).

Analýza dotazníkové položky č. 6

Tab. 6 Povědomí o žlučových kamenech

Otázka č. 6	n _i	f _i
ano	46	88,5%
ne	4	7,7%
nevzpomínám si	2	3,8%
Celkem	52	100,0%



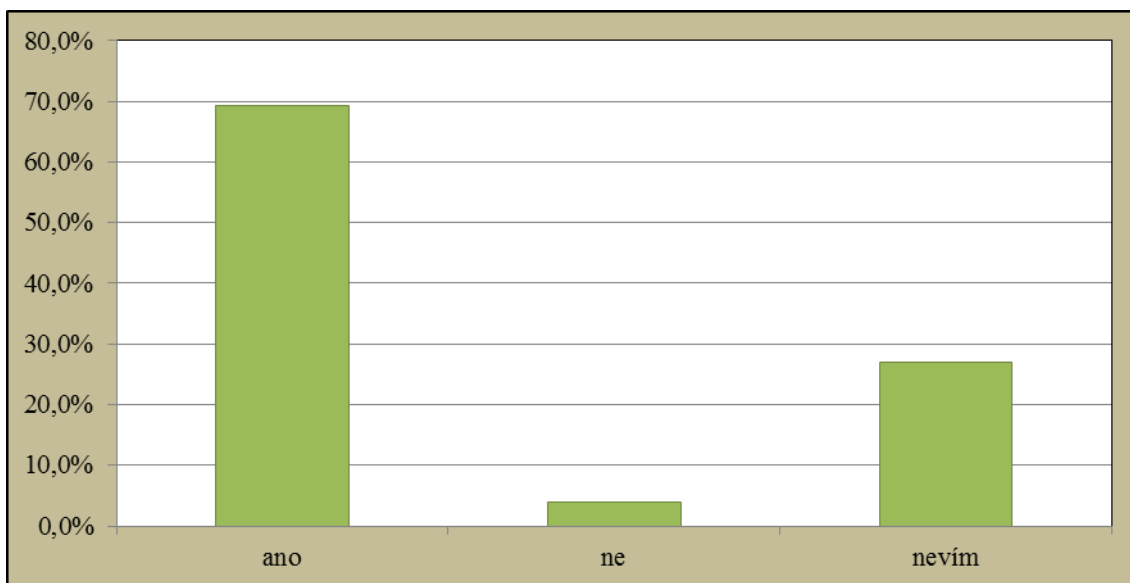
Graf 6 Povědomí o žlučových kamenech

Dotazníková položka č. 6 zjišťovala, zda respondenti slyšeli o žlučových kamenech. Z výsledků šetření je zřejmé, že 46 dotázaných (88,5 %) o kamenech povědomí má. 4 respondenti (7,7 %) uvedli, že o kamenech neslyšeli a zbylí 2 respondenti (3,8 %) si nevzpomínají.

Analýza dotazníkové položky č. 7

Tab. 7 Povědomí o souvislosti mezi kameny a zánětem žlučníku

Otázka č. 7	n _i	f _i
ano	36	69,3%
ne	2	3,8%
nevím	14	26,9%
Celkem	52	100,0%



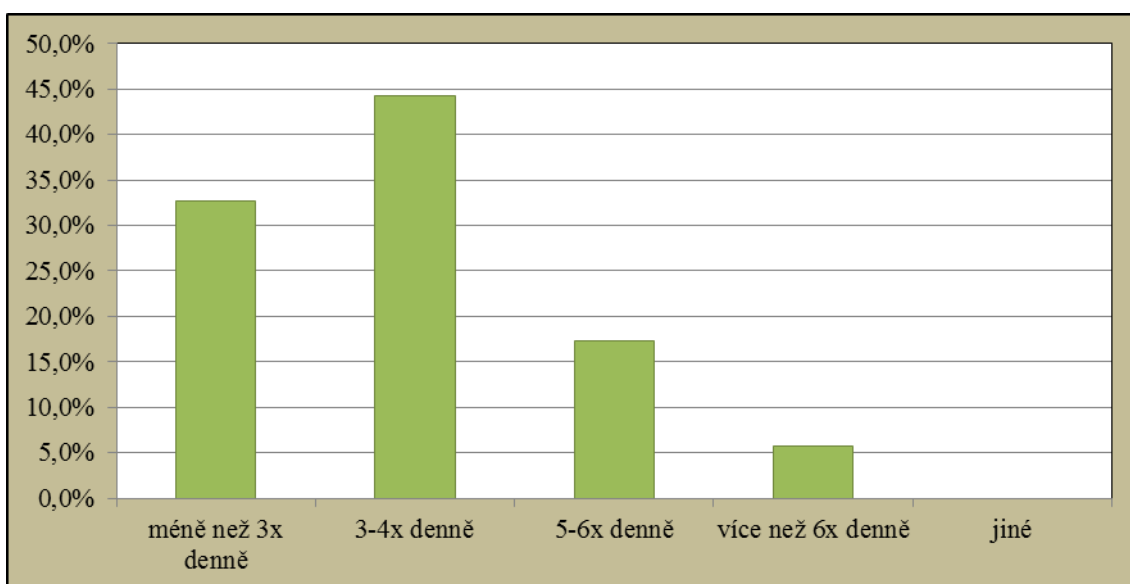
Graf 7 Povědomí o souvislosti mezi kameny a zánětem žlučníku

Dotazníková položka č. 7 zjišťovala, jestli respondenti vědí o souvislosti mezi žlučovými kameny a akutním zánětem žlučníku. Výsledky šetření ukazují, že 36 dotázaných (69,3 %) ví o souvislosti mezi kameny a zánětem, 2 dotázaní (3,8 %) se domnívají, že souvislost není a 14 respondentů (26,9 %) uvedlo, že neví.

Analýza dotazníkové položky č. 8

Tab. 8 Stravování během dne

Otázka č. 8	n _i	f _i
méně než 3x denně	17	32,7%
3-4x denně	23	44,2%
5-6x denně	9	17,3%
více než 6x denně	3	5,8%
jiné	0	0,0%
Celkem	52	100,0%



Graf 8 Stravování během dne

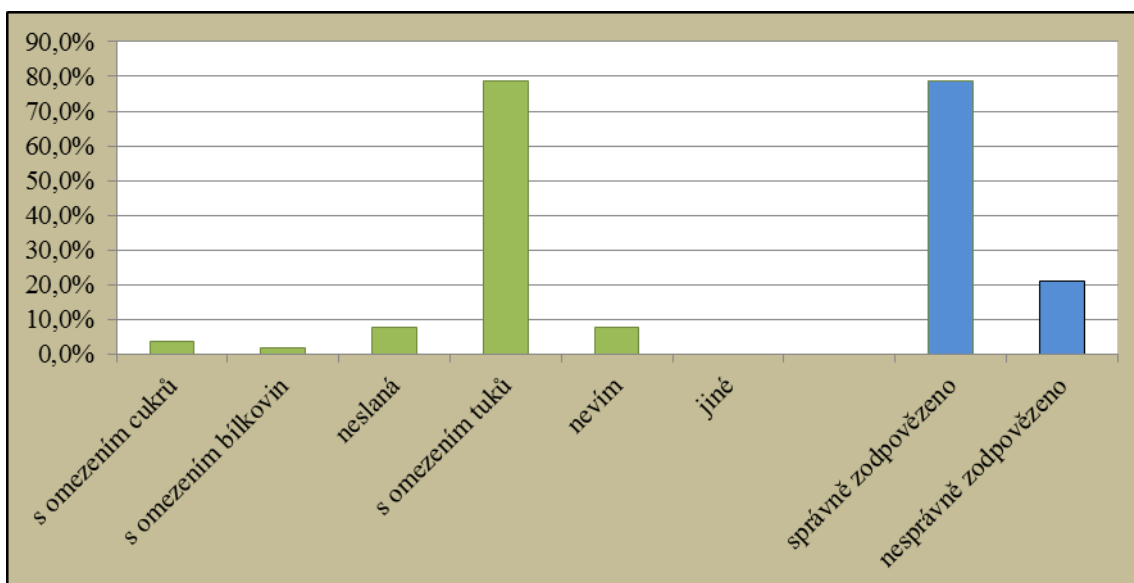
Dotazníková položka č. 8 zkoumala, kolikrát denně se respondenti stravovali před vypuknutím onemocnění. Z výzkumného šetření vyplývá následující: 17 respondentů (32,7 %) se stravovalo méně než 3x denně. Stravu 3-4x denně uvedlo 23 dotázaných (44,2 %). Nejvhodněji, tedy 5-6x denně, se stravovalo 9 respondentů (17,3 %). Příjem stravy více než 6x za den uvedli 3 respondenti (5,8 %). Možnosti uvést jinou hodnotu nevyužil žádný z dotázaných (0,0 %).

Analýza dotazníkové položky č. 9

Tab. 9 Vhodná dieta při onemocnění žlučníku

Otázka č. 9	n	f
s omezením cukrů	2	3,8%
s omezením bílkovin	1	1,9%
neslaná	4	7,7%
s omezením tuků	41	78,9%
nevím	4	7,7%
jiné	0	0,0%
Celkem	52	100,0%

správně zodpovězeno	41	78,8%
nesprávně zodpovězeno	11	21,2%



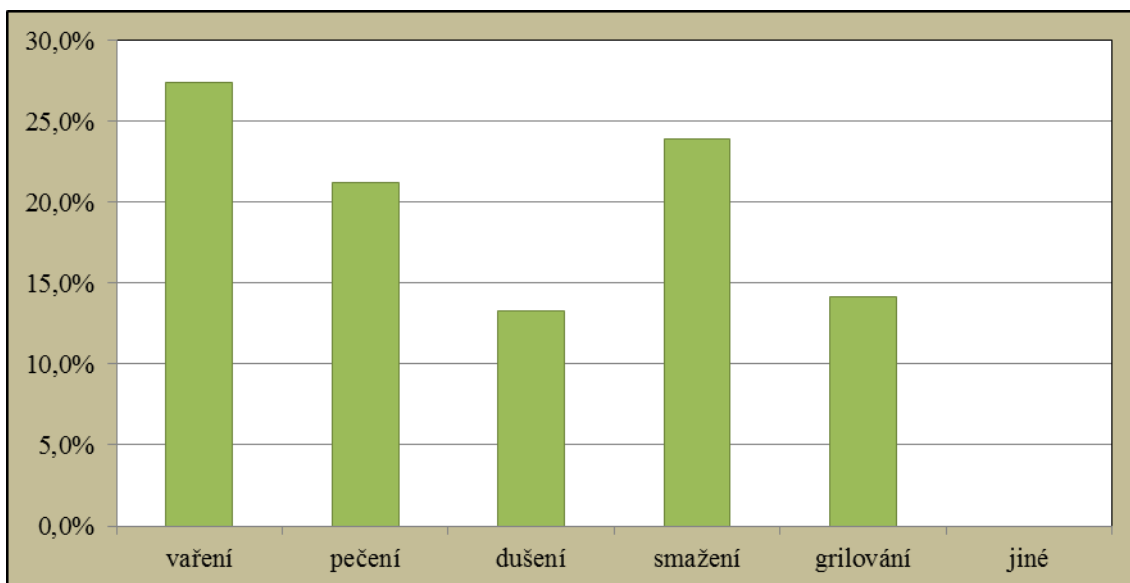
Graf 9 Vhodná dieta při onemocnění žlučníku

Dotazníková položka č. 9 prověřovala vědomosti respondentů o nejvhodnější dietě doporučované u onemocnění žlučníku. Výsledky šetření ukazují, že dietu s omezením cukrů uvedli 2 dotázaní (3,8 %), s omezením bílkovin 1 dotázaný (1,9 %) a neslanou dietu 4 respondenti (7,7 %). Doporučovanou dietu s omezením tuků označilo 41 respondentů (78,9 %). O vhodné dietě nevěděli 4 dotázaní (7,7 %) a možnosti uvést jinou dietu nevyužil žádný z dotázaných (0,0 %).

Analýza dotazníkové položky č. 10

Tab. 10 Používané úpravy potravin

Otázka č. 10	n	f
vaření	31	27,4%
pečení	24	21,2%
dušení	15	13,3%
smažení	27	23,9%
grilování	16	14,2%
jiné	0	0,0%
Celkem	113	100,0%



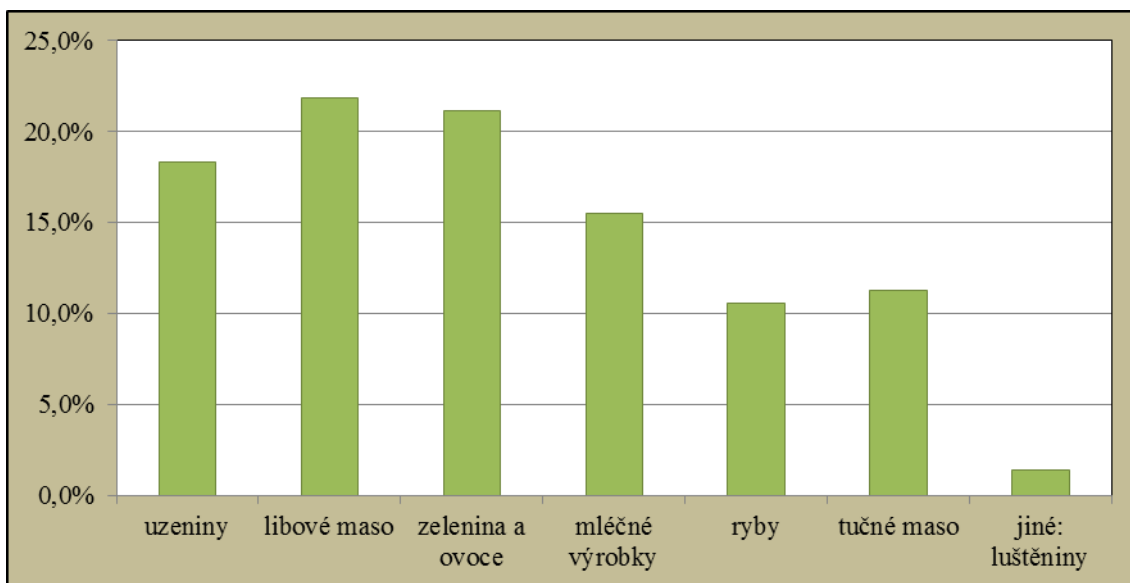
Graf 10 Používané úpravy potravin

Pomocí dotazníkové položky č. 10 se zjišťovaly nejčastěji používané tepelné úpravy potravin. Respondenti mohli uvést několik možností úprav potravin. Vaření používá 31 respondentů (27,4 %), pečení pak 24 dotázaných (21,2 %), dušení používá 15 dotázaných (13,3 %), smažení 27 respondentů (23,9 %) a grilováním upravuje potraviny 16 dotázaných (14,2 %). Možnost jiných úprav nevyužil žádný z dotázaných (0,0 %).

Analýza dotazníkové položky č. 11

Tab. 11 Nejčastěji používané potraviny

Otázka č. 11	n _i	f _i
uzeniny	26	18,3%
libové maso	31	21,8%
zelenina a ovoce	30	21,1%
mléčné výrobky	22	15,5%
ryby	15	10,6%
tučné maso	16	11,3%
jiné: luštěniny	2	1,4%
Celkem	142	100,0%



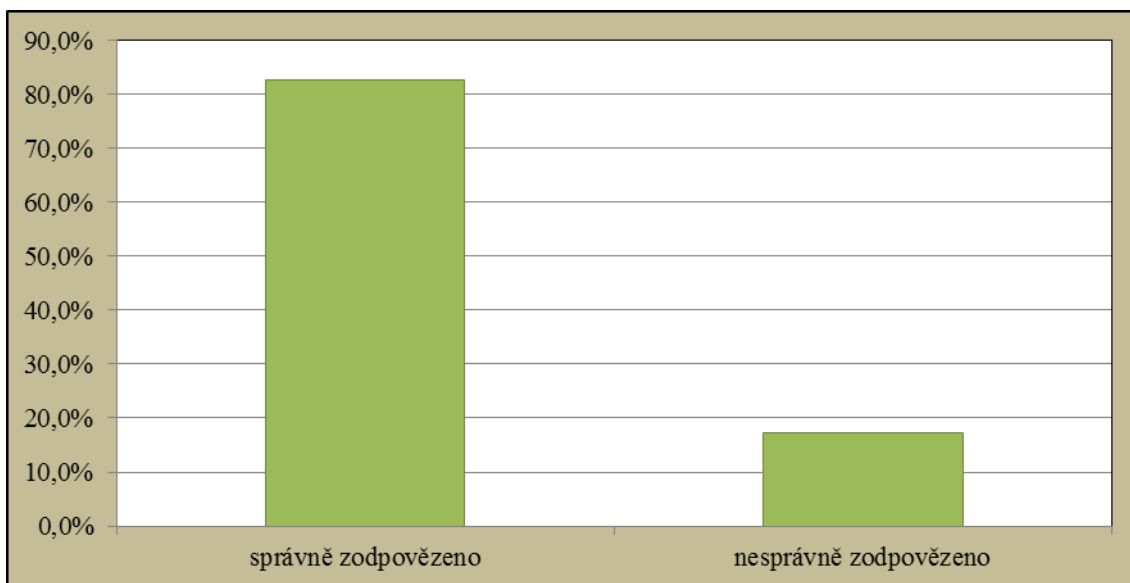
Graf 11 Nejčastěji používané potraviny

Dotazníkovou položkou č. 11 se zjišťovaly v kuchyních nejčastěji používané produkty, kdy respondenti měli možnost uvést několik druhů potravin. 26 dotázaných (18,3 %) používá uzeniny, libové maso 31 respondentů (21,8 %), zeleninu a ovoce 30 dotázaných (21,1 %), mléčné výrobky používá 22 respondentů (15,5 %), ryby uvedlo 15 dotázaných (10,6 %) a tučné maso 16 (11,3 %). 2 respondenti (1,4 %) využili možnosti jiné a uvedli luštěniny.

Analýza dotazníkové položky č. 12

Tab. 12 Nevhodné potraviny při žlučnickové dietě

Otázka č. 12	n _i	f _i
správně zodpovězeno	43	82,7%
nesprávně zodpovězeno	9	17,3%
Celkem	52	100,0%



Graf 12 Nevhodné potraviny při žlučnickové dietě

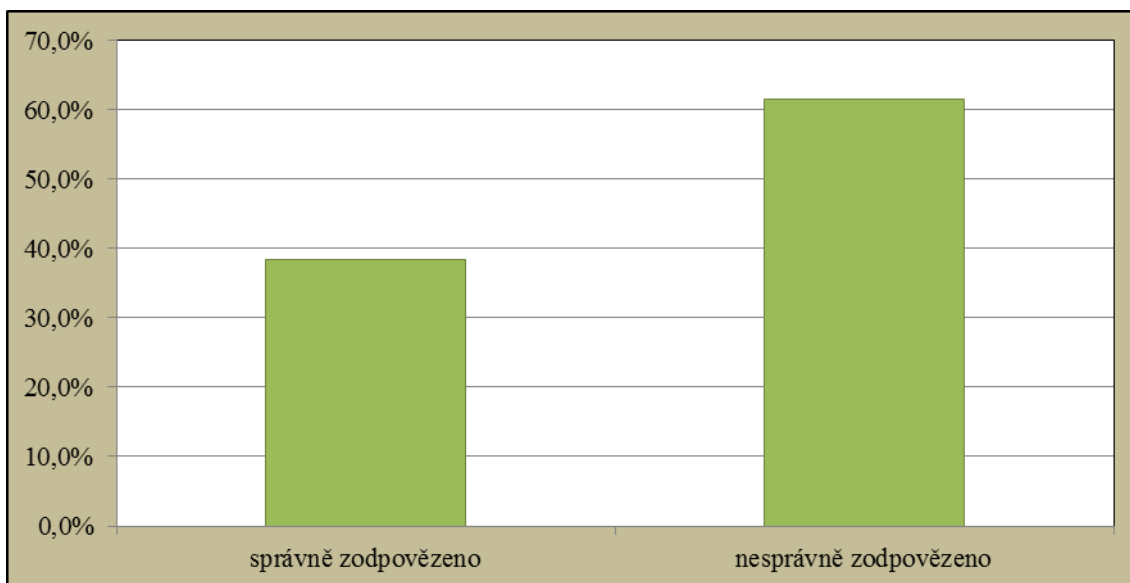
Dotazníková položka č. 12 zkoumala povědomí respondentů o nevhodných potravinách při žlučnickové dietě. Nevhodné potraviny správně uvedlo 43 dotázaných (82,7 %). Nesprávně odpovědělo 9 dotázaných (17,3 %).

Kritériem pro vyhodnocení této dotazníkové položky jako správně zodpovězené bylo stanovené vypsaní čtyř a více nevhodných potravin při žlučnickové dietě (Příloha 3).

Analýza dotazníkové položky č. 13

Tab. 13 Nevhodné nápoje při žlučnickové dietě

Otázka č. 13	n_i	f_i
správně zodpovězeno	20	38,5%
nesprávně zodpovězeno	32	61,5%
Celkem	52	100,0%



Graf 13 Nevhodné nápoje při žlučnickové dietě

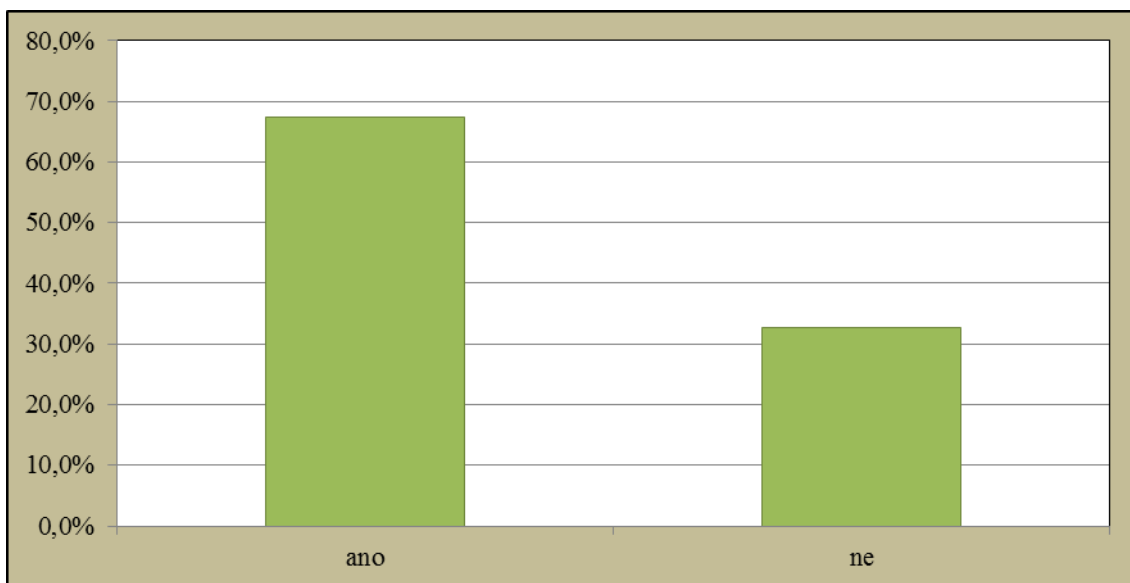
Dotazníková položka č. 13 zkoumala povědomí respondentů o nevhodných nápojích při žlučnickové dietě. Nevhodné nápoje správně uvedlo 20 dotázaných (38,5 %). Nesprávně odpovědělo 32 dotázaných (61,5 %).

Kritériem pro vyhodnocení této dotazníkové položky jako správně zodpovězené bylo stanoveno vypsání čtyř a více nevhodných nápojů při žlučnickové dietě (Příloha 3).

Analýza dotazníkové položky č. 14

Tab. 14 Poučení o vhodné dietě během hospitalizace

Otázka č. 14	n _i	f _i
ano	35	67,3%
ne	17	32,7%
Celkem	52	100,0%



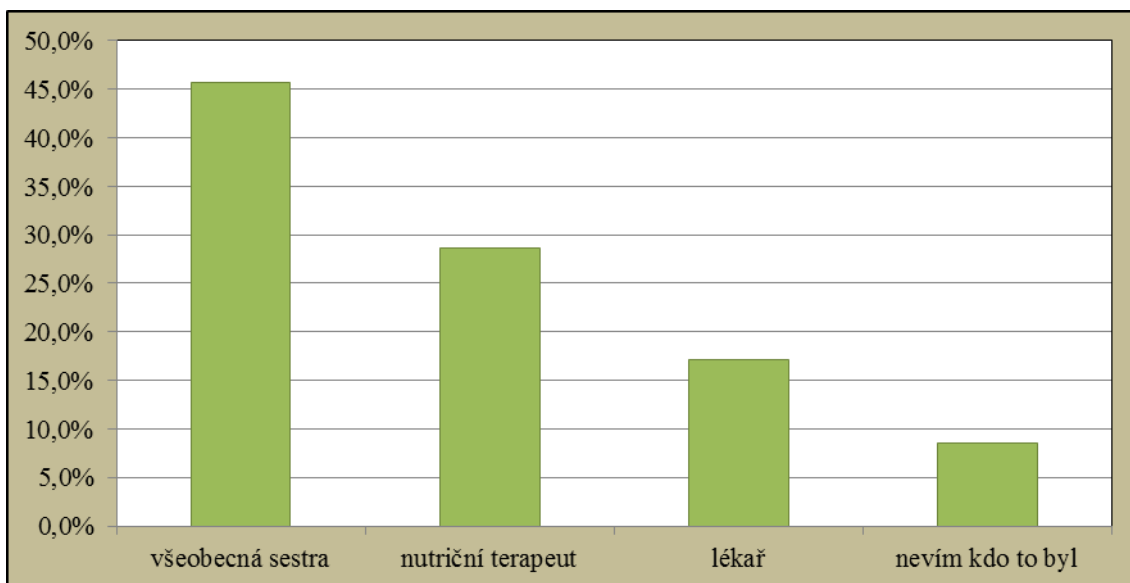
Graf 14 Poučení o vhodné dietě během hospitalizace

Dotazníková položka č. 14 zjišťovala, zda již byli respondenti během hospitalizace poučeni o vhodné dietě při akutní cholecystitidě. Z výsledků je zřejmé, že 35 respondentů (67,3 %) bylo o dietě poučeno a zbylých 17 dotázaných (32,7 %) nebylo. Respondenti, kteří poučení nebyli, nevyplňovali dotazníkové položky č. 15-18.

Analýza dotazníkové položky č. 15

Tab. 15 Edukátor

Otázka č. 15	n _i	f _i
všeobecná sestra	16	45,7%
nutriční terapeut	10	28,6%
lékař	6	17,1%
nevím kdo to byl	3	8,6%
Celkem	35	100,0%



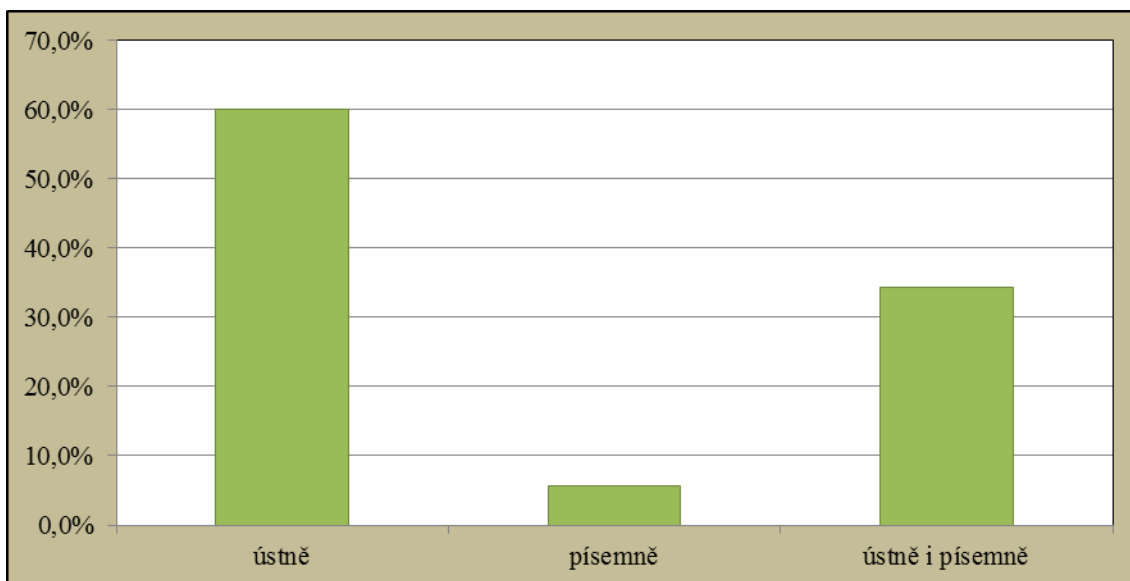
Graf 15 Edukátor

V dotazníkové položce č. 15 respondenti uváděli, kdo je o vhodné dietě během hospitalizace poučil. Z výzkumného šetření vyplývá, že 16 dotázaných (45,7 %) poučila všeobecná sestra, dalších 10 respondentů (28,6 %) poučil nutriční terapeut a od lékaře získalo potřebné informace 6 respondentů (17,1 %). 3 dotázaní (8,6 %) neví, kdo je poučil.

Analýza dotazníkové položky č. 16

Tab. 16 Forma edukace

Otázka č. 16	n _i	f _i
ústně	21	60,0%
písemně	2	5,7%
ústně i písemně	12	34,3%
Celkem	35	100,0%



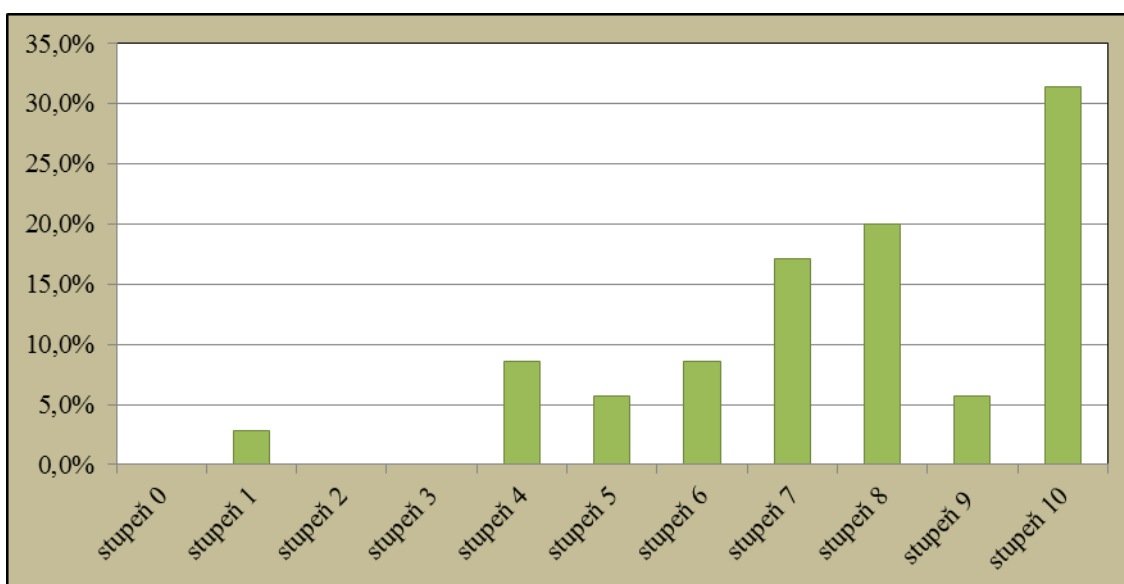
Graf 16 Forma edukace

Dotazníková položka č. 16 zjišťovala, jakou formou edukace probíhala. Ústně bylo poučeno 21 respondentů (60,0 %), písemnou formu edukace obdrželi 2 respondenti (5,7 %) a 12 dotázaných (34,3 %) získalo ústní i písemnou formu poučení.

Analýza dotazníkové položky č. 17

Tab. 17 Hodnocení srozumitelnosti edukace

Otázka č. 17	n _i	f _i
stupeň 0	0	0,0%
stupeň 1	1	2,9%
stupeň 2	0	0,0%
stupeň 3	0	0,0%
stupeň 4	3	8,6%
stupeň 5	2	5,7%
stupeň 6	3	8,6%
stupeň 7	6	17,1%
stupeň 8	7	20,0%
stupeň 9	2	5,7%
stupeň 10	11	31,4%
Celkem	35	100,0%



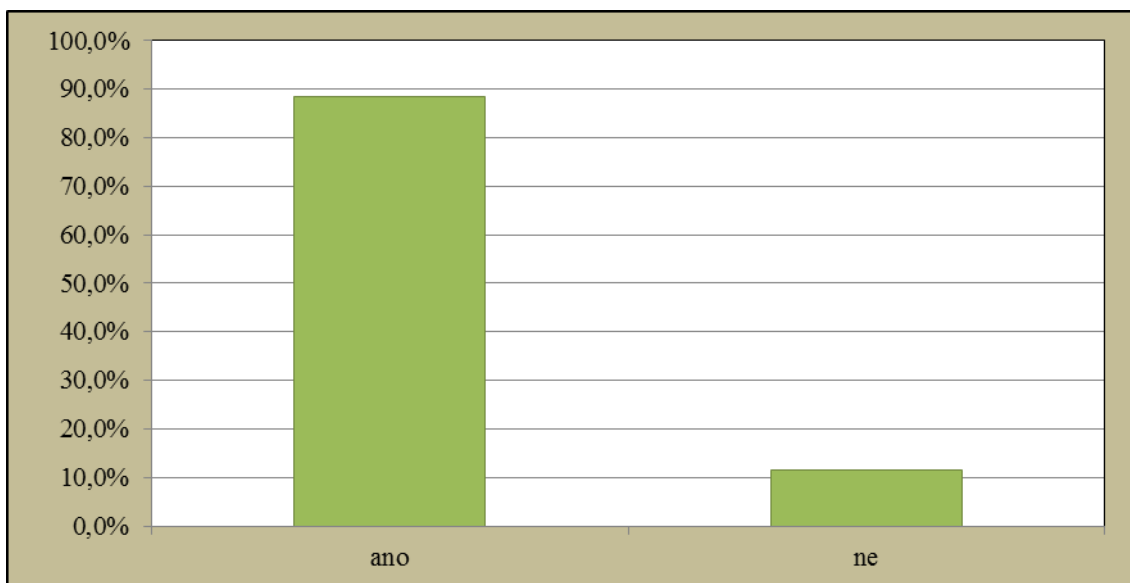
Graf 17 Hodnocení srozumitelnosti edukace

V dotazníkové položce č. 17 respondenti hodnotili pomocí stupnice od 0 do 10 srozumitelnost poskytnutého poučení o dietě, kdy stupeň 0 značil zcela nesrozumitelné poučení a naopak stupeň 10 poučení zcela srozumitelné. Výsledky šetření jsou následující: stupeň 0 neoznačil nikdo (0,0 %), stupeň 1 uvedl 1 respondent (2,9 %), stupeň 2 také nikdo (0,0 %), stejně tak stupeň 3 (0,0 %). Stupeň 4 uvedli 3 respondenti (8,6 %), stupeň 5 označili 2 dotázaní (5,7 %) a stupeň 6 uvedli 3 dotázaní (8,6 %). Dále 6 respondentů (17,1 %) zvolilo stupeň 7, dalších 7 dotázaných (20,0 %) označilo stupeň 8 a 2 respondenti (5,7 %) stupeň 9. Zcela srozumitelné poučení uvedlo 11 respondentů (31,4 %).

Analýza dotazníkové položky č. 18

Tab. 18 Možnost získat informace o dietě

Otázka č. 18	n _i	f _i
ano	31	88,6%
ne	4	11,4%
Celkem	35	100,0%



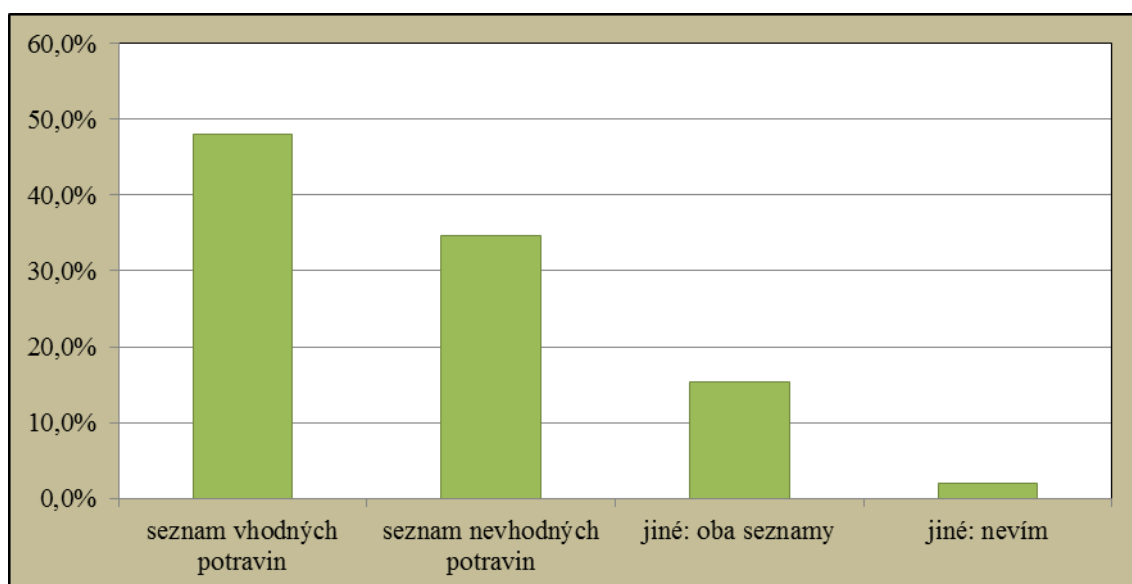
Graf 18 Možnost získat informace o dietě

V dotazníkové položce č. 18 respondenti uváděli, zda měli možnost zeptat se na informace, které je zajímaly v oblasti dietních opatření. Kladnou odpověď uvedlo 31 respondentů (88,6 %) a záporně odpověděli 4 respondenti (11,4 %).

Analýza dotazníkové položky č. 19

Tab. 19 Typ edukačního materiálu v oblasti dietních opatření

Otázka č. 19	n	f
seznam vhodných potravin	25	48,1%
seznam nevhodných potravin	18	34,6%
jiné: oba seznamy	8	15,4%
jiné: nevím	1	1,9%
Celkem	52	100,0%



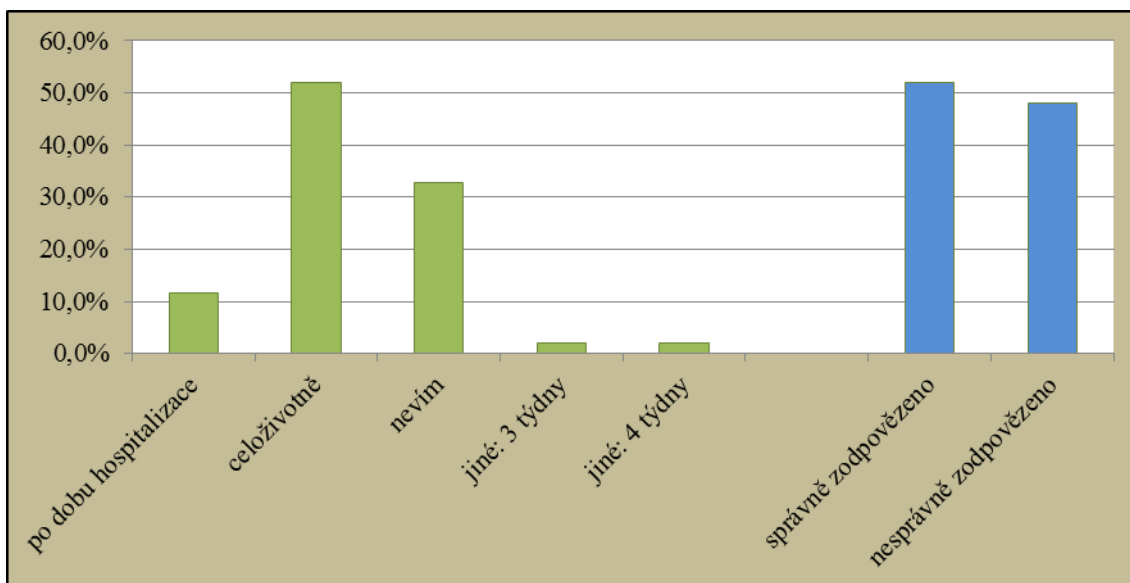
Graf 19 Typ edukačního materiálu v oblasti dietních opatření

Dotazníková položka č. 19 zkoumala, jaký edukační materiál v oblasti dietních opatření by byl pro respondenty nejpřínosnější. Výzkumné šetření ukazuje, že 25 respondentů (48,1 %) mělo zájem o seznam vhodných potravin. Seznam nevhodných potravin by uvítalo 18 respondentů (34,6 %). Oba seznamy v možnosti jiné uvedlo 8 dotázaných (15,4 %) a 1 respondent (1,9 %) uvedl možnost nevím.

Analýza dotazníkové položky č. 20

Tab. 20 Doba dodržování diety

Otázka č. 20	n	f
po dobu hospitalizace	6	11,5%
celoživotně	27	51,9%
nevím	17	32,7%
jiné: 3 týdny	1	1,9%
jiné: 4 týdny	1	1,9%
Celkem	52	100,0%
správně zodpovězeno	27	51,9%
nesprávně zodpovězeno	25	48,1%



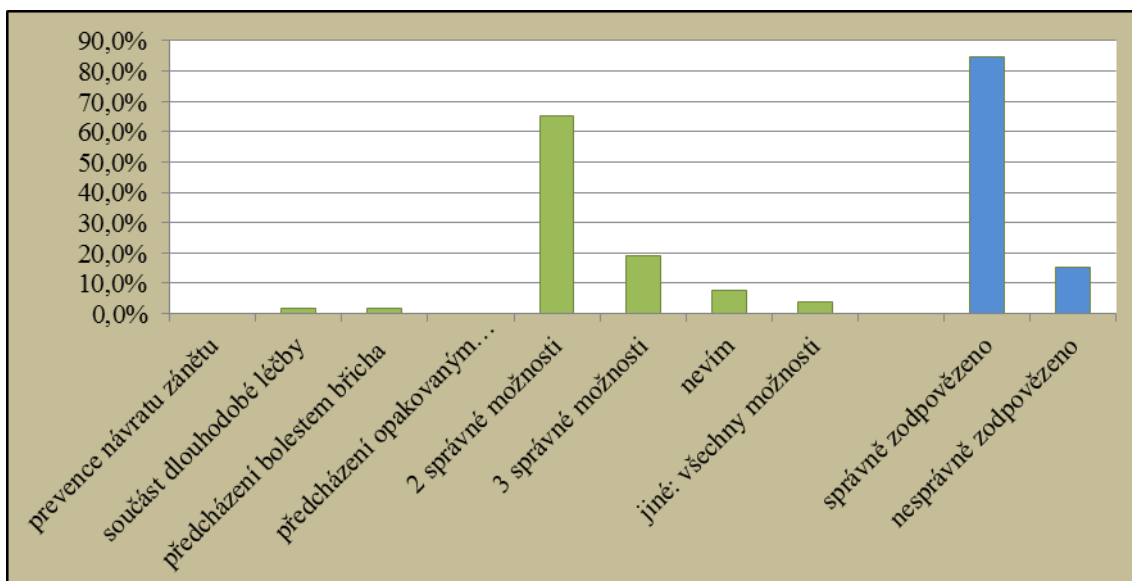
Graf 20 Doba dodržování diety

Dotazníková položka č. 20 zkoumala povědomí respondentů o době, po kterou je vhodné dodržovat žlučnickovou dietu. 6 respondentů (11,5 %) uvedlo po dobu hospitalizace. Celoživotní dodržování diety uvedlo 27 respondentů (51,9 %) a 17 dotázaných (32,7 %) neví. Možnost jiné zvolil 1 dotázaný (1,9 %), který uvedl 3 týdny po ukončení hospitalizace a dále 1 respondent (1,9 %), který uvedl 4 týdny.

Analýza dotazníkové položky č. 21

Tab. 21 Důvod dodržování diety

Otázka č. 21	n	f
prevence návratu zánětu	0	0,0%
součást dlouhodobé léčby	1	1,9%
předcházení bolestem břicha	1	1,9%
předcházení opakovaným hospitalizacím	0	0,0%
2 správné odpovědi	34	65,4%
3 správné odpovědi	10	19,2%
nevím	4	7,7%
jiné: všechny možnosti	2	3,8%
Celkem	52	100,0%
správně zodpovězeno	44	84,6%
nesprávně zodpovězeno	8	15,4%



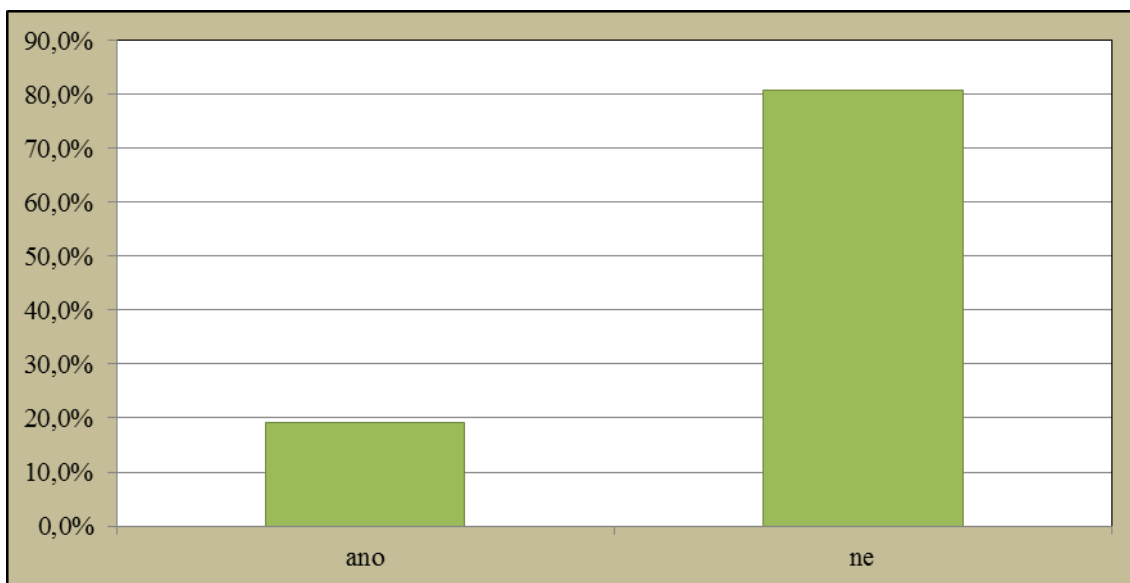
Graf 21 Důvod dodržování diety

Dotazníková položka č. 21 zjišťovala, zda respondenti znají důvody dodržování vhodné diety. Kritériem pro správné zhodnocení této dotazníkové položky bylo stanovení označení dvou a více správných odpovědí. Prevenci návratu zánětu jako jediný důvod neoznačil žádný respondent (0,0 %), součást dlouhodobé léčby jako jediný důvod označil 1 respondent (1,9 %), stejně tak jako předcházení bolestem břicha 1 dotázaný (1,9 %). Předcházení opakovaným hospitalizacím jako jediný důvod dodržování diety neoznačil žádný dotázaný (0,0 %). Dvě správné možnosti vybralo 34 respondentů (65,4 %) a tři správné možnosti 10 respondentů (19,2 %). Důvody dodržování diety nevěděli 4 dotázaní (7,7 %) a 2 (3,8 %) uvedli všechny nabízené možnosti.

Analýza dotazníkové položky č. 22

Tab. 22 Povědomí o pohybových opatřeních

Otázka č. 22	n	f
ano	10	19,2%
ne	42	80,8%
Celkem	52	100,0%



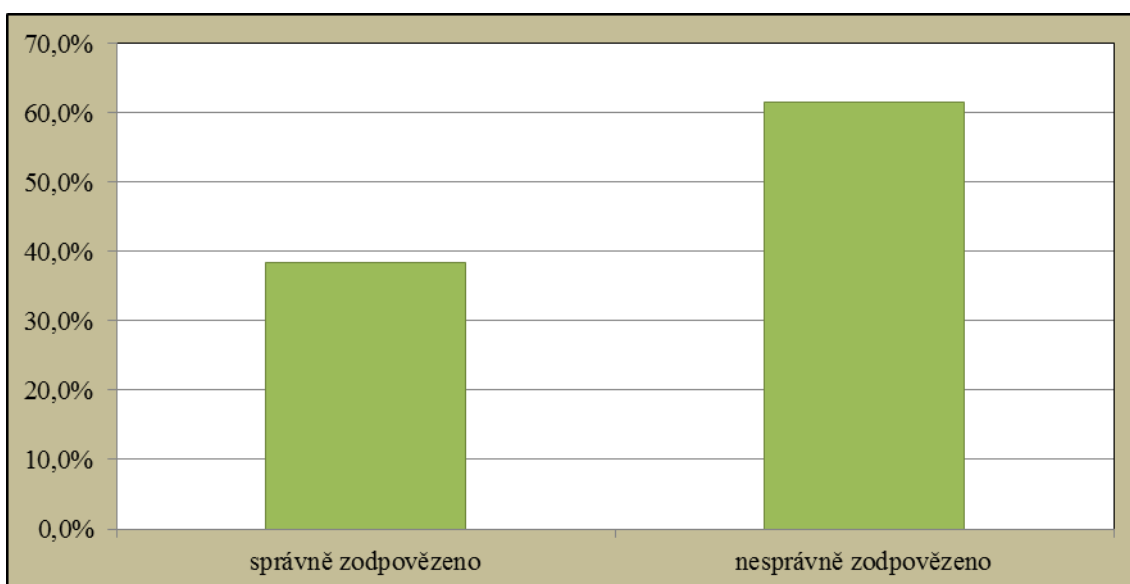
Graf 22 Povědomí o pohybových opatřeních

Dotazníková položka č. 22 se zabývala povědomím respondentů o pohybových opatřeních při akutní cholecystitidě. Z výzkumného šetření je patrné, že 10 respondentů (19,2 %) ví o existenci pohybových opatřeních a 42 dotázaných (80,8 %) o nich neví.

Analýza dotazníkové položky č. 23

Tab. 23 Nevhodné pohybové aktivity

Otázka č. 23	n	f
správně zodpovězeno	20	38,5%
nesprávně zodpovězeno	32	61,5%
Celkem	52	100,0%



Graf 23 Nevhodné pohybové aktivity

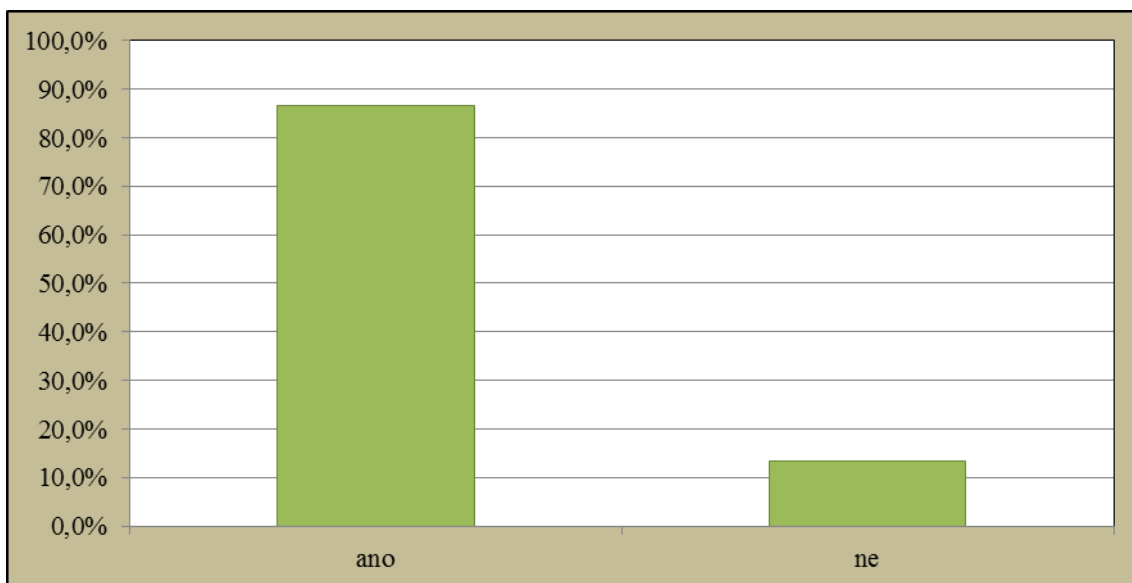
V dotazníkové položce č. 23 respondenti uváděli alespoň 2 pohybové aktivity, které podle nich nejsou vhodné při akutní cholecystitidě. Správně odpovědělo 20 respondentů (38,5 %), nesprávně pak 32 respondentů (61,5 %).

Kritériem pro vyhodnocení této dotazníkové položky jako správně zodpovězené bylo stanoveno uvedení alespoň dvou nevhodných aktivit po akutní cholecystitidě podle Šafránkové (2006).

Analýza dotazníkové položky č. 24

Tab. 24 Zájem o pohybové aktivity v edukačních materiálech

Otázka č. 24	n _i	f _i
ano	45	86,5%
ne	7	13,5%
Celkem	52	100,0%



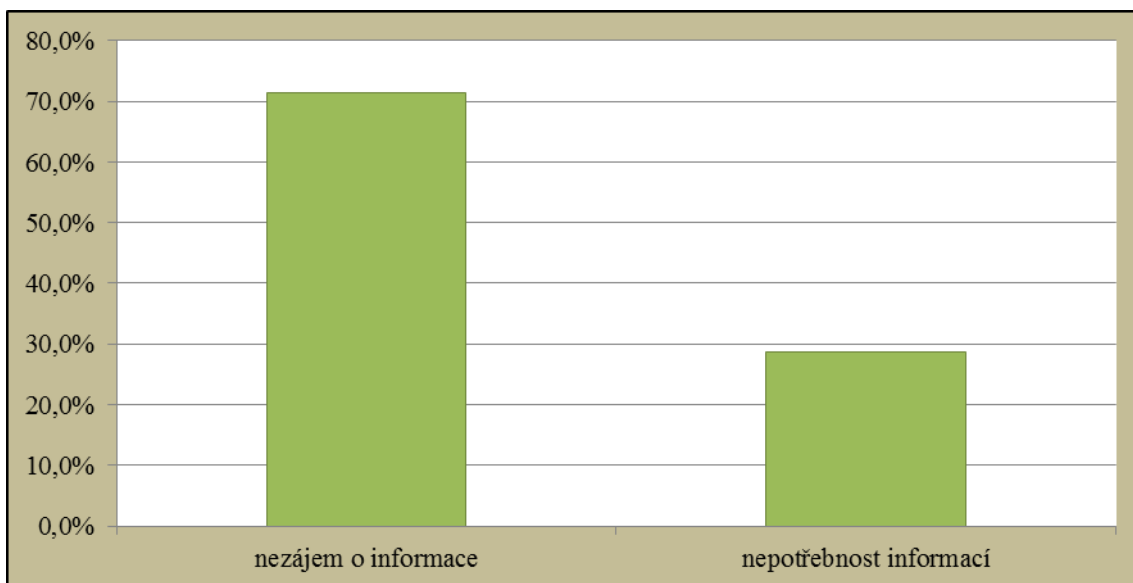
Graf 24 Zájem o pohybové aktivity v edukačních materiálech

Dotazníková položka č. 24 zjišťovala, zda by respondenti uvítali seznam vhodných a nevhodných pohybových aktivit v edukačních materiálech. 45 respondentů (86,5 %) projevilo o seznam zájem, 7 dotázaných (13,5 %) nikoli.

Analýza dotazníkové položky č. 25

Tab. 25 Důvod nezájmu

Otázka č. 25	n	f
nezájem o informace	5	71,4%
nepotřebnost informací	2	28,6%
Celkem	7	100,0%



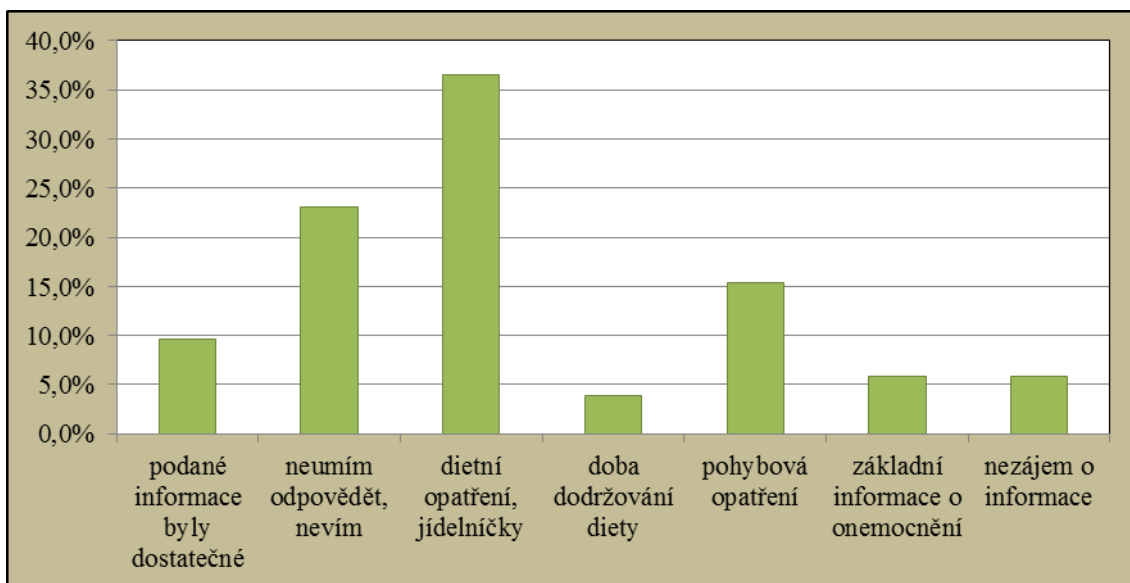
Graf 25 Důvod nezájmu

Dotazníková položka č. 25 zjišťovala důvody nezájmu o seznam vhodných a nevhodných pohybových aktivit a byla tedy určena pro respondenty, kteří na předchozí dotazníkovou položku odpověděli záporně. 5 dotázaných (71,4 %) uvedlo nezájem o informace a zbylí 2 respondenti (28,6 %) informace nepotřebují.

Analýza dotazníkové položky č. 26

Tab. 26 Preference informací

Otázka č. 26	n	f _i
podané informace byly dostatečné	5	9,6%
neumím odpovědět, nevím	12	23,1%
dietní opatření, jídelníčky	19	36,5%
doba dodržování diety	2	3,8%
pohybová opatření	8	15,4%
základní informace o onemocnění	3	5,8%
nezájem o informace	3	5,8%
Celkem	52	100,0%



Graf 26 Preference informací

V dotazníkové položce č. 26 měli respondenti možnost napsat, o jaké informace v oblasti režimových opatření by měli největší zájem oni. Pro 5 respondentů (9,6 %) byly již podané informace dostatečné. 12 respondentů (23,1 %) neumělo na otázku odpovědět nebo nevěděli. O dietní opatření a jídelníčky projevilo zájem 19 dotázaných (36,5 %). Doba dodržování diety by zajímala 2 respondenty (3,8 %) a pohybová opatření 8 dotázaných (15,4 %). 3 respondenty (5,8 %) by zajímaly základní informace o onemocnění a 3 dotázaní (5,8 %) neměli o informace zájem.

3.5 Analýza cílů a výzkumných předpokladů

Kapitola je zaměřena na analýzu jednotlivých cílů a výzkumných předpokladů stanovených pro bakalářskou práci. Veškeré údaje byly zjištěny pomocí dotazníkového šetření v rámci vlastního výzkumu, kterému předcházela předvýzkum k úpravě procentuálních hodnot výzkumných předpokladů.

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

Cíl č. 1 Zjistit informovanost pacientů o akutní cholecystitidě.

Výzkumný předpoklad č. 1 Předpokládáme, že 65 % a více pacientů je informováno o akutní cholecystitidě.

Tab. 27 Analýza cíle č. 1 a výzkumného předpokladu č. 1

Předpoklad č. 1					
Otázka	č. 4	č. 5	č. 6	č.7	Celkem
Správně zodpovězeno	71,2%	48,1%	88,5%	69,2%	69,3%
Nesprávně zodpovězeno	28,8%	51,9%	11,5%	30,8%	30,7%
Celkem	100%	100%	100%	100%	100%

K vyhodnocení cíle č. 1 a výzkumného předpokladu č. 1 sloužily dotazníkové položky č. 4, 5, 6 a 7. Na základě provedeného předvýzkumu byla upravena procentuální hodnota výzkumného předpokladu. Na dotazníkovou položku č. 4 odpovědělo správně (kladně) 37 respondentů (71,2 %) a nesprávně (záporně) 15 respondentů (28,8 %). V dotazníkové položce č. 5 označilo správnou odpověď 25 respondentů (48,1 %) a nesprávnou 27 respondentů (51,9 %). Na dotazníkovou položku č. 6 odpovědělo správně (kladně) 46 dotázaných (88,5 %) a nesprávně (záporně nebo si nevzpomnělo) 6 respondentů (11,5 %). V dotazníkové položce č. 7 správnou (kladnou) odpověď označilo 36 dotázaných (69,2 %) a nesprávnou (zápornou nebo nevědělo) 16 dotázaných (30,8 %).

Závěr: 69,3 % pacientů má informace o akutní cholecystitidě. Výzkumný předpoklad č. 1 je v souladu s výsledky výzkumného šetření.

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

Cíl č. 2 Zjistit informovanost pacientů o dodržování režimových opatření po akutní cholecystitidě.

Výzkumný předpoklad 2a Předpokládáme, že 75 % a více pacientů je informováno o dodržování dietních opatření po akutní cholecystitidě.

Tab. 28 Analýza cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2a

Předpoklad č. 2a							
Otázka	č. 9	č. 12	č. 13	č. 14	č. 20	č. 21	Celkem
správně zodpovězeno	78,8%	82,7%	38,5%	67,3%	51,9%	84,6%	67,3%
nesprávně zodpovězeno	21,2%	17,3%	61,5%	32,7%	48,1%	15,4%	32,7%
Celkem	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

K vyhodnocení cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2a sloužily dotazníkové položky č. 9, 12, 13, 14, 20 a 21. Na základě provedeného předvýzkumu byla upravena procentuální hodnota výzkumného předpokladu. Na dotazníkovou položku č. 9 odpovědělo správně 41 respondentů (78,8 %), nesprávnou odpověď označilo 11 respondentů (21,2 %). Do otevřené dotazníkové položky č. 12 respondenti vypisovali nevhodné potraviny pro žlučnickovou dietu, kdy 43 respondentů (82,7 %) uvedlo správné odpovědi a 9 respondentů (17,3 %) nesprávné nebo neúplné odpovědi. Dotazníková položka č. 13 byla otevřená pro vypsání nevhodných nápojů pro žlučnickovou dietu. V tomto případě správně odpovědělo 20 respondentů (38,5 %). Nesprávné nebo neúplné odpovědi vypsalo 32 respondentů (61,5 %). U dotazníkové položky č. 14 volilo správnou (kladnou) odpověď 35 dotázaných (67,3 %) a nesprávnou (zápornou) 17 dotázaných (32,7 %). Na dotazníkovou položku č. 20 odpovědělo správně 27 respondentů (51,9 %) a nesprávně 25 respondentů (48,1 %). Dotazníkovou položku č. 21 správně vyplnilo 44 respondentů (84,6 %) a 8 (15,4) ji vyplnilo nesprávně.

Závěr: 67,3 % pacientů má informace o dodržování dietních opatření po akutní cholecystitidě. Výzkumný předpoklad č. 2a není v souladu s výsledky výzkumného šetření.

3.5.3 Analýza cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2b

Cíl č. 2 Zjistit informovanost pacientů o dodržování režimových opatření po akutní cholecystitidě.

Výzkumný předpoklad č. 2b Předpokládáme, že 20 % a více pacientů je informováno o dodržování pohybového režimu po akutní cholecystitidě.

Tab. 29 Analýza cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2b

Předpoklad č. 2b			
Otázka	č. 22	č. 23	Celkem
správně zodpovězeno	19,2%	38,5%	28,9%
nesprávně zodpovězeno	80,8%	61,5%	71,1%
Celkem	100,0%	100,0%	100,0%

K vyhodnocení cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2b sloužily dotazníkové položky č. 22 a 23. Na základě provedeného předvýzkumu byla upravena procentuální hodnota výzkumného předpokladu. Na dotazníkovou položku č. 22 správně (kladně) odpovědělo 10 respondentů (19,2 %) a nesprávnou (zápornou) odpověď uvedlo 42 dotázaných (80,8 %). Dotazníková položka č. 23 byla otevřená pro vypsání nevhodných pohybových aktivit. 20 respondentů (38,5 %) odpovědělo správně a 32 respondentů (61,5 %) nesprávně.

Závěr: 28,9 % pacientů má informace o dodržování pohybového režimu po akutní cholecystitidě. Výzkumný předpoklad 2b je v souladu s výsledky výzkumného šetření.

4 Diskuze

Onemocnění žlučníku v obecné rovině patří mezi velmi častá onemocnění. Nejčastěji se vyskytující cholelitiáza je jednou z příčin vzniku akutní cholecystitidy, která pro pacienty přináší řadu nepříjemných potíží a hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Domníváme se tedy, že edukace pacientů v oblasti samotného onemocnění a především režimových opatření sloužících k prevenci recidiv onemocnění je velice aktuální. Z výzkumného šetření vyplývá, že hospitalizovaní pacienti mají jen částečné informace nejen o vlastním onemocnění, ale i režimových opatření, která jsou pro ně nezbytná. Myslíme si, že je třeba zaměřit pozornost na pacienty, kteří se s onemocněním setkali poprvé, protože jak vyplývá z dotazníkové položky č. 3, je jich většina, tedy 38 respondentů (73,1 %). Také si myslíme, že u opakovaně hospitalizovaných pacientů je třeba nejprve zjistit deficit znalostí a následně zajistit reedukaci. Proto je důležité, aby zdravotnický personál poskytl pacientům ucelené a jasné informace na výše uvedená témata.

Pro bakalářskou práci byly stanoveny 3 cíle a 3 výzkumné předpoklady, u kterých jsme, na základě provedeného předvýzkumu, upravili procentuální hodnoty. **Prvním cílem** bakalářské práce bylo **zjistit, zda pacienti mají informace o akutní cholecystitidě**. Zároveň byl stanoven výzkumný předpoklad, ve kterém **předpokládáme, že 65 % a více pacientů je informováno o akutní cholecystitidě**. Tento výzkumný předpoklad je v souladu s výsledným výzkumným šetřením, protože po vyhodnocení výsledků jsme zjistili, že **69,3 %** respondentů má informace o onemocnění. Na dotazníkovou položku č. 4, která zjišťovala, zda se respondenti setkali s onemocněním u někoho ve svém okolí, odpovědělo kladně 37 dotázaných (71,2 %). Tento výsledek nám potvrzuje Ehrmannovo (2014) stanovisko, že jde opravdu o velmi časté onemocnění, s čímž se ztotožňujeme. Následující dotazníková položka č. 5 zkoumala, co respondenti pokládají za příčinu zánětu žlučníku. Vyhodnocením jsme zjistili, že 25 dotázaných (48,1 %) má představu o tom, co jim potíže způsobilo. Nejčastěji se v odpovědích vyskytoval zvýšený příjem tuků, který, jak nám vysvětluje Kasper (2015), zapříčiní kontrakce žlučníku a následné vypuzení konkrementu. Avšak samotný kámen jako příčinu onemocnění uvedl pouze 1 dotázaný. Přitom u dotazníkové položky č. 6, která byla zaměřena na povědomí respondentů právě o žlučnickových kamenech, jich 46 (88,5 %) odpovědělo kladně, tedy že o kamenech slyšelo.

A 36 dotázaných (69,2 %) si správně myslí, jak dokazují výsledky dotazníkové položky č. 7, že existuje souvislost mezi kameny a zánětem žlučníku. Z toho usuzujeme, že pacienti jsou schopni uvědomit si souvislost mezi onemocněním a konkrétními, ale zřejmě netuší, jaká ta souvislost ve skutečnosti je. Domníváme se tedy, že je důležité, abychom pacientům poskytovali informace i z oblasti anatomie, patofyziologie a příčinách onemocnění.

V druhém cíli bakalářské práce jsme zjišťovali, zda pacienti mají informace o dodržování režimových opatření po akutní cholecystitidě. Pro tento cíl byly stanoveny 2 výzkumné předpoklady, z nichž jeden byl zaměřen na dietní opatření a druhý na opatření pohybová. Ve výzkumném předpokladu 2a **předpokládáme, že 75 % a více pacientů je informováno o dodržování dietních opatření po akutní cholecystitidě.** Překvapilo nás, že tento výzkumný předpoklad není v souladu s výsledným šetřením, protože vyhodnocením výsledků jsme zjistili, že informace o dodržování dietních opatření po akutní cholecystitidě má pouze **67,3 %** respondentů, což je méně, než jsme předpokládali. Klademe si otázku, proč tomu tak je. Může snad za malou informovanost nedostatek sester na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení a s tím i úzce související malý časový prostor pro ucelenou edukaci? Anebo je snad příčinou absence dokumentu, který by byl vodítkem k jasné a ucelené edukaci pacientů? Přitom povědomí o vhodné dietě po akutní cholecystitidě, které zkoumala dotazníková položka č. 9, má 41 respondentů (78,9 %), kteří správně zvolili dietu s omezením tuků. Které nevhodné potraviny do této diety spadají, vypsalo v dotazníkové položce č. 12 správně 43 respondentů (82,7 %). Z výsledků jsme dospěli ke zjištění, že určit nevhodné potraviny u žlučnickové diety je schopno více respondentů než označit vhodné omezení u té samé diety. Můžeme se tedy domnívat, že někteří respondenti se zmýlili při označení vhodné diety anebo nevěnovali vyplňování dotazníku dostatečnou pozornost. Překvapení nám přineslo vyhodnocení dotazníkové položky č. 13, kde respondenti měli vypsát nevhodné nápoje pro žlučnickovou dietu, protože správnou odpověď poskytlo jen 20 dotázaných (38,5 %). Myslíme si, že pokud bychom volili jiné kritérium, byly by výsledky zcela jiné, neboť nižší počet nevhodných nápojů by nebyl pro respondenty takový problém. K tomuto závěru jsme došli při vyhodnocování této dotazníkové položky, kdy nejčastější odpovědi byly alkoholické nápoje, které jsou podle Svačiny (2008) zařazeny jako nevhodné, ale respondenti vypisovali různé druhy alkoholu místo různých druhů nápojů. Další dotazníková

položka zabývající se dietním opatřením, byla otázka č. 14, která zjišťovala, zda již byli respondenti během hospitalizace informováni o vhodné dietě. Kladně na tuto položku odpovědělo 35 dotázaných (67,3 %), což si myslíme, že není právě ucházející výsledek, protože edukovanost o dietních opatřeních je základem každé edukace v souvislosti s konkrétním onemocněním. Zejména u akutní cholecystitidy může nevhodná strava zapříčinit její vzplanutí. Následující 4 otázky, které nebyly zahrnuty do vyhodnocování výzkumného předpokladu, bylo směřováno právě na tyto respondenty. Pomocí dotazníkové položky č. 15 jsme zjišťovali, kdo jim informace podal. Není překvapením, že v 16 případech (45,7 %) to byly sestry, které mají k pacientům nejbližší. Je s podivem, že nutriční terapeut edukoval jen 10 respondentů (28,8 %). Troufáme si konstatovat, že těchto odborníků ve zdravotnických zařízeních je nedostatek a nestíhají pokrývat potřeby všech pacientů. Zarazila nás však odpověď 3 respondentů (8,6 %), kteří uvedli, že nevědí, kdo jim informace podal. Je možné, že se edukátoři nepředstavili, ale počítáme také s variantou, že tuto informaci respondenti zapomněli. Ucelená edukace by měla mít určitou formu. V dotazníkové položce č. 16 jsme zjistili, že 31 respondentů (60,0 %) bylo poučeno pouze ústně, což je samozřejmě nedostačující a to z důvodu, který nám předkládá Juřeníková (2010). Ta upozorňuje na skutečnost, že 50 % osvojeného učiva je do druhého dne zapomenuta. Neméně zajímavé bylo hodnocení srozumitelnosti poučení v dotazníkové položce č. 17. Nejlépe dopadl stupeň 10 označující poučení zcela srozumitelné, které uvedlo 11 respondentů (31,4 %), za ním se drží stupeň 8 vybraný sedmi respondenty (20,0 %) a stupeň 7, který označilo 6 dotázaných (17,1 %). Z těchto výsledků usuzujeme, že jsou pacienti spokojeni se srozumitelností poučení, což je pro zdravotnický personál, dle našeho názoru, dobrou vizitkou, stejně tak jako skutečnost, že respondenti měli možnost ptát se na informace, které je zajímaly v oblasti dietních opatření, jak nám dokládá výsledek dotazníkové položky č. 18, kdy 31 respondentů (88,6 %) odpovědělo kladně. Z edukačních materiálů, které by byly pro dotázané nejpřínosnější, zvítězil v 25 případech (48,1 %) seznam vhodných potravin, jak nám dokazuje dotazníková položka č. 19. O tom, jak dlouho je vhodné dodržovat žlučnickovou dietu, již všichni respondenti odpovídali v dotazníkové položce č. 20, kdy správnou odpověď zvolilo 27 dotázaných (51,9 %). Kromě časového údaje je také důležité, dle našeho názoru, pacienty informovat i o důvodech celoživotního dodržování diety. Podle Kaspera (2015) jde hlavně o prevence, a to buď prevenci vzniku recidiv onemocnění, prevenci vzniku kamenů jako

takových a v neposlední řadě i prevence vzniku obezity, která sice není předmětem této bakalářské práce, ale představuje závažný problém civilizovaného světa. Povědomí o důvodech dodržování vhodné diety zkoumala dotazníková položka č. 21, a jaké bylo naše milé překvapení, když jsme zjistili, že 44 respondentů (84,6 %) tyto důvody zná. Zarážející však pro nás je, kdy z výsledků šetření vyplývá, že důvody dodržování vhodné diety zná více respondentů, než jich bylo informováno během hospitalizace o vhodné dietě. Můžeme se tedy domnívat, že někteří dotázaní mohli získat informace z jiných informačních zdrojů než od zdravotnického personálu.

Poslední výzkumný předpoklad 2b, ve kterém jsme **předpokládali, že 20 % a více pacientů je informováno o dodržování pohybového režimu po akutní cholecystitidě**, je v souladu s výsledným šetřením, protože vyhodnocením výsledků jsme zjistili, že informace o dodržování pohybového režimu po akutní cholecystitidě má **28,9 %** respondentů. Na povědomí o existenci pohybových opatření byla zaměřena dotazníková položka č. 22. Překvapilo nás, že kladně na ni odpovědělo pouze 10 respondentů (19,2 %). Oproti tomu na dotazníkovou položku č. 23, kde respondenti vypisovali nevhodné pohybové aktivity, jich správně odpovědělo 20 (38,5 %). Do těchto aktivit podle Šafránkové (2006) spadá kromě zvýšené námahy, také všechny činnosti prováděné v předklonu, tedy takové činnosti, při kterých se žlučník stlačuje. Z výsledků usuzujeme, že někteří respondenti byli informováni jiným způsobem než od zdravotnického personálu během hospitalizace, např. z internetových zdrojů, anebo uvedli aktivity, u kterých se domnívají, že nejsou vhodné. Pomocí dotazníkové položky č. 24 jsme se zajímali, jestli by respondenti měli zájem o seznam vhodných a nevhodných pohybových aktivit v edukačních materiálech. Jejich zájem nás potěšil, protože 44 dotázaných (86,5 %) se vyjádřilo kladně. V následující dotazníkové položce č. 25 jsme oslovili respondenty, kteří odpověděli záporně, jaký je jejich důvod nezájmu. Zarazila nás odpověď nepotřebnost informací, ale i nezájem o informace.

V dotazníku se objevily i další položky, které nebyly součástí vyhodnocování výzkumných předpokladů, přesto byla jejich analýza zajímavá. Např. položka č. 8 zjišťovala, kolikrát denně se respondenti stravovali před vypuknutím onemocnění. Nejvhodněji, což potvrzuje i Svačina (2008), tedy 5-6x denně, se stravovalo pouze 9 respondentů (17,3 %). Tomuto výsledku se ani nedivíme, protože v dnešní hektické době není jednoduché dodržovat pravidelné stravování. Zaskočilo nás ale zjištění, že 17 dotázaných (32,7 %) jedlo méně než 3x denně! Ale i přesto je nutné pacienty

edukovat o pravidelném stravování v souvislosti s možnou recidivou, ale i např. možným přidruženým onemocněním. V dotazníkové položce č. 10 jsme zjišťovali, jaké úpravy potravin se nejčastěji v domácnostech respondentů používají. Bylo pro nás překvapením, že nedoporučované tepelné úpravy jako je smažení (23,9 %), pečení (21,2 %) a grilování (14,2 %) mají v domácnostech vysoké zastoupení a to zřejmě, jak se můžeme domnívat, pro svoji jednoduchost a chutnost připravených jídel. Abychom měli ucelený obraz o stravovacích návycích, zařadili jsme do dotazníku otázku č. 11 zaměřenou na nejčastěji používané potraviny v domácnostech respondentů. Bylo příjemné zjistit, že libové maso (21,8 %) a zelenina a ovoce (21,1 %) mají v domácnostech respondentů celkem vysoká zastoupení. Chtěli jsme samozřejmě také zjistit, o jaké informace by dotázaní měli zájem sami. Z výsledků dotazníkové položky č. 26 je zřejmé, že naši respondenti preferují informace právě z oblasti výživy (36,5 %).

Třetím cílem bakalářské práce je **vytvoření edukačního standardu pro všeobecné sestry**, který je jejím výstupem v podobě návrhu edukačního standardu vč. ošetrovatelského auditu (Příloha H). Tímto cíl považujeme za splněný.

5 Návrh doporučení pro praxi

Z výsledků výzkumu bakalářské práce, při kterém došlo k potvrzení dvou výzkumných předpokladů a vyvrácení jednoho výzkumného předpokladu vyplývá, že pacienti nemají ucelené informace o akutní cholecystitidě vč. důležitých režimových opatření. Tyto informace by měly pacientům sloužit v prevenci recidiv onemocnění, které s sebou nese řadu nepříjemných obtíží a vyžaduje hospitalizaci. Domníváme se proto, že by bylo vhodné, aby chirurgická a interní oddělení zdravotnických zařízení měla k dispozici dokument, který by obsahoval jasné body edukace, které povedou k ucelenému náhledu pacienta na onemocnění. Proto byl výstupem bakalářské práce zvolen edukační standard pro všeobecné sestry vč. nedílného ošetrovatelského auditu určeného k odhalení eventuálních chyb při edukaci pacientů.

Zajímavý a užitečný by mohl být i informační manuál, který by mohl obsahovat např. základní informace o onemocnění, seznamy vhodných a nevhodných potravin a nápojů, návrhy vhodných jídelníčků a seznam vhodných a nevhodných pohybových aktivit vč. informací, které by srozumitelně vysvětlovaly důležitost dodržování režimových opatření. Tento manuál by si pacienti odnášeli s sebou při propuštění do domácí péče.

Jiným vhodným řešením by mohl být informační poster umístěný na chodbách zdravotnických zařízení nebo v čekárnách praktických lékařů.

Také by bylo vhodné prozkoumat informovanost pacientů po určité době od zavedení edukačního standardu do praxe. Tato problematika by se mohla stát tématem další kvalifikační práce, která by zkoumala efektivitu edukací pacientů s akutní cholecystitidou na základě edukačního standardu.

6 Závěr

Tématem bakalářské práce se stala edukace pacientů s akutní cholecystitidou. Práce je rozdělena do dvou částí a to na část teoretickou a část výzkumnou. Obsah teoretické části je již popsán v úvodu této kvalifikační práce.

Výzkumná část se zabývala odhalením znalostí pacientů o vlastním onemocnění a dodržování dietních a pohybových opatření po akutní cholecystitidě. Výzkum probíhal pomocí dotazníků vlastní konstrukce u pacientů, u kterých došlo ke zmírnění nebo odeznění akutních potíží a byli hospitalizováni na chirurgických a interních oddělení Oblastní nemocnice Trutnov a. s. a Oblastní nemocnice Jičín a.s. Poté byly výsledky dotazníkového šetření vyhodnoceny. Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda mají pacienti informace o akutní cholecystitidě. Cíl byl splněn a k němu stanovený výzkumný předpoklad byl v souladu s výzkumným šetřením, protože 69,3 % respondentů bylo informováno o akutní cholecystitidě. Druhý cíl, který byl také splněn, zjišťoval informovanost pacientů o dodržování režimových opatření po akutní cholecystitidě. K tomuto cíli byly stanoveny dva výzkumné předpoklady. První výzkumný předpoklad nebyl v souladu s výzkumným šetřením, jelikož pouze 67,3 % respondentů bylo informováno o dodržování dietních opatření po akutní cholecystitidě. Druhý výzkumný předpoklad v souladu s výzkumným šetřením byl, protože 28,9 % dotázaných bylo informováno o dodržování pohybových opatření po akutní cholecystitidě. Třetí cíl bakalářské práce byl splněn díky vytvořenému návrhu edukačního standardu.

Vyvrácení jednoho výzkumného předpokladu, ale i potvrzení dvou výzkumných předpokladů poukázalo na nedostatečnou informovanost pacientů s akutní cholecystitidou. Proto byl vytvořen edukační standard pro všeobecné sestry jako výstup z této bakalářské práce. Po schválení by se mohl tento dokument začít používat na chirurgických a interních oddělení zdravotnických zařízení pro ucelenou edukaci pacientů s akutní cholecystitidou všeobecnými sestrami.

7 Seznam použité literatury

AYERS, Susan a Richard de VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9733-5.

BLOOM, Alan A, 2016. *Cholecystitis Treatment & Management*. In: Medscape [online]. ©1994-2017. [cit.2016-02-22]. Dostupné z: <http://emedicin.medscape.com/article/171886-treatment>

DOBIÁŠ, Viliam, 2013. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4571-8.

EHRMANN, Jiří a kol., 2014. *Hepatologie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-8021-4.

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

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

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.

KASPER, Heinrich, 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4533-6.

KOMÍNKOVÁ, Alena a Andrea POKORNÁ, 2013. *Doporučené postupy k odběrům krve – prevence preanalytické variability*. [online]. ©2009-2017. [cit. 2017-03-04]. Dostupné z: www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/doporucene-postupy-k-odberum-krve-prevence-preanalyticke-variability/

MAREK, Josef a kol., 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2639-7.

NANDA International, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice & klasifikace 2015 – 2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

PAFKO, P., J. KABÁT a V. JANÍK, 2006. *Náhlé příhody břišní – operační manuál*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0981-9.

PETEROVÁ, Věra, 2010. *CT – základy vyšetření, indikace, kontraindikace, možnosti, praktické zkušenosti*. [online]. ©2011-2017. [cit. 2017-03-01]. Dostupné z: http://www.medicinaproxi.cz/artkey/med-201002-0012_CT-zaklady_vysetreni_indikace_kontraindikace_moznosti_prakticke_zkusenosti.php

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

POKORNÁ, Andrea a Alena KOMÍNKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6331-0.

POKYNY EU PRO POHYBOVOU AKTIVITU, 2008. [online]. ©2013-2017. [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/sport/pokyny-eu-pro-pohybovou-aktivitu>

POLICAR, Radek, 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2358-7.

ROKYTA, Richard a kol., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

RUTAR, Pavel, 2015. *Úskalí diagnostiky akutní akalkulózní cholecystitidy*. [online]. © 2011-2017. [cit. 2017-03-01]. Dostupné z: http://www.internimedicina.cz/artkey/int/201501-0010_Uskali_diagnostiky_akutni_akalkulozni_cholecystitidy.php

SCHEIN, Moshe a Paul S. ROGERS, 2011. *Urgentní břišní chirurgie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2357-0.

SEIDL, Zdeněk a kol., 2012. *Radiologie pro studium i praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4108-6.

SVAČINA, Štěpán a kol., 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2256-6.

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1148-5.

ŠPINAR, Jindřich a kol., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4356-1.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5710-0.

TÓTHOVÁ, Valerie, 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-645-6.

VÍTEK, Libor, 2011. Cholelitiáza – velmi časté a drahé onemocnění. *Zdravotnické noviny*, roč. 60, č. 14, s. 20. ISSN 0044-1996.

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

8 Seznam příloh

Příloha A Anatomie

Příloha B Kritéria ke zhodnocení nálezů

Příloha C Tabulky s vhodnými a nevhodnými potravinami

Příloha D Návrh vhodného jídelníčku

Příloha E Dotazník

Příloha F Protokoly k provádění výzkumu

Příloha G Předvýzkum – výsledky

Příloha H Návrh edukačního standardu

Příloha A Anatomie

Žlučník (vesica fellea) je vakovitý orgán tvaru hrušky o rozměrech 8 – 12 cm na délku a 4 – 5 cm na šířku, o kapacitě 30 – 80 cm³. Topograficky se nachází na spodní ploše jater a slouží ke skladování a koncentrování žluči vznikající v játrech. Koncentrace probíhá vstřebáváním vody a chloridu sodného stěnou žlučníku, která je ale nepropustná pro lipidy. Orgán je složený ze 4 částí a to z fundu, těla, infundibula (přechodná část mezi tělem a krčkem) a krčku. Krček o délce 5 – 7 mm přechází do vývodu žlučníku (ductus cysticus), který je dlouhý 0,5 – 8 cm a široký 3 – 12 mm. Tento vývod ústí do společného žlučovodu (ductus choledochus), jehož rozměry jsou 5 – 17 cm na délku a 7 – 11 mm na šířku a vzniká spojením pravého a levého jaterního žlučovodu (ductus hepaticus dexter et sinister) a vývodu žlučníku. Ve své konečné části se společný žlučovod spojuje s vývodem pankreatu (ductus pancreaticus) a ústí ve Vaterově papile (papilla Vateri) dvanáctníku (duodenum). **Žluč** (bilis) je tekutina žlutohnědé barvy, která se při kontaktu se vzduchem mění na zelenou. Játra denně vytvoří 600 – 1000 ml žluči. Ta obsahuje až 97 % vody, žlučové sole (kaliové a natriové sole kyseliny taurocholové a glykocholové), cholesterol, žlučové pigmenty (bilirubin, biliverdin, rubinglukuronid), mastné kyseliny, anorganické sole a malé množství lecitinu, tuku a alkalické fosfatázy. Funkcemi žluče jsou trávení, usnadnění vstřebávání tuků ze zažívacího traktu a vitamínů v tucích rozpustných, aktivace proteolytických enzymů, dále vylučování cholesterolu, bilirubinu, steroidních hormonů, léků, toxických látek nebo těžkých kovů a také neutralizace střevního obsahu spolu s pankreatickými šťávami (Ehrmann, 2014; Janíková, 2013).

Příloha B Kritéria ke zhodnocení nálezů

Velká kritéria	
USG	tekutinový lem kolem žlučníku
	vrstevnatost stěny žlučníku
	pozitivní Murphyho příznak při tlaku USG sondy
	rozvláchnění sliznice žlučníku
	tloušťka stěny žlučníku nad 3 mm
	plyn intramulárně nebo intraluminárně
CT	tekutinový lem kolem žlučníku
	subserózní edém stěny žlučníku
	rozvláchnění stěny žlučníku
	tloušťka stěny žlučníku nad 3 mm
	plyn intramulárně nebo intraluminárně
	zánět pericholecystického tuku
Malá kritéria	
USG	příčné rozšíření žlučníku nad 5 cm
	echogenní žluč
CT	příčné rozšíření žlučníku nad 5 cm
	silně atenuovaná žluč

(Rutar, 2015; upraveno autorem)

Příloha C Tabulky s vhodnými a nevhodnými potravinami

Vhodné potraviny	
Maso	pouze libové druhy masa - např. hovězí, kuře bez kůže, králík, ryby, vepřová kýta nebo panenka
Uzeniny	např. libová šunka, dietní drůbeží salám
Mléčné výrobky	vždy podle individuální snášenlivosti - např. netučné sýry tavené, tvrdé do 45 % tuku v sušině, netučný tvaroh, jogurt, mléko sladké nebo zakysané
Tuky	pouze v malém množství - např. kvalitní olej, máslo, rostlinné máslo
Vejce	pouze v malém množství a jen do pokrmů, bílky neomezeně
Ovoce	bez tvrdých slupek - např. jablka, meruňky, broskve, banány, pomeranče, kompoty všeho druhu, ovocné přesnídávkové
Zelenina	pouze nenadýmavé druhy - např. mrkev, celer, petržel, rajčata bez semen, špenát bez česneku, hlávkový salát
Polévky	netučné vývary se zavářkou - např. nudle, kapání, rýže
Přílohy	např. brambory, bramborová kaše, rýže, houskový knedlík kypřený práškem, individuálně bramborový knedlík
Omáčky	nezahuštěné jíškou - např. rajská, citronová, individuálně koprová
Moučníky a sladká jídla	netučné a nekynuté - např. piškotové těsto, křehké těsto, tvarohové pěny, želatinové rosoly, starší vánočka, pudink, žemlovka, ovocný rýžový nákyp, ovocné knedlíky z tvarohového těsta
Nápoje	s nízkým nebo žádným obsahem CO ₂ - např. různé druhy čajů, minerálky, ovocné džusy
Koření	všechny zelené druhy - např. bazalka, saturejka, petrželka, pažitka, kopr, libeček a drcený kmín

(Svačina, 2008; upraveno autorem)

Nevhodné potraviny	
Maso	všechna tučná masa a výrobky z nich - např. bůček, kachna, husa, uzené maso, jelíta, jitrnice, uzené ryby
Uzeniny	např. turistické salámy, paštiky
Vnitřnosti	např. játra, ledvinky, mozeček
Pochutiny	např. olejovky, zavináče
Mléčné výrobky	např. zrající plísňové sýry, tučné sýry a mléčné výrobky, smetana
Tuky	všechny přepálené
Vejce	jako samostatný pokrm nebo výrobky z nich - např. smažená, vařená, sázená, vaječné saláty, majonézy
Ovoce a ořechy	např. hrušky, čerstvé třešně, rybíz, maliny, jahody, všechny druhy ořechů, kokos, mák
Zelenina	všechny nadýmové druhy - např. kapusta, zelí, sterilovaná zelenina, květák, okurka, paprika, česnek, cibule
Luštěniny	hrách, čočka, fazole, sója
Houby	všechny druhy
Polévky	tučné vývary - např. slepičí, ovarová, s játrovou zavářkou, zabijačková, houbová, zelná, luštěninová
Přílohy	např. bramborový salát, bramborové hranolky, kynuté knedlíky kypřené kvasnicemi
Omáčky	např. houbová, smetanová, okurková
Moučníky a sladká jídla	např. šlehačkové a krémové dorty, ořechové, kokosové a makové moučníky, koblihy, ovocné kynuté knedlíky, čokoláda, smetanové mražené krémy
Nápoje	např. zrnková káva, alkoholické nápoje, všechny nápoje s vysokým obsahem CO ₂
Koření	např. kari, pepř, paprika, hořčice, maggi

(Svačina, 2008; upraveno autorem)

Příloha D Návrh vhodného jídelníčku

Snídaně: netučný jogurt a kukuřičné lupínky, zelený čaj

Oběd: vločková polévka

dušené hovězí maso, dušená rýže, mrkvový salát

Svačina: ovocné želé

Večeře: dušené telecí maso, bramborová kaše

Snídaně: rohlík, Termix, čaj s citronem

Oběd: zeleninová polévka s bílkovou mlhovou

dietní sekaná pečeně se saturejkou, brambory, hlávkový salát

Svačina: loupaná broskev

Večeře: veka, sýrová pomazánka se šunkou, loupané rajče

Snídaně: piškotová bublanina s meruňkami, čaj s mlékem

Oběd: netučný vývar s rýží

vařené hovězí maso, dietní rajská omáčka, těstoviny

Svačina: ovocná přesnídávka

Večeře: vařené libové vepřové maso, brambory, dušená mrkev

Snídaně: rohlík, 50 g šunky, mátový čaj

Oběd: netučná polévka s nudlemi

zapečená kuřecí prsa se sýrem, bramborová kaše, kompot

Svačina: strouhaná jablka

Večeře: rýžový nákyp s meruňkami

Snídaně: rohlík, 30 g taveného sýra, 10 g másla

Oběd: žemlová polévka

dušený kapr na kmíně, brambory s pažitkou, loupané rajče bez semen

Svačina: vánočka

Večeře: zapečené těstoviny s masem a petrželkou, kompot

(Svačina, 2008; upraveno autorem)

11. Které produkty mají největší zastoupení ve Vaší kuchyni? (Můžete označit více možností)

- a) uzeniny d) mléčné výrobky g) jiné:
- b) libové maso e) ryby
- c) zelenina a ovoce f) tučné maso

12. Napište, prosím, alespoň 4 potraviny, které podle Vás nepatří do „žlučnickové“ diety:

.....

.....

13. Napište, prosím, alespoň 4 nápoje, které podle Vás nepatří do „žlučnickové“ diety:

.....

.....

14. Byl/a jste již během hospitalizace poučena o vhodné dietě? Pokud odpovíte „ne“, přejděte k otázce č. 19.

- a) ano b) ne

15. Kdo Vás o dietě poučil?

- a) všeobecná sestra c) lékař
- b) nutriční terapeut d) nevím, kdo to byl

16. Jakou formou poučení probíhalo?

- a) ústně b) písemně c) ústně i písemně

17. Jak bylo pro Vás poučení srozumitelné? Označte, prosím, na stupnici od 0 do 10 míru srozumitelnosti, kdy stupeň 0 značí zcela nesrozumitelné a stupeň 10 značí zcela srozumitelné.

0 ... 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7 ... 8 ... 9 ... 10

25. Pokud jste na otázku č. 24 odpověděl/a „ne“, uveďte, prosím důvod:

.....
.....

**26. O jaké informace v oblasti režimových opatření byste měl/a největší zájem Vy?
Napište, prosím:**

.....
.....
.....

Po vyplnění dotazníku jej, prosím, odevzdejte ošetřujícímu personálu.

Děkuji za spolupráci.

Hana Vychroňová

(autor, 2017)

Příloha F Protokoly k provádění výzkumu



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta zdravotnických studií

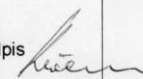
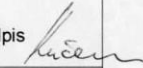
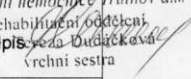
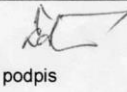
PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	VYCHRONOVÁ HANA	
Studijní program/obor	Osobní číslo studenta	Ročník
OŠETŘOVATELSTVÍ VŠEOBECNÁ SESTRA	13000046	3.
Téma práce	EDUKACE PACIENTŮ S AKUTNÍ CHOLECYSTITIDOU	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	OBLASTNÍ NEMOCNICE TRUTNOV A.S. CHIRURGICKÉ ODDĚLENÍ	
Jméno vedoucího práce	Mgr. TEREZA KUČEROVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis <i>Kučerová</i>	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Kučerová</i>	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Oblastní nemocnice Trutnov a.s. rehabilitační oddělení Tereza Budáčeková vrchní sestra podpis <i>Budáčeková</i>	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Majarová</i>	
Datum zahájení výzkumu	1.2. 2017 (PŘEDVÝZKUM 9.1. 2017)	
Datum ukončení výzkumu	30.4. 2017 (PŘEDVÝZKUM 28.1. 2017)	
Počet oslovených respondentů (personálu)	0	
Počet oslovených respondentů (klientů)	25 (PŘEDVÝZKUM 10 osl.)	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

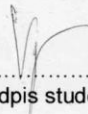
V TRUTNOVĚ dne 9.1. 2017

.....
podpis studenta

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	VYCURDŇOVÁ HANA	
Studijní program/obor OŠETŘOVATELSTVÍ VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta D 13 0000 46	Ročník 3.
Téma práce	EDUKACE PACIENTŮ S AKUTNÍ CHOLECYSTITIDOU	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	OBLASTNÍ NEMOCNICE TRUTNOV A.S. INTERNÍ ODDĚLENÍ	
Jméno vedoucího práce	MgA. TEREZA WÜCEROVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Oblasťní nemocnice Trutnov a.s. rehabilitační oddělení podpis  Tereza Wücerová vrchní sestra	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Datum zahájení výzkumu	1. 2. 2017	
Datum ukončení výzkumu	30. 4. 2017	
Počet oslovených respondentů (personálu)	0	
Počet oslovených respondentů (klientů)	15	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V TRUTNOVĚ dne 1. 2. 2017


.....
podpis studenta

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	VYČURONOVÁ HANA	
Studijní program/obor OŠETŘOVATELSTVÍ VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta D 130000 46	Ročník 3.
Téma práce	EDUKACE PACIENTŮ S ALKOHOLNÍ MUDLECHYSTIÍDNOU	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN A.S. INTERNÍ ODĚLENÍ	
Jméno vedoucího práce	MAG. TEREZA KUČEROVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis <i>Kučerová</i>	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Kučerová</i>	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Kučerová</i>	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Pěničková Pavlína podpis	
Datum zahájení výzkumu	1.2. 2017	
Datum ukončení výzkumu	30.4. 2017	
Počet oslovených respondentů (personálu)	0	
Počet oslovených respondentů (klientů)	15	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdávan (který bude s respondenty veden)		

V TRUTNOVĚ dne 1.2. 2017

VK

 podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	VYENROVÁ HANA	
Studijní program/obor OŠETŘOVATELSTVÍ VŠEDRŽECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta D 13 0000 46	Ročník 3.
Téma práce	EDUKACE PACIENTŮ S AKUTNÍ CHOLECYSTITIDOU	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN A.S. CHIRURGICKÉ ODĚLENÍ	
Jméno vedoucího práce	MgA. TEREZA KUČEROVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	1.2.2017	
Datum ukončení výzkumu	30.4.2017	
Počet oslovených respondentů (personálu)	0	
Počet oslovených respondentů (klientů)	15	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V MOUTNĚ dne 1.2.2017

podpis studenta

Příloha G Předvýzkum – výsledky

Otázka č. 1	ni	f
ženy	6	60,0%
muži	4	40,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 2	ni	f
18-29 let	1	10,0%
30-39 let	1	10,0%
40-49 let	2	20,0%
50-59 let	1	10,0%
60-69 let	1	10,0%
70 let a více	4	40,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 3	ni	f
ano	10	100,0%
ne	0	0,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 4	ni	f
ano	6	60,0%
ne	4	40,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 5	ni	fi
nedostatek tekutin	0	0,0%
zvýšený příjem tuků	1	10,0%
bakterie	1	10,0%
přemíra alkoholu	0	0,0%
nepravidelné stravování	2	20,0%
2 správné možnosti	0	0,0%
nevím	5	50,0%
jiné: kameny	1	10,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 5	ni	fi
správně zodpovězeno	3	30,0%
nesprávně zodpovězeno	7	70,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 6	ni	fi
ano	10	100,0%
ne	0	0,0%
nevzpomínám si	0	0,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 7	ni	fi
ano	7	70,0%
ne	0	0,0%
nevím	3	30,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 8	ni	fi
méně než 3x denně	4	40,0%
3-4x denně	5	50,0%
5-6x denně	1	10,0%
více než 6x denně	0	0,0%
jiné	0	0,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 9	n	f
s omezením cukrů	0	0,0%
s omezením bílkovin	0	0,0%
neslaná	1	10,0%
s omezením tuků	8	80,0%
nevím	1	10,0%
jiné	0	0,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 9	n	f
správně zodpovězeno	8	80,0%
nesprávně zodpovězeno	2	20,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 10	n	f
vaření	6	27,3%
pečení	5	22,7%
dušení	4	18,2%
smažení	5	22,7%
grilování	2	9,1%
jiné	0	0,0%
Celkem	22	100,0%

Otázka č. 11	n	f
uzeniny	2	7,1%
libové maso	9	32,1%
zelenina a ovoce	5	17,9%
mléčné výrobky	4	14,3%
ryby	4	14,3%
tučné maso	3	10,7%
jiné	1	3,6%
Celkem	28	100,0%

Otázka č. 12	ni	f
správně zodpovězeno	7	70,0%
nesprávně zodpovězeno	3	30,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 13	ni	f
správně zodpovězeno	4	40,0%
nesprávně zodpovězeno	6	60,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 14	ni	f
ano	9	90,0%
ne	1	10,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 15	ni	f
všeobecná sestra	3	33,3%
nutriční terapeut	3	33,3%
lékař	2	22,2%
nevím kdo to byl	1	11,1%
Celkem	9	100,0%

Otázka č. 16	ni	f
ústně	6	66,7%
písemně	0	0,0%
ústně i písemně	3	33,3%
Celkem	9	100,0%

Otázka č. 17	ni	f
stupeň 0	0	0,0%
stupeň 1	0	0,0%
stupeň 2	0	0,0%
stupeň 3	0	0,0%
stupeň 4	2	22,2%
stupeň 5	0	0,0%
stupeň 6	1	11,1%
stupeň 7	3	33,3%
stupeň 8	1	11,1%
stupeň 9	0	0,0%
stupeň 10	2	22,2%
Celkem	9	100,0%

Otázka č. 18	ni	f
ano	7	77,8%
ne	2	22,2%
Celkem	9	100,0%

Otázka č. 19	ni	f
seznam vhodných potravin	4	40,0%
seznam nevhodných potravin	6	60,0%
jiné	0	0,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 20	ni	f
po dobu hospitalizace	0	0,0%
celoživotně	7	70,0%
nevím	3	30,0%
jiné	0	0,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 20	ni	f
správně zodpovězeno	7	70,0%
nesprávně zodpovězeno	3	30,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 21	ni	fi
prevence návratu zánětu	0	0,0%
součást dlouhodobé léčby	0	0,0%
předcházení bolestem břicha	0	0,0%
předcházení opakovaným hospitalizacím	0	0,0%
2 správné odpovědi	8	80,0%
3 správné odpovědi	2	20,0%
nevím	0	0,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 21	ni	fi
správně zodpovězeno	10	100,0%
nesprávně zodpovězeno	0	0,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 22	ni	fi
ano	1	10,0%
ne	9	90,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 23	ni	fi
správně zodpovězeno	3	30,0%
nesprávně zodpovězeno	7	70,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 24	ni	fi
ano	9	90,0%
ne	1	10,0%
Celkem	10	100,0%

Otázka č. 25	ni	fi
nezájem o informace	1	100,0%
Celkem	1	100,0%

Otázka č. 26	n_i	f_i
podané informace byly dostatečné	1	10,0%
neumím odpovédět, nevím	2	20,0%
dietní opatření, jídelníčky	4	40,0%
pohybová opatření	3	30,0%
Celkem	10	100,0%

K předpokladu č. 1 se vztahovaly otázky č. 4, 5, 6, 7, které se týkaly znalostí o akutní cholecystitidě, k předpokladu č. 2a otázky č. 9, 12, 13, 14, 20 a 21, které se týkaly znalostí o dietních opatřeních po akutní cholecystitidě a k předpokladu č. 2b otázky č. 22 a 23, které se týkaly znalostí o pohybovém režimu po akutní cholecystitidě.

Předpoklad č. 1					
Otázka	č. 4	č. 5	č. 6	č. 7	Celkem
Správně zodpovězeno	60%	30%	100%	70%	65%
Nesprávně zodpovězeno	40%	70%	0%	30%	35%
Celkem	100%	100%	100%	100%	100%

Na základě těchto výsledků byla upravena procentuální hodnota výzkumného předpokladu č. 1.

Předpoklad č. 2a							
Otázka	č. 9	č. 12	č. 13	č. 14	č. 20	č. 21	Celkem
správně zodpovězeno	80%	70%	40%	90%	70%	100%	75%
nesprávně zodpovězeno	20%	30%	60%	10%	30%	0%	25%
Celkem	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Na základě těchto výsledků byla upravena procentuální hodnota výzkumného předpokladu č. 2a.

Předpoklad č. 2b			
Otázka	č. 22	č. 23	Celkem
správně zodpovězeno	10%	30%	20%
nesprávně zodpovězeno	90%	70%	80%
Celkem	100%	100%	100%

Na základě těchto výsledků byla upravena procentuální hodnota výzkumného předpokladu č. 2b (autor, 2017).

Příloha H Návrh edukačního standardu

Název: Edukační standard k edukaci pacientů s akutní cholecystitidou

Charakteristika standardu:

ošetřovatelský standard

Cílová skupina: pacienti s akutní cholecystitidou

Cíle standardu:

1. Pacient získá vědomosti o akutní cholecystitidě, dietních a pohybových opatření po akutní cholecystitidě a o důvodech nutnosti dodržovat režimová opatření.
2. Pacient aktivně spolupracuje, podílí se na léčbě a prevenci relapsu onemocnění.
3. Pacient prokazuje vědomosti o akutní cholecystitidě, dietních a pohybových opatření po akutní cholecystitidě a důvodech nutnosti dodržovat režimová opatření.

Závazný pro: všeobecné sestry

Vydání standardu: červen 2017

Platnost standardu: 1 rok

Kontrola standardu: průběžně, nepravidelně, minimálně 1x v platném období

Kontrolor standardu: manager ošetřovatelské péče

vrchní sestra

Podpis:

Podpis:

Standard vypracoval:

Podpis:

Standard schválil: hlavní sestra

Podpis:

Kritéria struktury:

- S1: Edukátor: všeobecná sestra, zdravotnický záchranář, nutriční terapeut.
- S2: Pomůcky: tabulky s vhodnými a nevhodnými potravinami a nápoji, seznam vhodných a nevhodných pohybových aktivit, psací potřeby, papír.
- S3: Prostředí: vyšetřovna, pokoj pacientů.
- S4: Dokumentace: ošetrovatelská dokumentace, formulář pro záznam o edukaci.

Kritéria procesu:

- P1: Všeobecná sestra (dále jen sestra) se pacientovi představí, ověří jeho totožnost a vyžádá si jeho souhlas s edukací.
- P2: Sestra posoudí úroveň vědomostí pacienta o probíraném tématu, psychický i fyzický stav pacienta, úroveň spolupráce, jeho schopnost učení a dodržování režimových opatření.
- P3: Sestra společně s pacientem stanoví ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II.
- P4: Sestra společně s pacientem stanoví cíle edukace.
- P5: Sestra společně s pacientem stanoví obsah a rozsah edukace.
- P6: Sestra zvolí vhodné metody, formu, pomůcky, časový rámec a způsob hodnocení edukace. Edukaci sestra přizpůsobí potřebám pacienta a může ji rozdělit do několika dílčích sezení. Minimální počet sezení je jedno. Na přání pacienta se edukace mohou zúčastnit rodinní příslušníci nebo jiné osoby.
- P7: Sestra edukuje pacienta o:
- ✓ akutní cholecystitidě (anatomie, příčiny, patofyziologie)
 - ✓ dietních opatření po akutní cholecystitidě (omezení tuků, lehce stravitelné potraviny, malé porce, častější stravování během dne, nedráždivé nápoje)
 - ✓ pohybových opatření po akutní cholecystitidě (klidový režim, vyvarování se zvýšené zátěže a činností, při kterých se stlačuje žlučník)
 - ✓ o důvodech nutnosti dodržovat režimová opatření (v rámci prevence vzniku recidiv)
 - ✓ podá souhrn veškerých informací pro zpětnou vazbu.
- P8: Sestra během edukace nabízí pacientovi prostor pro otázky.
- P9: Sestra poskytne pacientovi ucelený edukační materiál a doporučí mu další vhodné informační zdroje.

P10: Po ukončení edukace sestra zpětnou vazbou ověří, zda pacient edukaci porozuměl a provede vyhodnocení edukace. V případě, že nebyly některé cíle splněny, naplánuje další edukační sezení.

P11: Sestra provede průběh edukace do formuláře pro záznam o edukaci vč. data, času a podpisů sestry i pacienta.

Kritéria výsledku:

V1: Sestra, která edukovala, se pacientovi představila.

V2: Edukace pacienta proběhla podle stanoveného plánu.

V3: Pacient je edukován ve všech oblastech z kritéria P6.

V4: Pacient má informace o dalších informačních zdrojích.

V5: Průběh edukace je zaznamenán v ošetrovatelské dokumentaci.

Ošetrovatelský audit:

Název: Vyhodnocení splnění edukačního standardu k edukaci pacientů s akutní cholecystitidou.

Oddělení:

Datum:

Metody: otázky pro sestry, otázky pro pacienta, pozorování sestry při edukaci, kontrola pomůcek, kontrola prostředí, kontrola doby, kontrola dokumentace.

Sestra:

Podpis:

Auditor/auditoři:

Podpis/podpisy:

Vyhodnocení auditu:

SPLNĚN

NESPLNĚN

Kontrolní kritéria a metody hodnocení výsledků návrhu edukačního standardu

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
S1-S4	Byly splněny podmínky v kritériích struktury S1-S4?		8 b.	0 b.
S1	Byl edukátorem sestra nebo zdravotnický záchranář?	kontrola edukátora, pomůcek, prostředí, dokumentace	1 b.	0 b.
S2	Měla sestra tabulky s vhodnými a nevhodnými potravinami a nápoji?		1 b.	0 b.
	Měla sestra seznam vhodných a nevhodných pohybových aktivit?		1 b.	0 b.
	Měla sestra k dispozici psací potřeby?		1 b.	0 b.
	Měla sestra k dispozici papír?	1 b.	0 b.	
S3	Proběhla edukace ve vhodném prostředí?	otázka pro sestru, pacienta	1 b.	0 b.
S4	Měla sestra ošetrovatelskou dokumentaci?	kontrola dokumentace	1 b.	0 b.
	Měla sestra formulář pro záznam o edukaci?		1 b.	0 b.

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
P1	Byly splněny podmínky v kritériu P1?		3 b.	0 b.
	Představila se sestra pacientovi?	otázka pro sestru, pacienta, kontrola dokumentace	1 b.	0 b.
	Ověřila si sestra totožnost pacienta?		1 b.	0 b.
	Vyžádala si sestra od pacienta souhlas s edukací?		1 b.	0 b.
P2	Posoudila sestra kritéria uvedená v bodě P2?		6 b.	0 b.
	Posoudila sestra úroveň vědomostí pacienta o probíraném tématu?	pozorování sestry, dotaz pro pacienta	1 b.	0 b.
	Posoudila sestra psychický stav pacienta?		1 b.	0 b.
	Posoudila sestra fyzický stav pacienta?		1 b.	0 b.
	Posoudila sestra úroveň spolupráce?		1 b.	0 b.
	Posoudila sestra schopnost učení pacienta?		1 b.	0 b.
	Posoudila sestra schopnost dodržování režimových opatření?		1 b.	0 b.

P 3	Stanovila sestra společně s pacientem ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II ?	dotaz pro pacienta, pozorování sestry, kontrola dokumentace	1 b.	0 b.
P4	Stanovila sestra společně s pacientem cíle edukace?	dotaz pro pacienta, pozorování sestry, kontrola dokumentace	1 b.	0 b.
P5	Stanovila sestra společně s pacientem obsah a rozsah edukace?	dotaz pro pacienta, pozorování sestry, kontrola dokumentace	2 b.	0 b.
	Stanovila sestra společně s pacientem obsah edukace?		1 b.	0 b.
	Stanovila sestra společně s pacientem rozsah edukace?		1 b.	0 b.
P6	Splnila sestra kritéria uvedená v bodě P6?	dotaz pro pacienta, pozorování sestry, kontrola dokumentace	6 b.	0 b.
	Zvolila sestra vhodné metody edukace?		1 b.	0 b.
	Zvolila sestra vhodnou formu edukace?		1 b.	0 b.
	Zvolila sestra vhodné pomůcky k edukaci?		1 b.	0 b.
	Zvolila sestra vhodný časový rámec edukace?		1 b.	0 b.
	Zvolila sestra vhodný způsob hodnocení edukace?		1 b.	0 b.
	Přizpůsobila sestra edukaci potřebám pacienta?		1 b.	0 b.
P7	Realizovala sestra kritéria uvedená v bodě P6?	dotaz pro pacienta, pozorování sestry, kontrola dokumentace	5 b.	0 b.
	Edukovala sestra pacienta o akutní cholecystitidě?		1 b.	0 b.
	Edukovala sestra pacienta o dietních opatření po akutní cholecystitidě?		1 b.	0 b.
	Edukovala sestra pacienta o pohybových opatření po akutní cholecystitidě?		1 b.	0 b.
	Edukovala sestra pacienta o důvodech nutnosti dodržovat režimová opatření?		1 b.	0 b.
	Poskytla sestra pacientovi souhrn veškerých informací pro zpětnou vazbu?		1 b.	0 b.

P8	Nabídla sestra pacientovi prostor pro otázky?	pozorování sestry, dotaz pro pacienta	1 b.	0 b.
P9	Splnila sestra kritéria uvedená v bodě P9?	dotaz pro pacienta, kontrola dokumentace	2 b.	0 b.
	Poskytla sestra pacientovi ucelený edukační materiál?		1 b.	0 b.
	Doporučila sestra pacientovi další vhodné informační zdroje?		1 b.	0 b.
P10	Splnila sestra kritéria uvedená v bodě P10?	pozorování sestry, kontrola dokumentace	2 b.	0 b.
	Ověřila sestra, zda pacient edukaci porozuměl?		1 b.	0 b.
	Provedla sestra vyhodnocení edukace?		1 b.	0 b.
P11	Provedla sestra záznam do dokumentace?	kontrola dokumentace	1 b.	0 b.

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
V1	Představila se sestra pacientovi před vlastní edukací?	dotaz pro pacienta	1 b.	0 b.
V2	Proběhla edukace dle stanoveného plánu?	pozorování sestry, kontrola dokumentace	1 b.	0 b.
V3	Byl pacient edukován ve všech oblastech kritéria P6?	dotaz pro pacienta, kontrola dokumentace	5 b.	0 b.
	Byl pacient edukován o akutní cholecystitidě?		1 b.	0 b.
	Byl pacient edukován o dietních opatření po akutní cholecystitidě?		1 b.	0 b.
	Byl pacient edukován o pohybových opatření po akutní cholecystitidě?		1 b.	0 b.
	Byl pacient edukován o důvodech nutnosti dodržovat režimová opatření?		1 b.	0 b.
	Byl pacientovi poskytnut souhr veškerých informací pro zpětnou vazbu?		1 b.	0 b.
V4	Byl pacient informován o dalších informačních zdrojích?	dotaz pro pacienta, kontrola dokumentace	1 b.	0 b.
V5	Je průběh edukace zaznamenán v dokumentaci?	kontrola dokumentace	1 b.	0 b.

Kritéria splnění návrhu edukačního standardu

Počet bodů	Procento úspěšnosti	Splnění standardu
38-47 b.	80-100 %	splněn
méně než 38 b.	méně než 80 %	nesplněn

Koncept standardu vychází z Juřeníkové (2010) a Tóthové (2012).