

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Bakalářská práce

2016

Markéta Moučková

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Dodržování režimových opatření u nemocných indikovaných k chirurgické léčbě
hemoroidů

Markéta Moučková

Bakalářská práce

2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta Moučková**
Osobní číslo: **Z13202**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Dodržování režimových opatření u nemocných indikovaných k chirurgické léčbě hemoroidů**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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

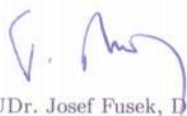
Seznam odborné literatury:

1. ANDĚL, Petr, Matěj ŠKROVINA a Vítězslav DUCHÁČ. Základy praktické proktologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 220 s. ISBN 978-80-7262-892-6.
2. ČIHÁK, Radomír. Anatomie. 2. vyd. Praha: Grada, 2013, 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
3. ČOUPKOVÁ, Hana. Ošetřovatelství v chirurgii. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-802-4731-292.
4. SCHUMPELICK, Volker a Jan KUBAČÁK. Chirurgie - stručný atlas operací a výkonů: (chirurgie břicha, náhlé příhody břišní). 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 198 s. ISBN 978-802-4745-312.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Hana Ochtinská**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2016**



prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.



PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2016

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na mojí práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 03. 10. 2015

Markéta Moučková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala všem, kteří mi pomáhali při psaní této bakalářské práce. Děkuji mé vedoucí práce Mgr. Haně Ochtinské za odborné připomínky, cenné rady a především trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat vedení a celému týmu jednodenní chirurgie, kde mohl výzkum v proktologické ambulanci probíhat. Dík patří i mé rodině a přátelům, kteří mě při studiu psaní této bakalářské práce podporovali.

ANOTACE

Bakalářská práce je věnována tématu „Dodržování režimových opatření u nemocných indikovaných k chirurgické léčbě hemoroidů.“

Obsahuje část teoretickou a praktickou.

Teoretická část se věnuje charakteristice nemoci, diagnostice, léčbě a ošetrovatelské problematice tohoto onemocnění.

Výzkumná část se věnuje vyhodnocení otázek z dotazníku ohledně problematiky režimových opatření u pacientů po operaci hemoroidů.

KLÍČOVÁ SLOVA

diagnostika, hemoroidy, chirurgické řešení, krvácení z konečníku, režimová opatření

TITLE

Compliance with regime measures in patients indicated for surgical treatment of hemorrhoids

ANNOTATION

Bachelor thesis is devoted to the topic "Compliance with regime measures in patients indicated for surgical treatment of hemorrhoids."

Thesis contains theoretical and practical part. The theoretical part deals with the characteristics of the disease, diagnostics, treatment and nursing problems of it.

The research part is devoted to the evaluation of questions from the questionnaire on the issue of regime measures in patients after surgery of hemorrhoids.

KEYWORDS

anal bleeding, diagnostics, haemorrhoids, regime measures, surgical solutions

Obsah

ÚVOD.....	10
Cíle práce	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Anatomie a fyziologie konečníku	12
1.1 Svaly konečníku	13
1.2 Cévní a nervové zásobení.....	13
1.3 Defekace.....	14
2 Hemoroidální nemoc.....	15
2.1 Charakteristika onemocnění.....	15
2.2 Klasifikace hemoroidů	16
2.3 Klinický obraz.....	16
2.4 Diagnostika	17
2.4.1 Anamnéza	17
2.4.2 Fyzikální vyšetření.....	18
2.5 Léčba hemoroidů.....	20
2.5.1 Konzervativní léčba	20
2.5.2 Miniinvazivní léčba	20
2.5.3 Chirurgická léčba.....	21
2.6 Komplikace	23
2.6.1 Trombóza análních žil	23
2.6.2 Prolaps hemoroidů s akutním uskřínutím	23
2.6.3 Krvácení.....	23
3 Ošetrovatelská péče o pacienta po operaci hemoroidů.....	25
3.1 Pooperační péče	25
3.1.1 Poloha nemocného	25

3.1.2	Sledování fyziologických funkcí	26
3.1.3	Bolest a poruchy spánku	26
3.1.4	Močení	26
3.1.5	Hygiena a převazy operovaného pacienta	27
3.1.6	Výživa	27
3.1.7	Vyprazdňování	27
4	Edukace	29
4.1	Edukace v pooperačním období	29
II VÝZKUMNÁ ČÁST		30
5	Metodika výzkumu	30
5.1	Metodika a technika výzkumu	30
5.2	Charakteristika výzkumného vzorku	30
5.3	Zpracování dat	31
6	Prezentace výsledků	32
7	Diskuze	47
8	Závěr	51

Seznam obrázků

Obr. 1 Graf informovanosti pacientů před operací.	32
Obr. 2 Graf srozumitelnosti informací.	33
Obr. 3 Graf o nutnosti dodatečného zjišťování informací.	34
Obr. 4 Graf o zdroji informací o režimových opatřeních.	35
Obr. 5 Graf informovanosti od sester.	36
Obr. 6 Graf informovanosti od lékaře.	36
Obr. 7 Graf režimových opatření v prvních třech týdnech.	37
Obr. 8 Graf četnosti hygieny konečníku.	38
Obr. 9 Graf péče o hygienu konečníku.	39
Obr. 10 Graf užívání projímadel.	40
Obr. 11 Graf jídelníčku v pooperačním období.	41
Obr. 12 Graf zařazování vlákniny do stravy.	42
Obr. 13 Graf zobrazující příjem tekutin.	42
Obr. 14 Graf nejvhodnějších tekutin.	43
Obr. 15 Graf užívání analgetik.	44
Obr. 16 Graf pohlaví respondentů.	44
Obr. 17 Graf věku respondentů.	45
Obr. 18 Graf vzdělání.	46

SEZNAM ZKRATEK

a. - arterie

v. – vena

HM- hemoroidální nemoc

ATB – antibiotika

RTG – rentgenové vyšetření

UZ – ultrazvukové vyšetření

CT – počítačová tomografie

NMR – nukleární magnetická rezonance

i.v. - intravenózní

i.m. - intramuskulární

ÚVOD

Hemoroidy patří k nejčastějším onemocněním konečníku. Toto onemocnění trápilo obyvatelstvo odjakživa a postihuje všechny věkové skupiny lidí. Udává se, že více než 50% populace starší 50 let má s touto chorobou zkušenosti. Incidence tohoto onemocnění se i nadále zvyšuje. (Adamová, 2012, s. 543)

Hemoroidy jsou fyziologické a jsou v konečníku každého z nás. Problémy začínají způsobovat, až pokud se začnou rozšiřovat a zvětšovat. Nejčastějšími mechanismy vzniku bývají blokáda odtoku krve, zvýšený svalový tonus a nedostatečnost pojivové tkáně. (Jech, 2008, s. 262)

Jedním z nejčastějších projevů této nemoci bývá krvácení. Krvácení může být jednorázové v malém množství, ale může být opakovaně i větší množství krve při stolici. Nikdy se nemůžeme spoléhat pouze na nález hemoroidů. Krvácení může signalizovat i závažnější onemocnění než jsou hemoroidy. Proto je potřeba tuto chorobu nepodceňovat a vždy vyhledat lékaře. (Korbička, 2009, s. 36)

Toto téma jsem si vybrala, jelikož si myslím, že je velice aktuální, vzhledem k jeho četnému výskytu. Zároveň je mi velice blízké, protože jsem v kontaktu s touto problematikou již několik let. Každé onemocnění je pro člověka náročné o to víc problematika konečníku, která je pro pacienty velice intimní a náročná. Vzhledem k intimní oblasti si myslím, že většina lidí se snaží si tyto problémy vyřešit sama a lékaře navštíví, až pokud není jiné řešení. Proto je třeba být při návštěvě pacienta s těmito obtížemi maximálně diskrétní a zapůsobit na pacienta pozitivně a získat si jeho důvěru. Pacient by se měl dozvědět, jaké jsou možnosti léčby a s tím související režimová opatření, která bude muset po operaci dodržovat a která ho po dobu rekonvalescence omezí v běžných aktivitách osobních i pracovních.

Cíle práce

Teoretický cíl:

Uvedení do problematiky hemoroidů, specifické ošetrovatelské péče u pacienta po operaci hemoroidů a jeho edukaci.

Výzkumné cíle:

1. Zjistit znalosti o režimových opatřeních.
2. Zjistit zda respondenti dodržují režimová opatření ve třech týdnech pooperačního období.
3. Vytvořit edukační materiál o největších nedostacích v pooperačním režimu nemocných po operaci hemoroidů.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie a fyziologie konečníku

Konečník, rektum je poslední úsekem tlustého střeva, které navazuje na esovitý tračník. Rektum je uloženo v malé pánvi. (Naňka, Elišková 2009, s. 161)

Rektum je zpravidla dlouhé 12-16 cm a široké cca 4 cm. Konečník má dvě části, horní – rektum – ampulla recti a dolní část canalis analis, která ústí na povrch řitním otvorem – anem. Ampulla recti má délku 10-12 cm a přechází do analis canalis. Sliznice konečníku je tlustá, kyprá a krytá jednovrstevným cylindrickým epitelem. Má nažloutlou až růžovou barvu. Skládá se do četných řas, které se při náplni konečníku vyhlazují a mizí. V rektu se nachází tři příčné poloměsíčité řasy – plicae transversales recti. (Anděl, Ducháč, Škrovina, 2009, s. 1)

Řitní kanál - canalis analis má délku přibližně 4 cm je užší a od ampuly rekta se liší podélnou orientací slizničních řas - columnae anales. Ty jsou rozloženy po celém análním kanálu. (Naňka, Elišková 2009, s. 161-162)

V horní části řitního kanálu se nachází tzv. anální tranzitní zóna, která obsahuje šest až dvanáct slizničních řas. Každá větev obsahuje koncovou větev rektální tepny a žíly a vytvářejí spolu arteriovenózní spoje. Rozšířené žíly jsou podkladem pro vznik vnitřních hemoroidů. (Šlauf, Antoš, Marx, 2014, s. 223)

Columnae anales přecházejí nad řitním otvorem do cirkulárně zesíleného slizničního prstence. Ten je podmíněn nahromaděním žilních pletení, zona hemorrhoidalis interna. Sliznice na začátku kanálu je tvořena cylindrickým epitelem a naopak zevní ústí kanálu je tvořeno dlaždicovým epitelem. V zevní části kanálu se nachází zona hemorrhoidalis externa. Když dojde k dilataci stěny žil v této oblasti, mohou vzniknout zevní hemoroidy. (Naňka, Elišková 2009, s. 161-162)

Anus – řiť je otvor, kde končí řitní kanál a je zde tmavší kůže, protože je více pigmentovaná. Kůže se skládá v několik řas, které se vyrovnávají v průběhu vyprazdňování. Kůže v okolí konečníku obsahuje velké množství potních a mazových žláz, také pachové žlázy a chlupy. (Horák, 2013, s. 24)

1.1 Svaly konečníku

Stěny kolem řitního kanálu a řitě jsou obklopeny soustavou svěračů, které pevně uzavírají ústí trávicí trubice a otevírají jej pouze při vypuzování plynů a stolice. Podílí se tedy na kontinenci.

Musculus sphincter ani internus – vnitřní řitní svěrač je tvořený hladkou svalovinou. Obemývá $\frac{3}{4}$ délky řitního kanálu.

Musculus sphincter ani externus – vnější svěrač je tvořený z příčně pruhované svaloviny, umístěný vně od vnitřního řitního svěrače a obemýkající celý řitní kanál. Popisují se tři samostatné části (aborální směrem): hluboká, povrchová a podkožní.

Musculus puborectalis - je nejmediálnější částí musculus levator ani a je tvořen příčně pruhovaným svalstvem a vytváří trychtýřovité sevření kolem konečníku v male pánvi. (Horák 2013, s. 25)

1.2 Cévní a nervové zásobení

Střevo zásobuje tepennou krví a. mesenterica superior a inferior. Rektum je vyživováno horní rektální arterií a. rectalis superior z dolní mesenterické tepny. Střední rektální tepnou a. rectalis media z vnitřní ilické tepny, a dolní rektální tepnou a. rectalis inferior z aetria pudenda interna, která končí v kůži a svalovině řitě a řitního kanálu. (Horák, 2013, s. 26-27; Kala, Procházka et al 2010, s. 190)

V konečníku se nachází rozsáhlá žilní síť, která odvádí odkysličenou krev do srdce. Vény svým průběhem odpovídají tepnám. Vnější konečnicková žilní pleteň je umístěna na povrchu konečníku. Vnitřní, hluboká žilní konečnicková pleteň je uvnitř submukózy a začíná ihned za řitním otvorem. Uvnitř kanálu je jako podélná protažení s rozšířenými vaky – kapsami, uspořádanými do kruhu, které jsou navzájem propojeny spojkami. Tyto vaky vidíme při rektoskopickém vyšetření na číslech 3,7,11 hodinového ciferníku. Funkce těchto žilních pletení je nezbytná pro kontinenci. Venózní krev odtéká z konečnickové žilní pleteně do vrátnicové žíly - vena portae a do jater. (Horák, 2013, s. 27-28 ; Naňka, Elišková, 2009, s. 162)

Nervové zásobení konečníku je ze dvou různých zdrojů. Orální část inervují autonomní nervy a aborální část inervují míšní nervy. Autonomní inervace se dělí na sympatickou a parasympatickou. Sympatická vlákna pro řitní kanál vychází z plexus hypogastricus

superior přes nervi hypogastrici do plexus hypogastricus inferior do stěny konečníku k cévám, žlázám a vnitřnímu svěrači. Sympatikus udržuje svalové napětí a vyvolává stahy. Parasympatická vlákna vedou prostřednictvím nervi splanchnici sacrales a slouží ke stimulaci hladké svaloviny a inhibici vnitřního svěrače. Hlavními funkcemi parasympatiku jsou trvalý uzávěr řitního kanálu a uvolnění při náhlé náplni rekta stolicí. Kůže a sliznice v oblasti konečníku je bohatě inervována, což vede například k rozlišení plynné, kapalné nebo pevné stolice při vyprazdňování. (Horák, 2013, s. 26)

1.3 Defekace

Hlavní funkcí konečníku je defekace, tedy vyměšování odpadního materiálu z trávicí trubice. Defekace je složitý a stále ne úplně objasněný děj. Vnitřní a vnější svěrač brání samovolnému odchodu stolice. Až naplnění rekta a tlak relaxují vnitřní svěrač a vyvolají kontrakci zevního svěrače. Roztažení rekta způsobí peristaltické vlny, které tlačí stolicí dále do konečníku. Vytlačení obsahu se děje pomocí kosterních svalů. Během defekace vyvíjejí tlak na zažívací ústrojí bránice, hrudníkové svaly a především svaly břišního lisu. Uvolněný zevní anální svěrač umožňuje odchod stolice. Proces může být přerušen vůlí pomocí kontrakce zevního análního svěrače. Opakované zadržování defekace může vést k problémům s vyprazdňováním. (Rokyta 2008, s. 146)

Trávicí systém přispívá k vylučování zplodin látkové výměny a škodlivých látek. Činností jater se žlučí a následně stolicí vylučuje bilirubin a cholesterol. Množství vyloučené stolice je převážně závislé na charakteru přijímané potravy. (Kittnar, 2011, s. 359)

2 Hemoroidální nemoc

Hemoroidy jsou varikózně rozšířené cévní pleteně nacházející se v konečniku nebo anu. Medicína používá název hemoroidy pro popis fyziologických anatomických struktur, přítomných u člověka od narození. Tyto struktury mají důležitou funkci při udržení kontinence stolice. O hemoroidální nemoci (HN) mluvíme tehdy, pokud jsou hemoroidální uzly zvětšeny a způsobují pacientům různé obtíže. (Korbička, Vlček, Chalupník, 2010, s. 274)

2.1 Charakteristika onemocnění

HN byla známa již před 2000 lety, kdy Marziale ve svých epigramech napsal: „*Manželka má hemoroidy, manžel má hemoroidy, dcera, zeť, vnuk mají hemoroidy a nemohou se zbavit této zbabělé nemoci správců, statkářů, tvrdých rolníků a oráčů. Staří a mladí, všichni mají hrozny hemoroidů. Věc věru zvláštní, jen půda nemá hrozny.*“ (Horák, 2013, s. 17)

Pojem hemoroidy pochází od Hippokrata a pochází ze slov haima – krev a reo – plynout, téci. Hemoroidy jsou žilní pleteně nacházející se v submukóze na obou koncích řitního kanálu a jsou fyziologickou součástí anu. (Jech, 2008, s. 262)

V horní části řitního kanálu se nachází tzv. anální tranzitní zóna, která obsahuje šest až dvanáct slizničních řas. Každá větev obsahuje koncovou větev rektální tepny a žíly a vytvářejí spolu arteriovenózní spoje. Rozšířené začátky žil jsou podkladem pro vznik vnitřních hemoroidů. Tento vnitřní hemoroidální komplex je normální součástí konečniku. Slouží k udržení odchodu hlenu, plynů a řídké stolice. Je součástí svěračového mechanismu. (Šlauf, Antoš, Marx, 2014, s. 223)

Vnitřní hemoroidy jsou obvykle tři v číslech ciferníku 3, 7, 11. Při vnějším ústí jsou vnější hemoroidální pleteně a nachází se distálně od linea denta. Bolestivost v oblasti konečniku pod linea denta je způsobována bohatou senzitivní inervací v oblasti análního kanálu a kůže konečniku. Výkony nad linea denta jsou minimálně bolestivé, protože zde převažuje vegetativní inervace. (Jech, 2008, s. 262)

Dále v konečniku nacházíme hemoroidy intermediární tzv. přechodové. Takto je označována část mezi vnitřními a zevními hemoroidy. (Korbička, Vlček, Chalupník, 2010, s. 274)

Primární roli při vzniku hemoroidů hraje dědičnost a tělesná konstituce. Spouštěcím faktorem mohou být chronické problémy s vyprazdňováním, zácpa, ale i průjmy. U žen má vliv,

těhotenství, porod a užívání hormonální antikoncepce. Se vznikem hemoroidů může souviset i větší konzumace koření, silné kávy, alkoholu a jízda na kole či koni. Rozvojem jsou ohroženi lidé se sedavým způsobem života, ale naopak i lidé, kteří musí dlouho stát nebo dělají fyzicky náročnou práci. (Herman, 2011, s. 223)

Ve vzniku hemoroidů se uplatňují tři důležité faktory a to blokáda odtoku žilní krve, trvale zvýšený tonus análního svěrače (hypertonus) a nedostatečnost pojivové tkáně především ve stáří, při podvýživě či těhotenství. Důsledkem je zvětšení hlavních uzlů umístěných na čísle 3, 7 a 11 a později i uzlů mezi nimi. (Jech, 2008, s. 262)

2.2 Klasifikace hemoroidů

Základní dělení hemoroidů je na vnitřní, zevní a přechodné. Ke stanovení rozsahu hemoroidální nemoci se používá Goligherova čtyřstupňová klasifikace. (Jech, 2008, s. 262)

Dle morfologických a klinických změn se rozlišují čtyři stupně hemoroidů:

I. stupeň: jen anoskopicky viditelné polštářky

II. stupeň: prolaps u defekace – retrahuje se spontánně

III. stupeň: prolaps u defekace – manuálně reponibilní

IV. stupeň: prolaps perianálně fixovaný a fibrózní - nereponibilní

U stadia III. stupně se ještě rozděluje, zda prolabuje jeden uzel či zda je prolaps cirkulární. (Viz příloha A)

Dnes se medicína začíná přiklánět k jednoduššímu dělení. Uzly I. a II. stupně označujeme jako LGH – low grade haemorrhoids a uzly III. a IV. stupně jako HGH – high grade haemorrhoids. (Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 100)

2.3 Klinický obraz

Klinický obraz u HN je různorodý a netypický a existuje i u mnoha jiných proktologických nemocí. Nejčastějším příznakem bývá krvácení. Krvácení může být při stolici, ale také po vyprázdnění do mísy či na toaletní papír. Krev je světle červená. Může se vyskytovat v podobě kapek nebo stříkanců a potřísnit tak toaletní mísu. Nebo může být v podobě otisku

na toaletní papír. Může se vyskytovat denně nebo jednou za čas a poté spontánně vymizet. Pokud je krvácení velké, může vést až k anémiím. (Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 100)

U HN může být narušena i jemná kontinence a může způsobovat znečištění prádla od stolice nebo vlhkost v oblasti konečníku. To může způsobovat svědění v oblasti konečníku a anální ekzémy. Pacienti si mohou stěžovat na tupý tlak v oblasti konečníku. Bolesti konečníku nejsou pro HN typické. Proto je třeba myslet na jiná proktologická onemocnění. Často jsou udávány bolesti a řezání a mohou značit pro ragády či fisury sliznice nebo kůže konečníku. Silné bolesti mohou poukazovat i na hemoroidální trombózu či otok uzlů. (Adamová, 2012, s. 544)

2.4 Diagnostika

Diagnostika hemoroidů je zaměřená především na oblast konečníku a slouží k vyloučení jiné než hemoroidální nemoci. Například afekcím na zevním konečníku jako jsou fisury, píštěle nebo kondylomata. Není však dostačující. Za příznaky hemoroidální nemoci se mohou skrývat i jiná onemocnění. Například zánětlivé nebo nádorové onemocnění a proto není většinou samotné proktologické vyšetření dostačující a je potřebné další endoskopické dovyšetření. (Korbička, 2009, s. 36)

2.4.1 Anamnéza

Anamnéza je řízený rozhovor s pacientem zaměřený na minulost související s nynějším onemocněním a je důležitým přínosem pro stanovení diagnózy. Pacient by měl vědět, že jeho informace jsou důležité pro urychlení diagnostiky a tím i jeho léčení. (Nejedlá 2006, s. 14-15)

Ptáme se na nynější onemocnění pacienta. S jakými problémy přichází, od kdy trvají, jaké je jejich intenzita, zda se vyskytují poprvé nebo opakovaně. Důležitý je provokující moment obtíží a opatření vedoucí k úlevě. V osobní anamnéze zjišťujeme dosavadní nemoci, operace a především operace na anorektu. Také nás zajímá užívání projímadel a konzumace kávy. Dodnes se postupuje podle schématu prof. Jana Nováka, nestora naší proktologie, které je vyčerpávající a neopomíná žádný podstatný příznak. Zabývá se krvácením – zda je v závislosti na stolici, zda je či není pravidelné; vzhledem krve - jasně červená, tmavě červená, tekutá, sražená, černá stolice; intenzitou krvácení; bolestí - při stolici, po stolici, lokalizací bolesti, vystřelováním a typem bolesti. Sleduje zduření a hmatné útvary v konečníku nebo jeho okolí, bolestivost, výhřez; sekreci, o jakou sekreci se jedná, zda je v souvislosti se stolicí nebo ne; svědění, jeho lokalizaci a dobu (přes den, v noci, trvale);

stolici, konzistenci, počet stolic, změny ve vyprazdňování, tenesmy a kontinence. (Horák, 2013, s. 51)

Farmakologická anamnéza zjišťuje léky, které pacient užívá. Mohou nás zajímat především léky na ředění krve, například Warfarin a dále léky, které ovlivňují barvu stolice například železo. Alergická anamnéza zjišťuje alergie na lokální anestetika, jód, ATB nebo desinfekce. Rodinná anamnéza se zaměřuje na prodělané onemocnění u pokrevných příbuzných. Ptáme se v kolika letech a na jaké onemocnění zemřeli, zda někdo v rodině měl karcinom tlustého střeva či konečníku nebo zda v příbuzenstvu někdo nemá Crohnovu chorobu či ulcerózní kolitidu. Dále na pracovní a sociální anamnézu, kdy zjišťujeme, jestli má pacient fyzicky náročnou práci či sedavé zaměstnání. U žen je důležitá i anamnéza gynekologická. (Nejedlá, 2006, s. 15-16)

2.4.2 Fyzikální vyšetření

Proktologické vyšetření pacienta je možné provádět v poloze kolenoloketní, v poloze na boku či v poloze gynekologické, která je nejužívanější pro pohodlí pacienta a dobrou přehlednost lékaře. (Korbička, 2010, s. 275)

Součástí vyšetření pacienta musí být aspekce s palpací a digitální vyšetření konečníku i jeho okolí a anoskopie. Nedílnou součástí je i endoskopické vyšetření. Protože za příznaky hemoroidální nemoci se mohou skrývat i jiné choroby, především nádory a záněty. Proto je minimálně nezbytná rektoskopie do 15 cm rekta a při rodinné či osobní onkologické anamnéze je indikovaná totální kolonoskopie. (Šlauf, Antoš, Marx, 2014, s. 224)

Při aspekce hledáme vnější onemocnění anální oblasti. Například pruritus ani, anální ekzémy, anorektální kondylomata, řitní trhliny, anální píštěl a anální abces. Můžeme diagnostikovat i hemoroidy třetího a čtvrtého stupně v podobě prolabovaných hemoroidů. (Horák, 2013, s. 52)

Per rektum vyšetření umožňuje vyloučení patologických rezistencí. Lze zhodnotit tonus svěrače a anorektální úhel. Při tomto vyšetření je možno vyšetřit i kostrč, svěrače a u mužů prostatu. (Malá et al, 2013, s. 208-209)

Existence hemoroidů je indikací k digitálnímu a především endoskopickému vyšetření. Zaměřuje se především na vyloučení nádoru, krvácení ulcerózní kolitidy, rektální formy Crohnovy choroby, benigní cévní dysplazie, polypu či pruritu, který může být sekundárním doprovodem fisury, píštěle, hemoroidů nebo kryptitidy. (Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 5)

Anoskopie je zaměřená především na vyšetření hemoroidální zóny a stanoví klinický stupeň hemoroidů. (Korbička, 2010, s. 275)

Rektoskopie vyšetří konečník do vzdálenosti 16-25 cm. Příprava na ni spočívá v podání klyzmatu Yal, jednu hodinu před vyšetřením. V jejím průběhu se může například provádět i odběr bioptických vzorků. (Horák, 2013, s. 54)

Kolonoskopie je vyšetření celého tlustého střeva včetně céka. Indikuje se při pozitivní rodinné anamnéze, a při nevysvětlení obtíží u anoskopie nebo rektoskopie a u pacientů starších 50 let věku jako prevence kolorektálního karcinomu. (Korbička, 2010, s. 275)

Vyšetření se provádí v premedikaci či celkové anestezii. Důležitá je psychická příprava na vyšetření a fyzická příprava, kdy pacient 3 dny před vyšetřením drží bezsezbytkovou dietu a večer před vyšetřením pije projímavé roztoky na vyprázdnění celého tlustého střeva. Po vyšetření u pacienta sledujeme fyziologické funkce, bolest, krvácení, vzhled stolice a celkový stav pacienta. (Slezáková, 2010, s. 23)

Dalšími vyšetřovacími metodami v oblasti anorekta jsou RTG vyšetření, UZ, CT a NMR.

Nativní snímek břicha ve stoje se indikuje především u náhlých příhod břišních k vyloučení ileózního stavu.

Transabdominální ultrasonografie slouží k vyloučení zánětlivých procesů nebo například metastáz v játrech. Vyšetření je levné, dostupné a nezatěžuje pacienta. Dalším možným vyšetřením je transanální endosonografie, podávající informace a stěně konečníku a jeho okolí. Využívá se především u onkologicky nemocných ke stanovení stadiu karcinomu anu a rekta, dále u pacientů s abscesy a píštělemi a u anální inkontinence.

Irigografie je rentgenové vyšetření tlustého střeva dvojkontrastní látkou. Využívá se především tam, kde nelze provést kolonoskopii. Oproti endoskopickému vyšetření nám však nezobrazí stav sliznice.

Fistulografie, aplikuje kontrastní látky do zevního ústí píštěle a za skiaskopické kontroly se sleduje průběh píštěle.

CT vyšetření se používá k vyšetření malé pánve a dutiny břišní. Nejčastěji s podáním kontrastní látky. V proktologii se využívá k CT irigografii a CT kolografii (virtuální endoskopie).

NMR slouží k vysokému zobrazení tkáňového kontrastu, což lze využít u komplikací při Crohnově nemoci nebo stanovení stadiu u karcinomu rekta.

Transit time je rentgenové vyšetření s kontrastem k funkčnímu vyšetření trávicího ústrojí. Touto metodou se posuzuje rychlost pasáže, kdy pacient spolkne kontrastní kapsli, a po různých časových intervalech se udělají prosté RTG snímky. Vyšetření se provádí k potvrzení či vyvrácení příčin obstrukce.

Defekografie umožňuje rentgenové vyšetření dynamické rektální evakuace. Zavádí se při něm kontrastní látka, která je svou konzistencí podobná stolici. Po aplikaci se při vyprazdňování provádí snímky. (Horák, 2013, s. 54-65)

2.5 Léčba hemoroidů

Současných možností léčby je celá řada. Závisí především na stupni postižení. Jejím hlavním cílem je odstranit nepříjemné příznaky související s tímto onemocněním. Léčba se většinou zahajuje konzervativně a dále ji lze doplnit semiinvazivními metodami nebo v pokročilejších stupních operačním řešením. (Korbička, 2010, s. 276)

2.5.1 Konzervativní léčba

Konzervativní léčba je především závislá na spolupráci pacienta. Prvním krokem by měla být kontrola pacientovi životosprávy. Strava by měla obsahovat hodně vlákniny a tekutin, aby se zamezilo vzniku zácpy. Někdy lze přechodně využít i laxativa. Vhodná není ani zvýšená námaha nebo dlouhé vysedávání na toaletě. Další součástí může být využití mastí či čípku aplikovaných do konečníku. Jedná se například o preparáty, Faktu, Preparation H a řadu dalších volně prodejných přípravků. Perorálně lze podávat venotonika, jejichž předpokladem je zlepšení žilního tonu a žilní stěny a zlepšení lymfatické drenáže. Lékař může pacientovi předepsat například Detralex nebo Glyvenol. (Adamová, 2012, s. 544)

2.5.2 Miniinvazivní léčba

Terapie koagulačním proudem – Hemeron

Principem této léčby je zavedení elektrod na bázi uzlu nad linea dentata, kde nejsou nervová zakončení pro bolest, a indiferentní elektrody pod pacienta. Přes elektrody prochází vysokofrekvenční proud a koaguluje uzly a přívodné arterie. Na toto ošetření jsou vhodné nekomplikované hemoroidy ve II. – III. stupni bez prolapsu. Ošetření se provádí opakovaně

v měsíčních intervalech. Při správné indikaci je výsledek srovnatelný s operačními metodami. (Herman, Musil, 2011, s. 224)

Skleroterapie

Spočívá v aplikaci chemické látky Aethoxysklerolu do báze hemoroidu. Metoda se využívá pouze na I. a II. stupeň hemoroidů. Dlouhodobé účinky jsou pozorované pouze u 28 % pacientů, a proto tato metoda není tolik využívána. (Adamová, 2012, s. 544-545)

Barronova ligatura

Přes anoskop se pomocí speciálního aplikátoru na hemoroidální uzly nasadí gumové kroužky, které uzly podvážou. To vede k nekróze a k odpadnutí mrtvé tkáně. Metoda se využívá u hemoroidů II. a III. stupně. Nasazují se vždy maximálně tři ligatury. Kontrola následující vždy po 4-6 týdnech zhodnotí, zda byl terapeutický efekt dostatečný nebo zda se bude pokračovat v dalším nasazování ligatur. (Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 103)

DGHAL - Doppler-Guided Haemorrhoidal Artery Ligation

Metoda spočívá v zavedení speciálního anoskopu s dopplerovskou sondou, která vyhledá hemoroidální arterie a provede se opich těchto cév vstřebatelným stehem. (Duben, 2012, s. 19)

Dalšími metodami, které lze využít jsou infračervená koagulace, kryodestrukce, bipolární koagulace, laserové terapie nebo radiofrekvenční metody. Pro které je společné vyvolání nekrózy hemoroidu a následné zhojení vazivovou jizvou. (Adamová, 2012, s. 545)

2.5.3 Chirurgická léčba

Tento typ léčby bývá nejčastěji indikován u hemoroidů III. a IV. stupně. Někdy i u II. stupně, pokud selže konzervativní nebo semiinvazivní léčba. Na operační sál se dostane asi 10% lidí s touto nemocí. (Adamová, 2012, s. 545)

Chirurgická léčba je kontraindikována u těhotenství a při chronických střevních zánětech. Neexistuje ideální druh operace a každý druh operace má rizika a komplikace. Nejčastějšími pooperačními komplikace jsou krvácení, anální stenóza, poranění svěrače s následnou inkontinencí a porucha vyprazdňování močové měchýře – močová retence. (Schumpelick, 2013, s. 115)

Vzhledem k pooperačním bolestem je potřeba myslet na dostatečnou analgezií a také na použití laxativa k usnadnění odchodu stolice přes operovaný konečník. (Adamová, 2012, s. 545)

Operace se vždy musí provádět v anestezii s dokonalou relaxací svěračů, ať už se jedná o anestezii celkovou, spinální nebo sedlový blok. (Korbička, 2010, s. 276)

Operace dle Milligana-Morgana- (Viz. Příloha B) otevřená hemoroidektomie, při ní je provedena excize 1-3 hemoroidálních uzlů s podvazem přívodné cévy a plocha je ponechána k dohojení per secundam. Mezi rankami je ponechán kožní a slizniční můstek, aby nedocházelo ke stenózám a přerušeni citlivé kontinence. (Duben, 2012, s. 19-20)

Operace dle Fergusona – zavřená hemoroidektomie. Resekce hemoroidálních uzlů je shodná s technikou dle Milligena a Morgana. Pouze ponechává více anodermu, aby se rána mohla uzavřít stehem. (Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 108)

Operace dle Whiteheada spočívá v cirkulární hemoroidektomii a používá se u nejvyššího stupně hemoroidů s análním prolapsem. Provádí se kompletní elize všech přebytečných tkání. Z toho důvodu má výkon vysoký počet závažných komplikací. Proto je tato operace indikována jen výjimečně. (Duben, 2012, s. 20)

Operace dle Longa spočívá v resekci sliznice nad vnitřními hemoroidy asi 2 cm nad linea dentata pomocí cirkulárního stapleru. U této metody je předností malá pooperační bolest, kratší doba pracovní neschopnosti a menší počet komplikací než u klasické hemoroidektomie. Nevýhodou je dle studií vyšší návratnost obtíží než u klasické otevřené hemoroidektomie. (Horák, 2013, s. 75)

2.6 Komplikace

Hemoroidy jsou progredující onemocnění a bez efektivní terapie se může zvětšovat jejich velikost a tím i pacientovy obtíže. Léčbou hemoroidů se dá zvětšování hemoroidů i problémů s nimi spojených předcházet. U zevních hemoroidů jde především o akutní perianální trombózu a u vnitřních o akutní uskřínutý prolaps s následnou trombózou. Dominantní příznakem je krutá bolest. (Šlauf, Antoš, Marx, 2014, s. 224)

2.6.1 Trombóza análních žil

Trombóza análních žil vzniká spontánně vznikem krevní sraženiny ve vnějších žilách anální oblasti. Jedná se o relativně často se vyskytující onemocnění objevující se v proktologické ambulanci. Dvakrát častěji se trombóza objevuje u mužů než u žen. Vyvolávajícím momentem může být namáhavá defekace při zácpě, silný kašel, porod nebo jiná fyzicky náročná aktivita. (Čermák, 2008, s. 82)

Terapie závisí na délce obtíží. Pokud se jedná o příznaky trvající do 72 hodin, je indikována incize v lokální anestezii a exprese trombu. Pokud obtíže přetrvávají déle, volí se převážně konzervativní postup léčby. Aplikují se lokálně analgetické masti a podávají se perorální léky na zlepšení mikrocirkulace a zvýšení svalového tonu. (Šlauf, Antoš, Marx, 2014, s. 224-225)

2.6.2 Prolaps hemoroidů s akutním uskřínutím

Jedná se o cirkulární prolaps vnitřních hemoroidů, které při zatlačení při stolici vyklouznou ven, anální svěrač se stáhne a nedovolí návrat hemoroidů zpět do análního kanálu. Prolabující uzal nelze zreponovat a je silně oteklý a zduřelý. Dominují kruté bolesti, zhoršující se především vsedě či při chůzi.

Repozice není většinou možná pro velikou bolestivost a není ani trvalá. Někdy se volí konzervativní postup, spočívající v klidovém režimu, lokální analgezii, aplikaci chladu a podávání venotonik. Většinou se však indikuje akutní operační výkon. (Čermák, 2008, s. 82)

2.6.3 Krvácení

Krvácení je nejčastější příznakem a komplikací HN. Krev bývá jasně červená a tekutá. Krvácení může být v podobě otisku na toaletní papír, krev se může objevit na stolici a může

i odkapávat do toaletní mísy nebo na prádlo. Při dlouhodobém nebo masivním krvácení hrozí riziko anemie. (Adamová, 2012, s. 544)

3 Ošetrovatelská péče o pacienta po operaci hemoroidů

Tato část práce je z pohledu všeobecných zdravotních sester nejdůležitější. Ošetrovatelská péče může výrazně ovlivňovat průběh a délku léčení pacientů. Všeobecná sestra vykonává své činnosti formou ošetrovatelského procesu, který se skládá z pěti kroků. Jedná se o posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení. Zahrnuje sběr dat o pacientovi, analyzuje zjištěná data a stanovuje ošetrovatelskou diagnózu. Určuje postup ošetrovatelského plánu pro pacienta, plánuje intervence, cíle a kritéria k hodnocení cílů. Tyto plány realizuje, vyhodnocuje a zjišťuje, zda jich bylo dosaženo. (Plevová, 2011, s. 105)

3.1 Pooperační péče

Bezprostřední pooperační péče je společná pro chirurga a anesteziologa. Transport pacienta z operačního sálu probíhá až po stabilizaci životních funkcí. Musí být dány informace k dalším postupům pro zdravotnický personál. Následná pooperační péče již probíhá na standardních odděleních nebo na specializovaných jednotkách. Již před operací je třeba pacienta poučit o pooperačním průběhu a možných komplikacích po operaci. (Slezáková, 2010, s. 36-37)

3.1.1 Poloha nemocného

Poloha nemocného po operaci je závislá na druhu anestezie. Záleží, zda se jednalo o anestezii celkovou či epidurální. Jakmile to stav pacienta dovoluje, je potřeba pacienta mobilizovat. Vhodné je nejprve posazování v lůžku, poté s nohama dolů z postele a popřípadě i vstávání z lůžka. Vertikalizace je vždy nutná za dohledu zdravotní sestry. Klademe velký důraz na bezpečnost pacienta, aby nedošlo k pádu nebo úrazu. Později pacient volí úlevovou polohu sám, podle toho, co je mu příjemné. Nejlepší je polohy střídát. Střídát sezení, krátkou chůzi, či ležení. (Zeman, 2011, s. 267)

3.1.2 Sledování fyziologických funkcí

Po operaci u pacientů sledujeme vědomí, tep, dech, krevní tlak a tělesnou teplotu v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře. Tyto funkce je třeba sledovat a zapisovat do dokumentace. (Slezáková, 2010, s. 37)

3.1.3 Bolest a poruchy spánku

Bolest po operaci hemoroidů bývá velká, a proto je ihned po operaci důležitá analgezie naordinovaná chirurgem či anesteziologem. Kombinují se analgetika s opioidy dle ordinace lékaře. Analgetika se většinou podávají bezprostředně po operaci i.v nebo i.m a později per os. Při operaci se často využívá epidurální anestezii, která oddálí pooperační bolesti. Je třeba sledovat verbální a neverbální projevy bolesti. Nutné je pečlivě vést záznamy o bolesti a využít škály hodnotící intenzitu bolesti a po podání analgetik zhodnotit jejich účinnost. Při propuštění z nemocnice pacienti dostávají recept na analgetika. Předepisovaná bývají centrálně působící analgetika třídy opioidů. Například Tralgit. (Vopeláková, Raitmajerová 2006, s. 55-56)

3.1.4 Močení

Problémy s močením bývají po operaci v oblasti pánve a konečníku časté, protože trauma je v blízkosti močového měchýře. Může docházet i k dočasné poruše senzibility kvůli působení podaných anestetik nebo analgetik. Proto může mít pacient obtíže se spontánně vymočit. Příčiny mohou být různé. Například psychické potíže, kdy se pacient nemůže vyprázdnit při poloze vleže. Strach z bolesti při zapojení břišního lisu. Tyto obtíže mohou být i u starších mužů při zvětšení prostaty nebo při otoku či spazmu. Proto je u pacientů po operaci nezbytné kontrolovat vyprazdňování moči. Možné je i palpačně a poklepem vyšetřit zda je močový měchýř vyprázdněn. Při potížích s močením můžeme pacientovi pomoci tím, že ho doprovodíme na toaletu a zkusíme pustit kohoutek s tekoucí vodou. Další možností je teplý obklad na stydkou sponu. Pokud se i přes tyto pokusy nemocný nevymocí do osmi hodin od operace, je potřeba pacienta jednorázově vycévkovat nebo zavést permanentní katétr a sledovat diurézu. (Slezáková, 2011, s. 38, Zeman, 2011, s. 292)

3.1.5 Hygiena a převazy operovaného pacienta

V den operace nemocnému s hygienou dopomůžeme na lůžku. Od druhého dne začneme nemocného mobilizovat. Pokud je toho pacient schopen, doprovodíme ho do koupelny. Po operaci konečníku je důležité co nejdříve začít s hygienou konečníku. Nutné jsou časté vlažné sprchy. Především po každé stolici a také pokud je pacient znečištěn při vytékající sekreci z raných ploch po operaci. Při hygieně konečníku sledujeme ránu a její okolí. Po sprše je vždy nutné ránu dostatečně osušit a dle ordinace lékaře provést její převaz. Ránu převazujeme vždy při prosáknutí obvazu. Nutné je kontrolovat krvácení či jiný nadměrný nebo patologický sekret vytékající z rány. (Kelarová, 2009, s. 131-140)

3.1.6 Výživa

Informujeme pacienta o postupné realimentaci. V den operace pacienti smějí přijímat pouze tekutiny, čaj nebo vodu. Od prvního pooperačního dne přechází na tekutou a kašovitou stravu. Ideální je podávat vývary s nudlemi, smetanové polévky, jogurty nebo jogurtové nápoje, pudinky, krupičnou kaši nebo například bramborovou kaši. Poté postupně přidáváme těstoviny, termizované sýry, omáčky, ryby, libové salámy, kuřecí, krutí nebo králičí maso a bílé pečivo. V prvních dvou týdnech pacient dodržuje bezezbytkovou dietu, která zanechává ve střevě velmi málo zbytků a tím nedráždí sliznici a nevytváří objemnou stolicí. Umožňuje tak pacientovi i s použitím projímadel jednodušší vyprázdnění, protože stolice není tolik objemná a je jí spíše méně a je kašovitě konzistence. Všechny tyto informace musí pacient dostat spolu s tím, že je potřeba pravidelný přísun potravin, jíst často a v malých porcích několikrát denně. Strava musí být pestrá na ovoce, které by měli být formou šťáv, bez slupek a dužiny. Vhodné nejsou potraviny, které jsou pálivé, tučné, veškerá zelenina, luštěniny a celozrnné pečivo, protože jsou nadýmavé. Nutné je pacienta informovat o důležitosti pitného režimu jako prevenci obstipace. Doporučujeme střídání tekutin, vhodná je čistá neperlivá voda, ředěné ovocné džusy, ovocný čaj a mléko. Nevhodnými nápoji jsou káva, alkohol, perlivé nápoje, ostré neředěné džusy a černý čaj. (Slezáková, 2010, s. 249-250)

3.1.7 Vyprazdňování

Vyprazdňování po operaci je oddálené předoperační použitím laxativa na vyprázdnění celého tlustého střeva. Tím oddálíme pooperační bolesti při vyprazdňování. Je nutné kontrolovat

odchod plynů. Stolice odchází obvykle 48-72 hodin po operaci. U pacienta musí docházet k postupné realimentaci, aby byla obnovena pasáž trávicího ústrojí. K tomu je potřeba především i dostatečné množství tekutin a pohybu aby nedocházelo k zácpě. U pacientů po operaci konečníku je důležité využívat perorální projímadla, aby stolice byla měkká a kašovitá. Při používání projímadel však musíme dávat pozor i na to, aby nedocházelo k častému vyprazdňování a průjmové stolici. Zácpa by mohla způsobovat bolest při vyprazdňování a podráždění raných ploch po operaci. Průjem by naopak mohl způsobit podráždění a stenózu konečníku, pokud by stolice pouze protékala. Po operacích konečníku není vhodné aplikovat léky per rektum. Není vhodné ani podávat čípky či klyzmata k vyprázdnění konečníku. Při vyprazdňování musíme sledovat nejen to, jak často se nemocný vyprazdňuje, ale i to jakou konzistenci, barvu a zápach stolice má. Nutné je sledovat i příměsi stolice. Pokud se nemocný během 3-4 dnů nevyprázdní a nepomůže ani projímadlo, je nutné provést vyšetření per rektum ke zjištění, zda se v konečníku nehromadí stolice. Pokud ano je nutné fekalom digitálně vybavit. Fekalom vybavuje lékař nebo zkušená zdravotní sestra. (Kelnarová, 2009, s. 151-154, Novotná, 2007, s. 35-41)

4 Edukace

Slovo edukace pochází z latinského slova educare a znamená vychovávat. Jedná se o proces soustavného ovlivňování chování a jednání člověka s cílem provést pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Ve zdravotnictví se objevuje edukace v primární, sekundární a terciální prevenci. V primární prevenci je zaměřena na prevenci nemocí. Sekundární prevence se snaží udržet soběstačnost pacienta a edukovat ho v dodržování léčebného režimu a přecházet tak komplikacím a recidivám nemoci. Terciální prevence již řeší pacienty s trvalými změnami. (Juřeníková, 2010, s. 9-11)

4.1 Edukace v pooperačním období

Pacienty edukujeme po celou dobu hospitalizace. Edukace je důležitá před operací, během hospitalizace a před propuštěním pacienta do domácího léčení. Informujeme o nutnosti dostatečné hygieny, především po stolici. Vhodné jsou časté vlažné sprchy a koupele v odvaru z heřmánku. Vzhledem k sekreci, která je po operacích na konečniku, je vhodné do prádla používat bavlněnou gázu, která sekret zachytává a nedochází k znečištění prádla a oblečení.

Poskytneme informace nezbytné k dodržování stravovacích návyků a vyvarování se vysokému obsahu vlákniny, vynechání ovoce, zeleniny, celozrnného pečiva, luštěnin, dráždivých kořeněných jídel a dalších nevhodných potravin. Naopak pacienta informujeme o potřebě dostatečného množství tekutin, především neperlivých vod, ovocných čajů a ředěných ovocných šťáv. Poučíme o nevhodných tekutinách, především alkoholu a neředěných ostrých ovocných šťáv. Těmito stravovacími návyky a používáním projímadel pacient zamezí zácpě, zmenší objem stolice a následné vyprázdnění nebude tak bolestivé.

Pacientovi vydáme analgetika na 3 dny a informujeme ho o jejich užívání. Další kontrola a předepsání analgetik, bude u praktického lékaře do tří dnů od propuštění. Při propuštění pacienta informujeme o termínech kontrol, a co má dělat v případě komplikací. Pokud začne krvácet opakovaně a větší měrou, musí okamžitě navštívit nejbližší chirurgické pracoviště nebo pracoviště, kde byl operován. (Slezáková, 2010, s. 249-250)

II VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Metodika výzkumu

Výzkumné otázky

1. Byly podané informace o dodržování pooperačního režimu subjektivně pacientem vnímané jako dostatečné a srozumitelné?
2. Od koho ze zdravotnického personálu dostali pacienti nejvíce informací o dodržování režimových opatření po operaci hemoroidů?
3. Dodržují pacienti v prvních třech týdnech po operaci hemoroidů režimová opatření?
4. Jsou pacienti informováni o možném režimovém opatření, které mají dodržovat tři týdny po operaci?
5. Budou častěji postiženy ženy nebo muži a jaké bude nejčastější věkové rozpětí?

5.1 Metodika a technika výzkumu

Ve výzkumné části práce jsem využila kvantitativní metodu výzkumu. Sběr dat byl proveden technikou anonymního dotazníku (Příloha C). Otázky byly zaměřeny na informovanost pacientů, jejich znalosti a na dodržování režimových opatření v prvních třech týdnech po operaci.

Poslední otázky byly identifikační a věnovaly se pohlaví, věku a vzdělání respondentů.

Dotazník se skládal z 18 ti otázek, které byly složeny z otázek polouzavřených, kontrolních, dichotomických, trichotomických, polytomických výběrových i výčtových a identifikačních.

5.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor tvořili pacienti, kteří byli tři týdny po operaci hemoroidů. Tito pacienti byli mnou osloveni a požádáni o vyplnění dotazníku, které bylo zcela dobrovolné. Všichni s vyplněním dotazníku souhlasili. Po vyplnění dotazníku byla pro pacienty na recepci,

připravena zabezpečená schránka, která sloužila k zajištění anonymity. Do této připravené schránky mohli pacienti vkládat své vyplněné dotazníky. Schránka byla průběžně vybírána a data zpracována až po vyplnění všech dotazníků.

Pilotní výzkum předcházel vlastnímu výzkumu. Byli v něm osloveni tři respondenti a to začátkem února 2016. Na základě připomínek od těchto pacientů, byly provedeny menší změny ve formulaci otázek.

Dotazník byl rozdáván pacientům starším osmnácti let, bez rozdílů pohlaví nebo vzdělání. K dispozici bylo čtyřicet formulářů. Všechny se vrátily vyplněné, pro moji práci jsem však mohla použít pouze třicet osm z nich. Návratnost tedy byla 95 %.

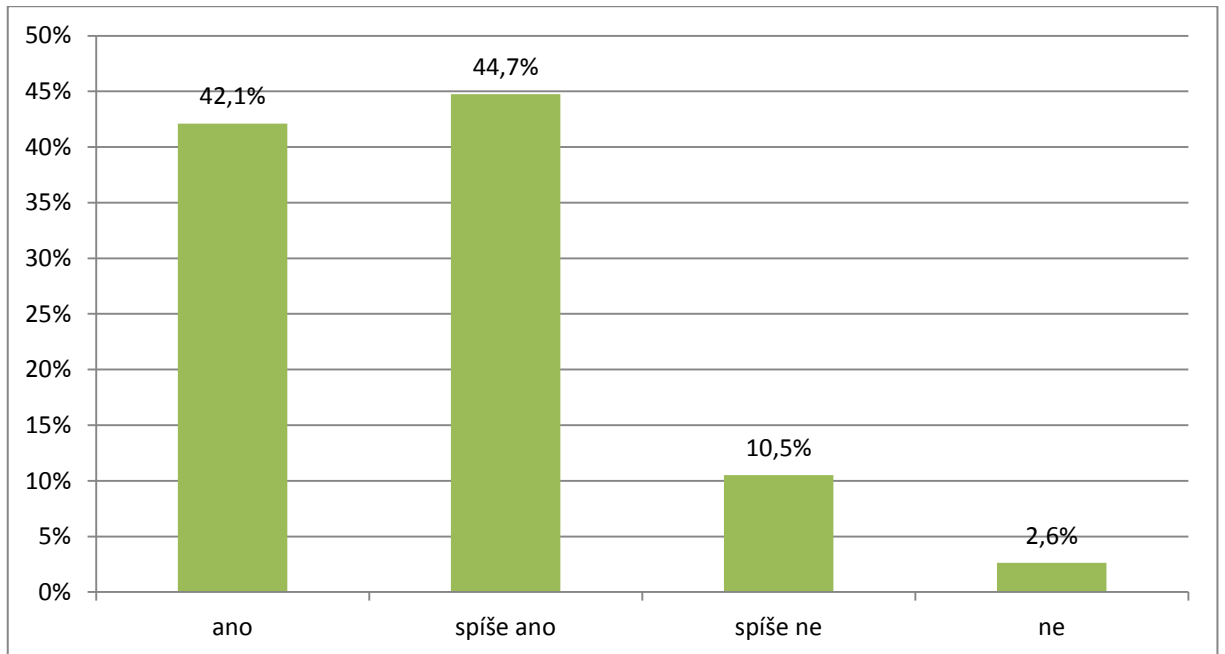
Výzkum byl prováděn ve vybrané proktologické ambulanci na základě souhlasu odborného lékaře v období od 22.2.2016 do 3.4.2016.

5.3 Zpracování dat

Pro vyhodnocení výsledků výzkumu byl použit počítačový program Microsoft Excel 2007 a Microsoft Word 2007. Získaná data z dotazníku byla vyhodnocena a znázorněna graficky v kapitole číslo 6. Každá otázka má za pomoci popisné statistiky vypočítanou relativní i absolutní četnost. Některé grafy jsou uvedeny v absolutní četnosti a jiné v relativní četnosti.

6 Prezentace výsledků

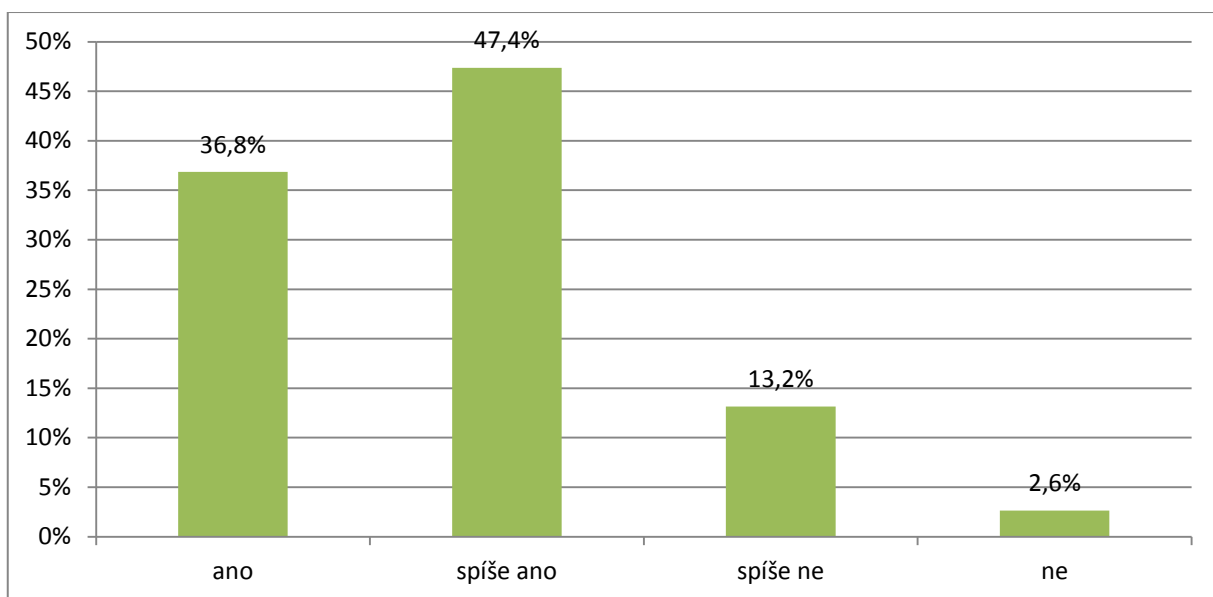
Otázka č. 1 - Myslíte si, že jste byl/a před operací dostatečně informován/a o režimových opatřeních, která je nutno dodržovat?



Obr. 1 Graf informovanosti pacientů před operací.

Otázka č. 1 zjišťovala, jak dostatečně si pacienti myslí, že byli před operací od personálu informováni. Nejvíce respondentů zaškrtnulo možnost spíše ano – 17 (44,7 %) a pouze o jednoho respondenta méně odpovědělo ano – 16 (42,1 %). Na odpověď spíše ne, odpověděli – 4 (10,5 %) a pouze jeden odpověděl ne (2,6 %).

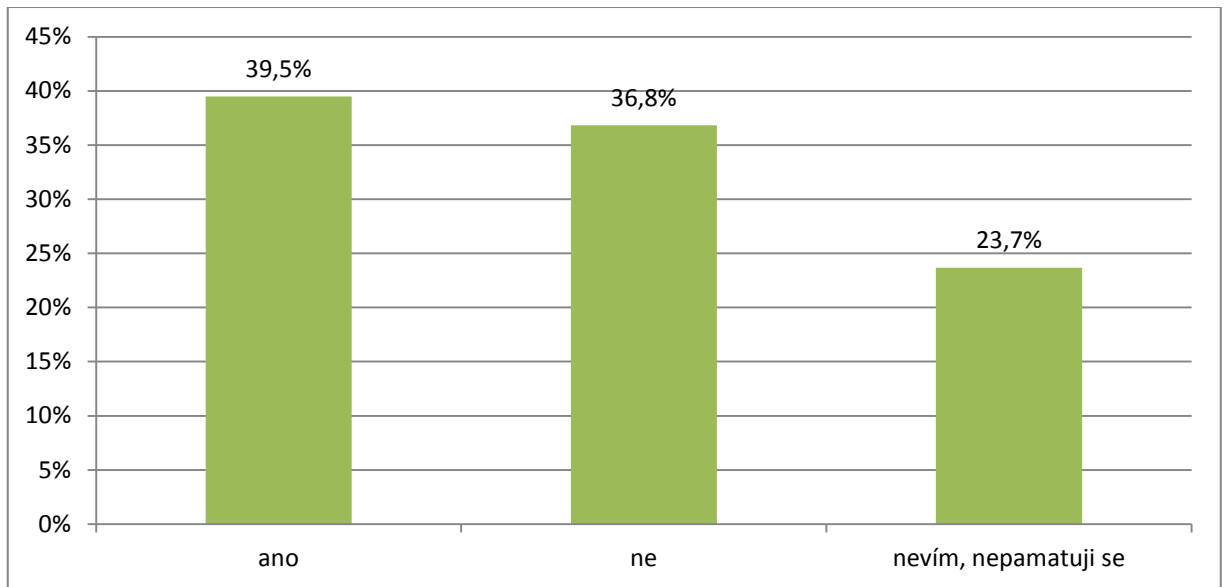
Otázka č. 2 - Byly pro Vás získané informace o režimových opatřeních srozumitelné?



Obr. 2 Graf srozumitelnosti informací.

Cílem této otázky bylo zjistit, zda jsou respondenti srozumitelně informováni o režimových opatřeních. V odpovědích převažuje spíše ano – 18 (47,4 %), dále ano – 14 (36,8 %). Odpovědi spíše ne a ne byly zastoupeny takto. Spíše ne – 5 (13,2 %) respondentů a ne bylo zastoupeno jedním respondentem (2,6 %).

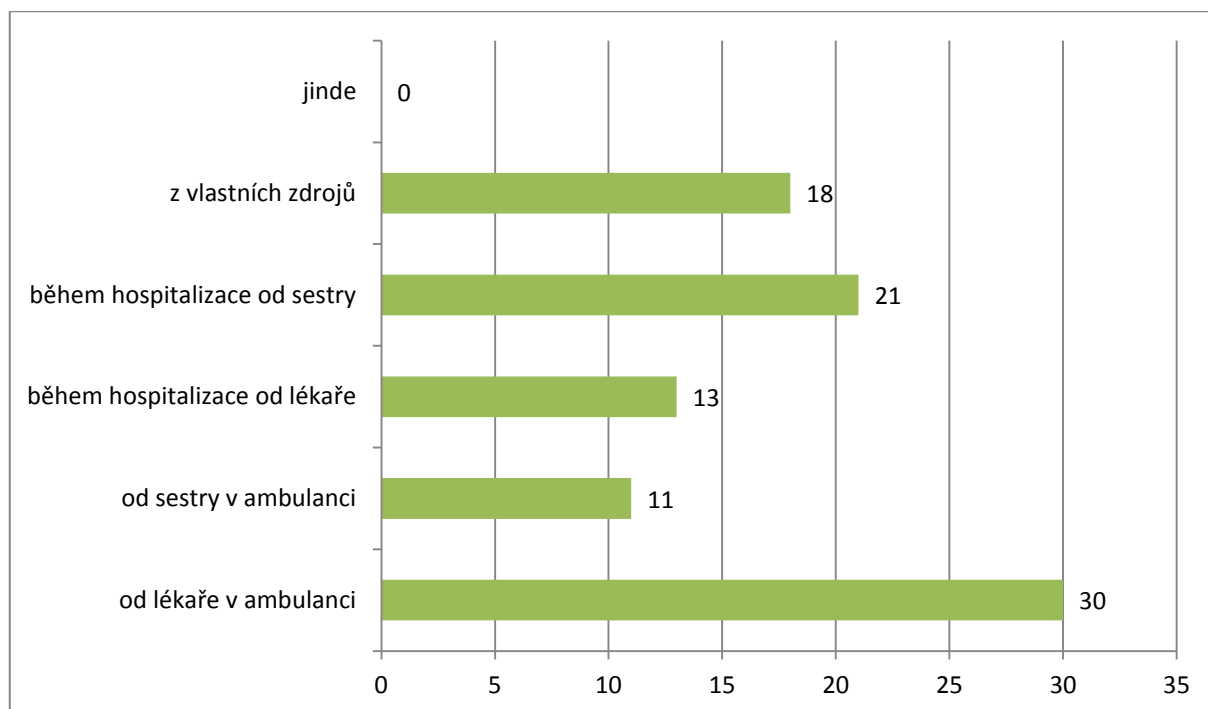
Otázka č. 3 - Byl/a jste nucen/a některé informace o následné péči získávat dodatečně?



Obr. 3 Graf o nutnosti dodatečného zjišťování informací.

Tento graf znázorňuje, zda si respondenti museli informace o pooperačním režimu získávat dodatečně sami. Odpověď ano označilo – 15 (39,5 %) respondentů a odpověď ne – 14 (36,8 %). Nevím, nepamatuji se, bylo označeno – 9-ti (23,7 %) dotazovanými.

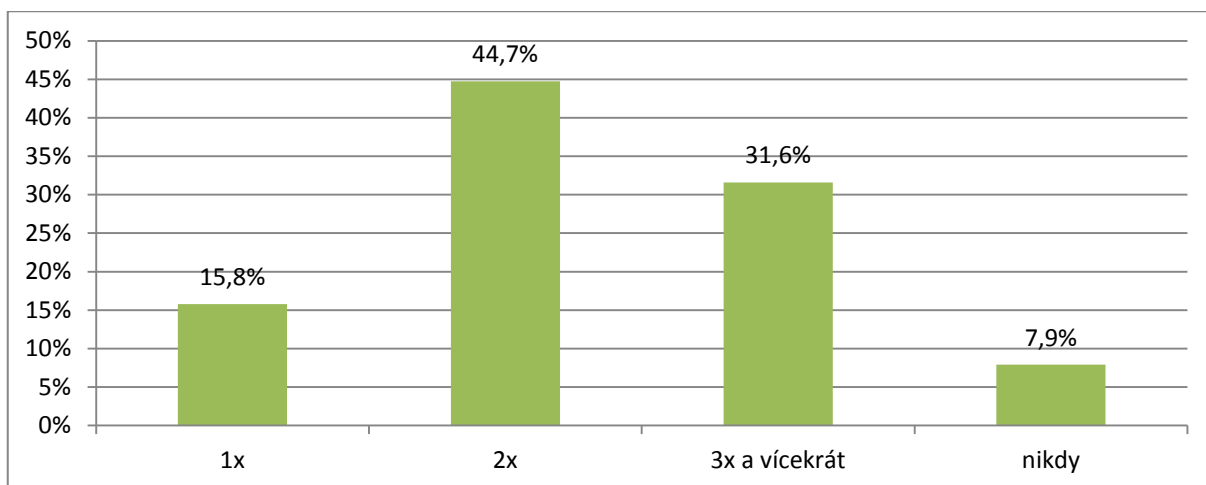
Otázka č. 4 - Kde a od koho jste získal/a nejvíce informací o dodržování režimových opatření?



Obr. 4 Graf o zdroji informací o režimových opatřeních.

Cílem této otázky bylo zjistit, kdo poskytl klientům nejvíce informací o dodržování pooperačních opatření. U otázky bylo možno uvést více správných odpovědí. Nejvíce respondentů uvedlo, že nejvíce informací dostali od lékaře v ambulanci – 30. Dalším kdo nejčastěji klienty edukoval, byly zdravotní sestry na oddělení během hospitalizace – 21. 18 respondentů si muselo informace vyhledat samo z vlastních zdrojů. Lékař během hospitalizace poskytl informace – 13-ti pacientům a sestra v ambulanci – 11-ti pacientům. Poslední možnost jinde, nezvolil žádný z respondentů.

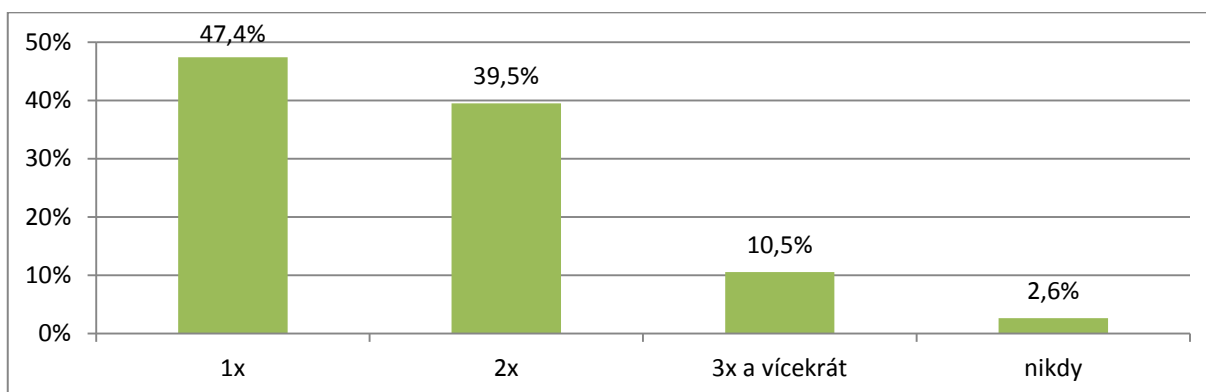
Otázka č. 5 - Kolikrát jste byl/a sestrou informován/a o režimových opatřeních a následné péči?



Obr. 5 Graf informovanosti od sester.

Graf č. 5 uvádí, kolikrát sestry informovaly respondenty o režimových opatřeních a následné péči v období tří týdnů po operaci. 1x informovaly zdravotní sestry – 6 respondentů (15,8 %). 2x informovaly pacienty v – 17-ti (44,7 %) případech. Odpověď 3x a vícekrát bylo označeno – 12-ti (31,6 %) dotazovanými. Možnost, že zdravotní sestry pacienty nikdy neinformovaly, zvolili 3 (7,9 %) respondenti.

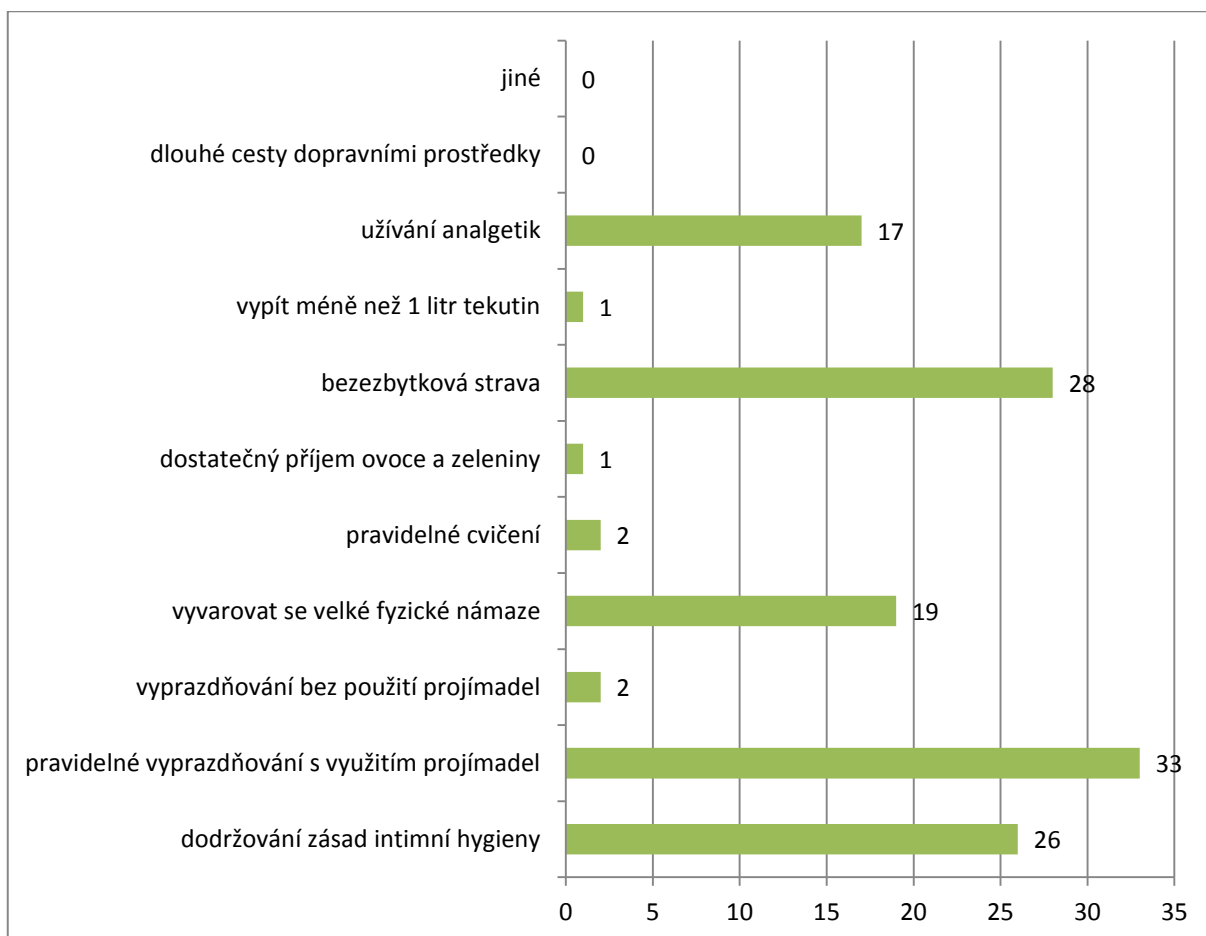
Otázka č. 6 - Kolikrát jste byl/a lékařem informován/a o režimových opatřeních a následné péči?



Obr. 6 Graf informovanosti od lékaře.

Grafu č. 6 znázorňuje, kolikrát dostali respondenti informace od lékaře. Pouze 1 krát označilo – 18 (47,4 %) respondentů. Odpověď 2 krát označilo – 15 (39,5 %) dotazovaných. 3 krát a vícekrát bylo vybráno – 4 (10,5 %) a nikdy pouze jedním (2,6 %) dotazovaným.

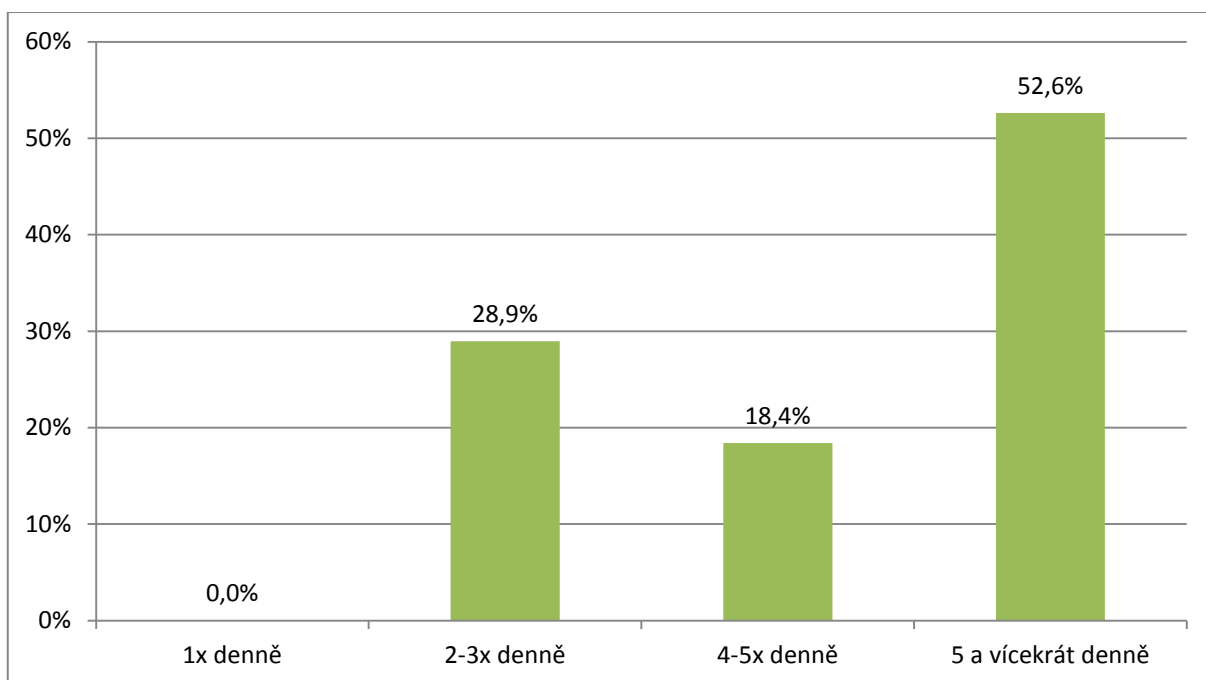
Otázka č. 7 - Co patří mezi režimová opatření v prvních třech týdnech po operaci hemoroidů?



Obr. 7 Graf režimových opatření v prvních třech týdnech.

Sedmá otázka byla zaměřena na zjištění znalosti respondentů o pooperačním období v prvních třech týdnech po operaci. V této otázce bylo možné vybrat více odpovědí. Nejvíce respondentů odpovědělo, pravidelné vyprazdňování s použitím projímadel – 33, další nejčastěji zvolená odpověď byla bezezbytková strava – 28, dodržování zásad intimní hygieny bylo označeno – 26, další bylo vyvarovat se fyzické námaze – 19. Analgetika užívalo – 17 dotazovaných. Po dvou pacientech odpovědělo, vyprazdňování bez použití projímadel a pravidelné cvičení. Na odpověď dostatečný příjem ovoce a zeleniny a vypít méně než 1 litr tekutin odpovědělo ke každé otázce po jednom respondentovi. Odpověď dlouhé cesty dopravními prostředky a jiné nezvolil žádný z dotazovaných.

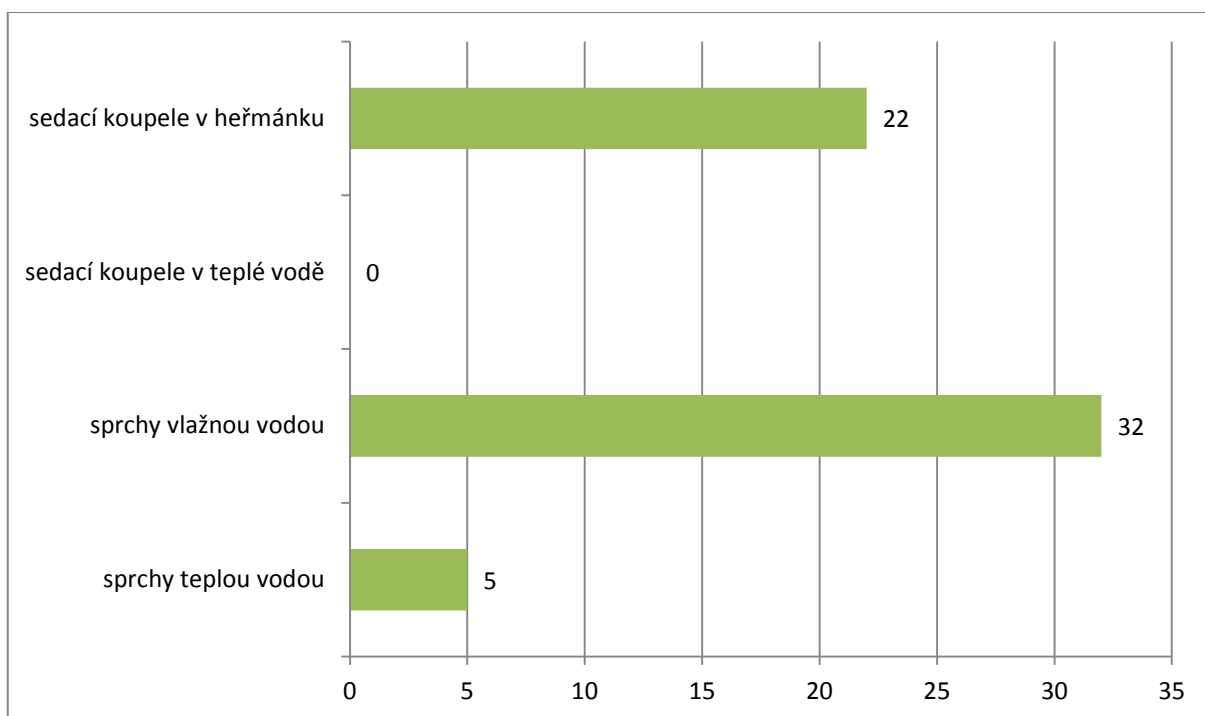
Otázka č. 8 - Kolikrát denně jste prováděl/a hygienu konečníku?



Obr. 8 Graf četnosti hygieny konečníku.

Graf na obrázku zobrazuje, kolikrát denně pacienti v prvních třech týdnech po operaci prováděli hygienu konečníku. Nejvíce dotazovaných provádělo hygienu 5 a vícekrát denně – 20 (52,6 %). Odpověď 2-3x denně zvolilo – 11 (28,9 %) dotazovaných. 4-5x denně provádělo hygienu konečníku – 7 (18,4 %) respondentů. Variantu 1x denně nezvolil žádný z dotazovaných.

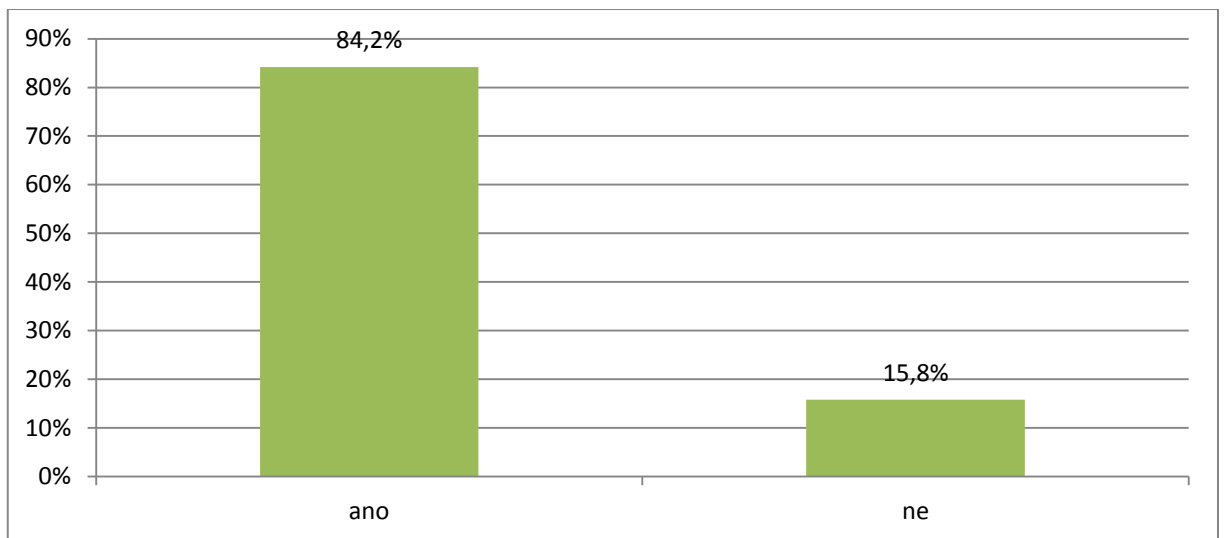
Otázka č. 9 - Jakým způsobem jste se staral/a o hygienu konečníku po operaci?



Obr. 9 Graf péče o hygienu konečníku.

V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí. Sprchy vlažnou vodou provádělo – 32 respondentů. Sedací koupele v heřmánku používalo k hygieně konečníku – 22 respondentů. Odpověď sprchy teplou vodou označilo – 5 respondentů. Možnost sedací koupele v teplé vodě si nevybral žádný z respondentů.

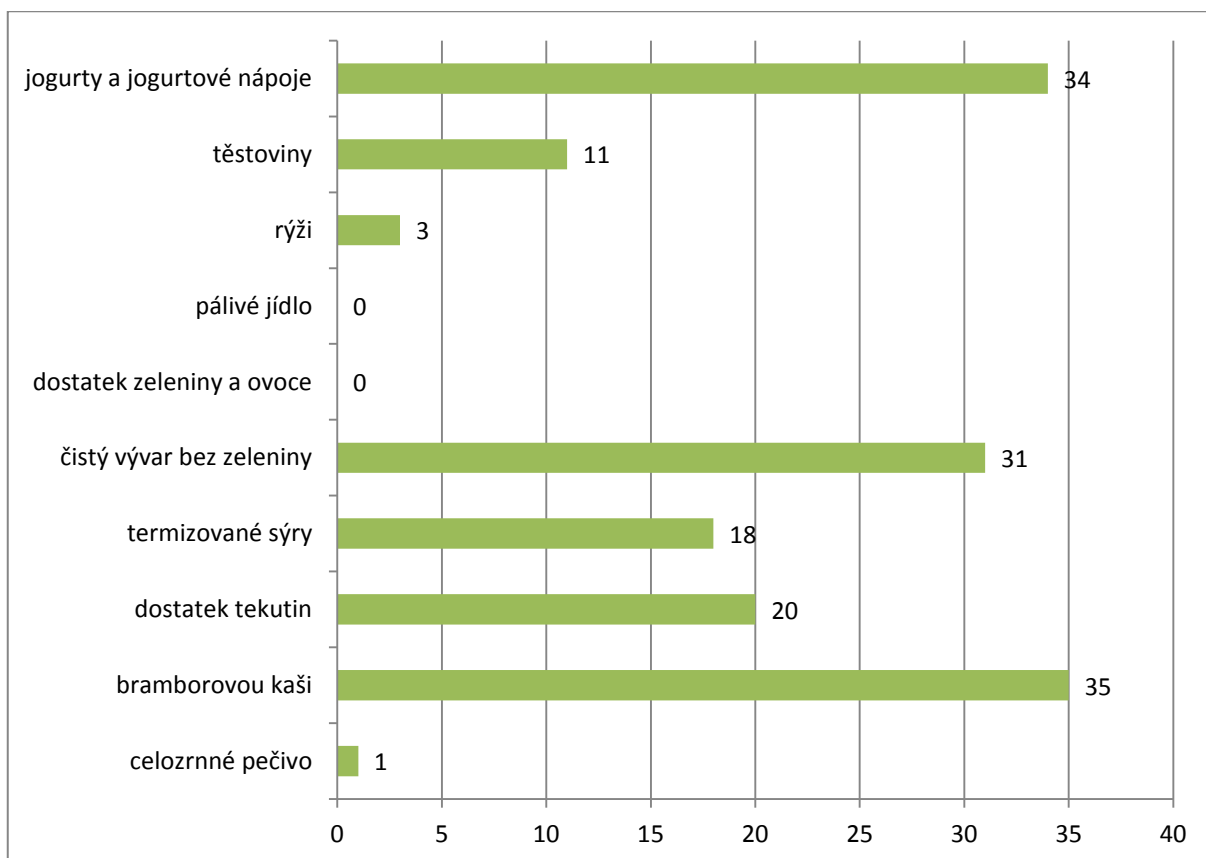
Otázka č. 10 - Využíval/a jste v době po operaci projímadla?



Obr. 10 Graf užívání projímadel.

Cílem této otázky bylo zjistit, zda zkoumaný vzorek respondentů využíval v pooperačním období tři týdnů po operaci k vyprazdňování projímadla. Převážná většina respondentů zvolila ano – 32 (84,2 %), zbývajících – 6 (15,8 %) zvolilo odpověď ne.

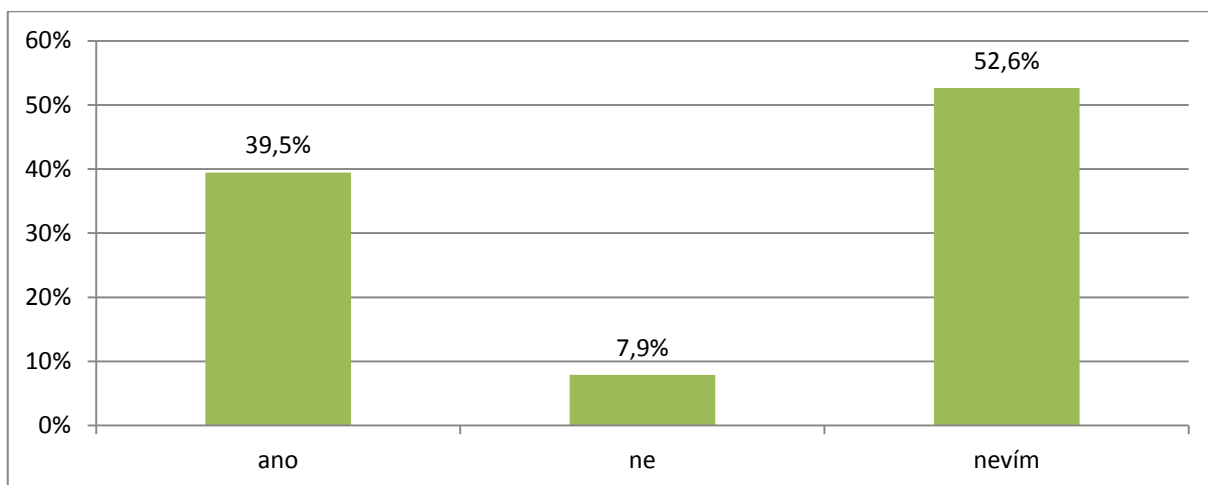
Otázka č. 11 - Co byste měl/a správně zařadit do svého jídelníčku v prvních třech týdnech po operaci?



Obr. 11 Graf jídelníčku v pooperačním období.

Graf zobrazuje, jaké potraviny nejčastěji zařazovali respondenti do svého jídelníčku v prvních třech týdnech po operaci. U této otázky byla možnost uvést více odpovědí. Nejčastěji uváděným jídlem byla bramborová kaše – 35 respondentů. Další nejčastěji vybranou možností byly jogurty a jogurtové nápoje – 34 respondentů. Čistý vývar bez zeleniny uvedlo – 31 dotazovaných. Dostatek tekutin zvolilo – 20 respondentů. Další možnosti respondenti uvedli následovně: termizované sýry – 18, těstoviny – 11, rýži – 3, celozrnné pečivo jeden respondent. Možnosti dostatek zeleniny a pálivé jídlo nezmobil žádný z dotazovaných respondentů.

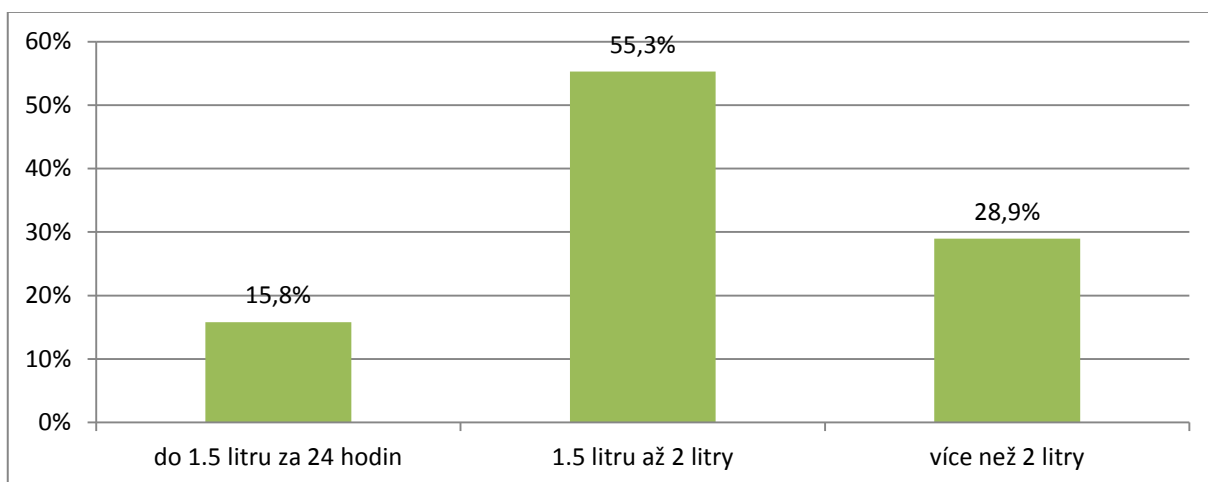
Otázka č. 12 - Je možné po třech týdnech od operace začít zařazovat do stravy vlákninu?



Obr. 12 Graf zařazování vlákniny do stravy.

V této otázce respondenti odpovídali na otázku, zda mohou po třech týdnech od operace zařazovat do svého jídelníčku vlákninu. Nejčastěji zvolenou odpovědí bylo nevím – 20 (52,6 %), dále bylo uváděno ano – 15 (39,5 %) respondentů. Možnost ne zvolili pouze 3 (7,9 %) respondenti.

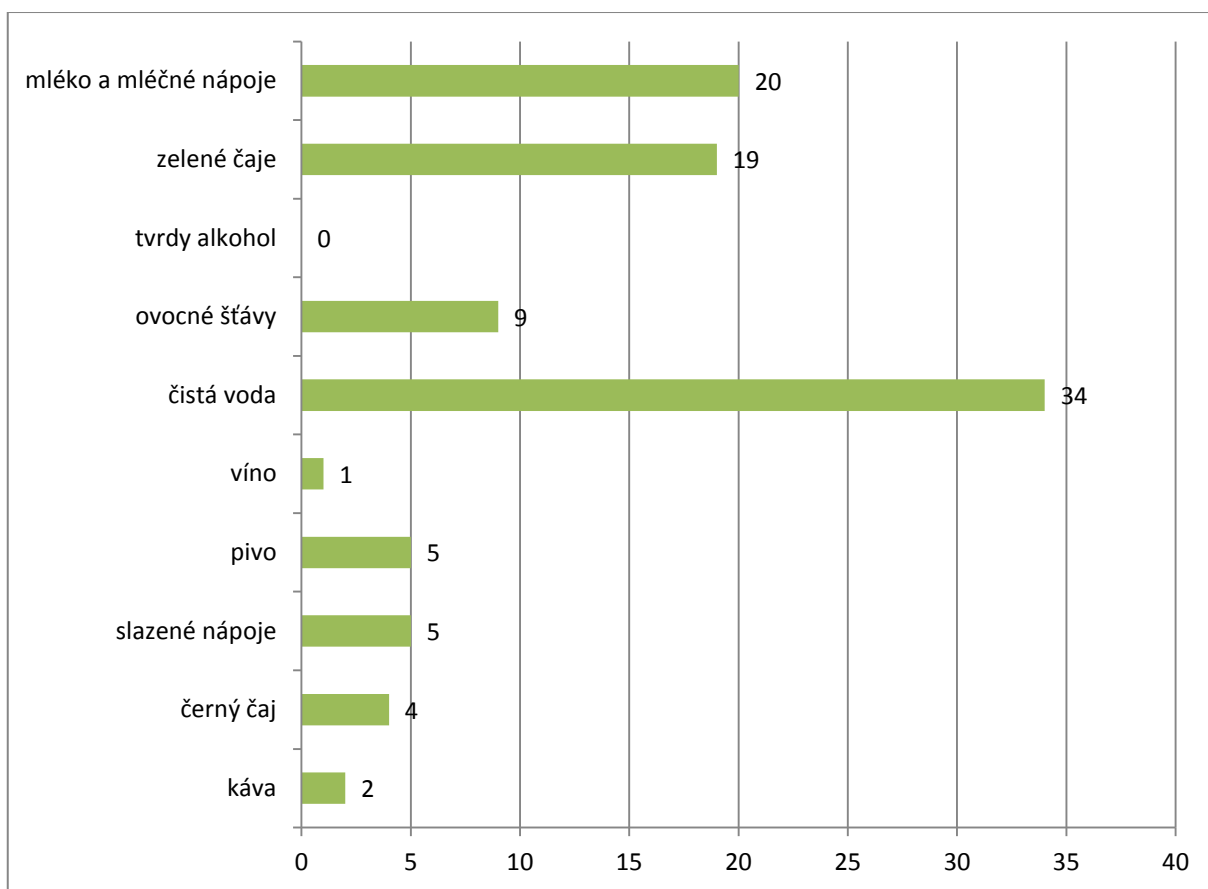
Otázka č. 13 - Jaký je váš příjem tekutin za 24 hodin?



Obr. 13 Graf zobrazující příjem tekutin.

Touto otázkou bylo zjištěno, jaký je příjem tekutin dotazovaných za 24 hodin. Nejvíce uváděnou možností bylo 1.5 litru až 2 litry – 21 (55,3 %). Více než 2 litry tekutin za 24 hodin uvedlo – 11 (28,9 %) dotazovaných. Tekutin do 1.5 litru vypilo – 6 (15,8 %) dotazovaných.

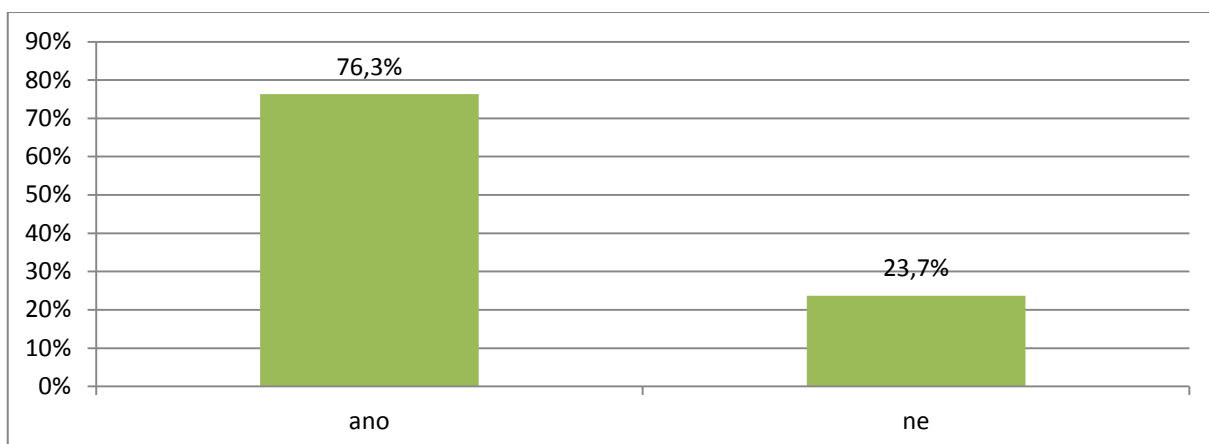
Otázka č. 14 - Jaké tekutiny jsou nejvhodnější v prvních třech týdnech po operaci?



Obr. 14 Graf nejvhodnějších tekutin.

Čtrnáctá otázka byla zaměřena na nejvhodnější tekutiny v třech týdnech pooperačního období. V této otázce mohli respondenti vybrat více odpovědí. Nejčastěji uváděnou tekutinou byla čistá voda – 34 dotazovaných. Jako další nejvhodnější tekutiny volili respondenti, mléko a mléčné nápoje – 20 a zelený čaj – 19. Jako další vybrané nápoje byly, ovocné šťávy – 9 respondentů, slazené nápoje – 5 respondentů a taktéž pivo – 5 respondentů. Černý čaj byl zvolen – 4 dotazovanými, káva – 2 a víno – 1 respondentem. Tvrdý alkohol nebyl uveden žádným z respondentů.

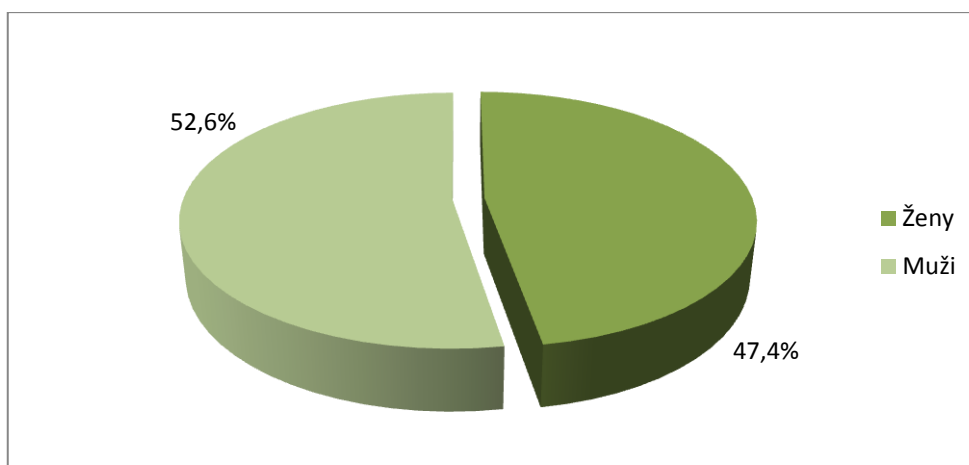
Otázka č. 15 - Užíval/a jste po propuštění z nemocnice léky na bolest?



Obr. 15 Graf užívání analgetik.

Z grafu na obrázku vyplývá, že – 29 (76,3 %) respondentů užívalo v prvních třech týdnech po operaci léky na zmírnění bolesti. 9 (23,7 %) respondentů uvedlo, že léky na bolest neužívali.

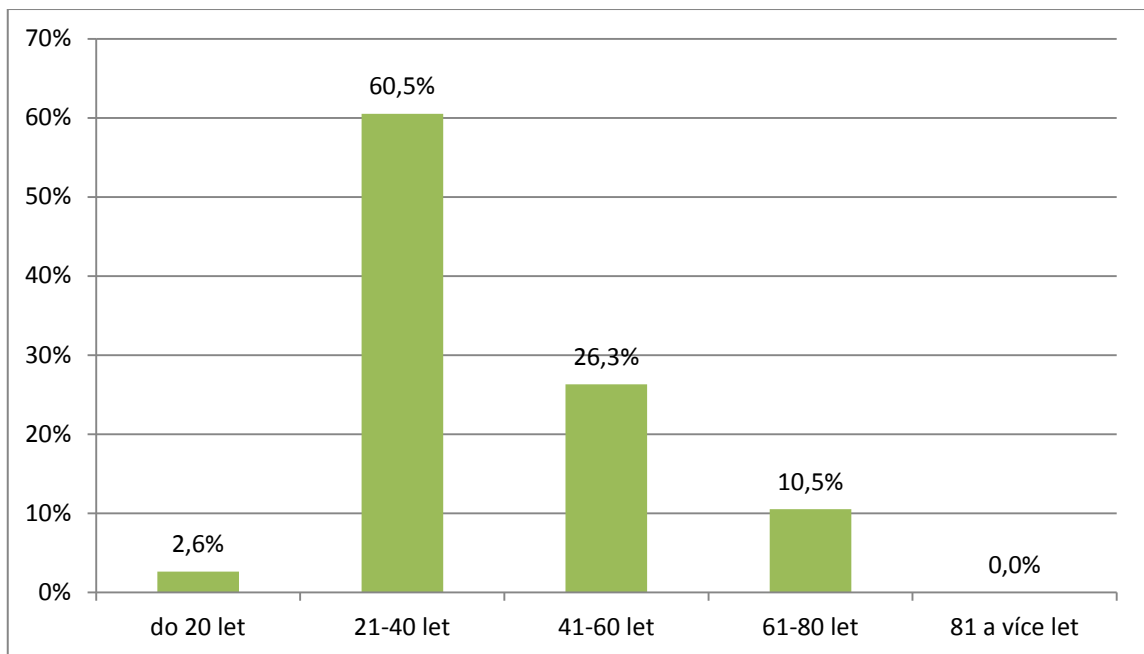
Otázka č. 16 - Pohlaví respondentů



Obr. 16 Graf pohlaví respondentů.

Na přiloženém grafu vidíme, že výzkumu se zúčastnilo – 18 (47,4 %) žen a – 20 (52,6 %) mužů.

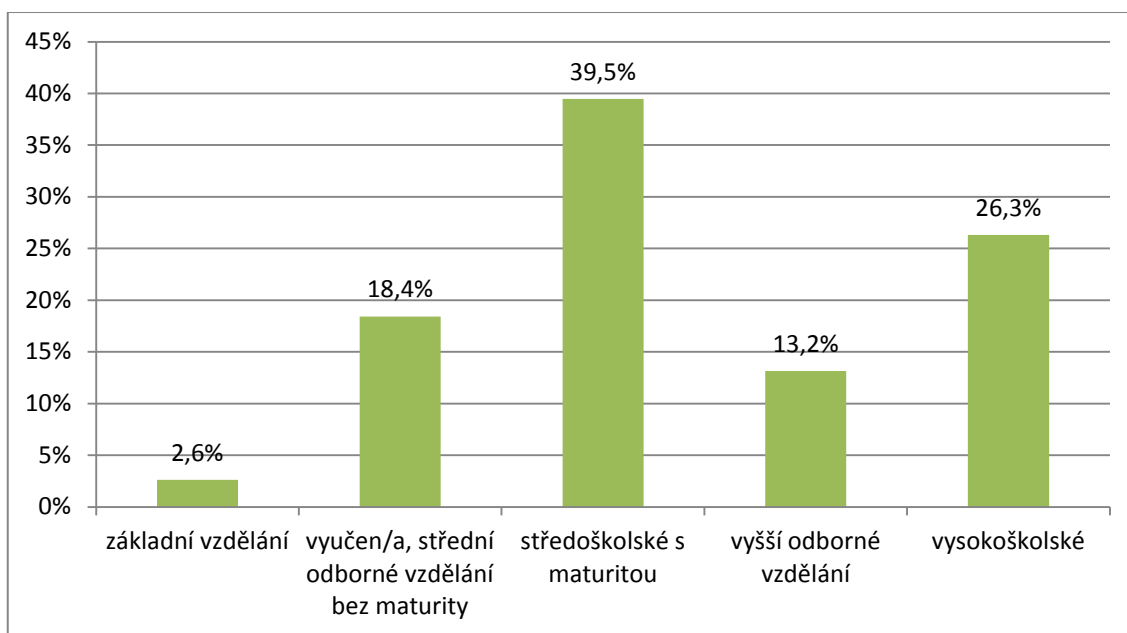
Otázka č. 17 - Kolik je Vám let?



Obr. 17 Graf věku respondentů.

Na tomto grafu vidíme věk respondentů. Nejvíce respondentů se nacházelo ve věku 21-40 let – 23 (60,5 %). Druhou skupinou byli respondenti ve věku 41-60 let – 10 (26,3 %). Dále lidé ve věku 61-80 let – 4 (10,5 %) a poslední skupinou byli dotazovaní v kategorii do 20 let – 1 (2,6 %). Věková skupina nad 81 let, zde nebyla vůbec zastoupena.

Otázka č. 18 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Obr. 18 Graf vzdělání.

U závěrečné otázky měli respondenti uvést nejvyšší dosažené vzdělání. Nejvíce zastoupeno bylo středoškolské vzdělání s maturitou – 15 (39,5 %). Dále vysokoškolské vzdělání – 10 (26,3 %), vyučen, střední odborné vzdělání bez maturity – 7 (18,4 %), vyšší odborné vzdělání – 5 (13,2%). Respondent se základním vzděláním byl mezi dotazovanými pouze jeden (2,6%).

7 Diskuze

Výzkumná část práce byla zaměřena na zjištění znalostí pacientů o režimových opatřeních. Dalším cílem bylo zjistit, zda je v prvních třech týdnech po operaci dodržují.

Výzkumná otázka č. 1. Byly podané informace o dodržování pooperačního režimu subjektivně pacientem vnímané jako dostatečné a srozumitelné?

K výzkumné otázce č. 1 se vztahovaly otázky z dotazníku č. 1,2,3. Pomocí otázek č. 1 a č. 2 jsem zjišťovala, zda informace o pooperačním režimu byli respondenty vnímané jako dostatečné a srozumitelné. Otázkou č. 3 bylo ověřeno, zda byly získané informace opravdu dostačující nebo zda dotazovaní museli získávat informace dodatečně.

U otázek vyšlo najevo, že většina dotazovaných s podanými informacemi byla spokojena a že pro většinu byly dostatečné a srozumitelné. U otázky č. 1 ano a spíše ano odpovědělo 42,1 % a 44,7 % dotazovaných. U otázky č. 2 36,8 % zodpovědělo ano a spíše ano 47,4 % dotazovaných. Pouze 10,5 % a 13,2 % dotazovaných u těchto dvou otázek uvedlo, že spíše informování nebyli. Jeden respondent uvedl, že informován nebyl vůbec. Tento dotazovaný uvedl to samé u první i u druhé otázky.

Otázka č. 3 byla kontrolní a ptala se dotazovaných, jestli opravdu byli dostatečně informování nebo zda museli získávat informace o pooperačním režimu dodatečně sami. 39,5 % dotazovaných uvedlo, že museli získávat informace dodatečně a pro 36,8 % respondentů bylo poučení dostatečné a žádné informace dodatečně získávat nemuseli. 23,7 % dotazovaných si nevzpomnělo, zda nějaké informace museli dohledávat.

Juřeníková v knize *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi* píše, že už při první návštěvě v ambulanci by měl být pacient poučen o problematice této nemoci. Edukace by měla být přiměřená věku pacienta a jeho rozumovým schopnostem. Při komunikaci se snažíme omezit rušivé vlivy prostředí. Na pacienta se snažíme mluvit v klidu, pomalu a v jasných větách. Je důležité ověřit, zda dotyčný informace chápe. Důležité informace je možná například napsat na papír. (Juřeníková, 2010, s. 21-37)

Výzkumná otázka č. 2. Od koho ze zdravotnického personálu dostali pacienti nejvíce informací o dodržování režimových opatření po operaci hemoroidů?

Cílem této otázky bylo zjistit, kdo nejčastěji pacienty informuje o pooperačním režimu. K tomuto účelu posloužila otázka č. 4. Zde bylo možno vybrat více možností. Dále bylo cílem zjistit, kolikrát byli pacienti informováni sestrou a kolikrát lékařem. K tomu sloužila otázka č. 5 a č. 6.

Výzkumnou otázkou č. 4 bylo zjištěno, že nejvíce informací o dodržování režimových opatření po operaci hemoroidů dostali pacienti od lékaře. Možnost, že lékař v ambulanci poskytl nejvíce informací, zvolili respondenti 30x. Lékař během hospitalizace edukoval pouze 13x. V literatuře je uváděno, že každý operační zákrok je pro pacienta riziko a proto lékař zvažuje, zda je operace indikována. Pacienta lékař informuje o operačním zákroku, jeho nutnosti a rizicích s ním spojených. Lékař by měl pacienta vždy edukovat, je to zcela v jeho kompetenci. (Valenta 2007, s. 19-20)

U edukace pacientů zdravotními sestrami tomu bylo přesně naopak, více informovaly zdravotní sestry během hospitalizace 21x oproti zdravotním sestrám v ambulanci. Tam sestry edukovaly pouze v 11-ti případech. 18 x si dotazovaní museli vyhledat informace sami z vlastních zdrojů.

Vytejčková ve své knize uvádí, že sestra z ambulance při objednávání pacienta k operaci by měla pacientovi vysvětlit, kdy a kam se má před operací dostavit. Případně pokud je před operací nutná příprava vysvětlit jak má danou přípravu pacient provést. Například jak se pacient bude před plánovanou operací vyprazdňovat, případně jestli vyprazdňování bude probíhat doma či až v nemocnici. Zdravotní sestry na lůžkovém oddělení by měly pacienta vlídně přivítat, uložit ho na pokoj a podat zásadní informace o chodu oddělení a jeho právech. Sestra by měla pacientovi před zákrokem provést fyzikální vyšetření, změřit fyziologické funkce a vše pečlivě zaznamenat do dokumentace. Po operaci a při propuštění by měla především edukovat klienta o nutných režimových opatřeních, aby se zabránilo možným komplikacím. (Vytejčková, 2011, s. 37-40)

Podle zjištěných výsledků by se měl zdravotnický personál více věnovat edukaci pacientů. V současné době čím dál více rostou požadavky na informace. Těmto požadavkům by se měly zdravotní sestry přizpůsobit a osvojit si znalosti a dovednosti jak teoretické tak praktické. (Juřeníková 2010, s. 9-11)

Výzkumná otázka č. 3. Dodržují pacienti v prvních třech týdnech po operaci hemoroidů režimová opatření?

Otázkami č. 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14 a 15 jsem chtěla ověřit, zda respondenti znají a dodržují režimová opatření v prvních třech týdnech po operaci.

První otázkou bylo dodržování zásad intimní hygieny, kterou označilo 26 respondentů. Otázkou č. 8 a č. 9 jsem ověřila, že většina respondentů opravdu dodržovala zásady intimní hygieny a sprchy konečníku vlažnou vodou a sedací koupele v heřmánku prováděla několikrát denně. Pouze 28,9 % respondentů provádělo hygienu konečníku v období po operaci jen 2-3x denně a 5 respondentů si dělalo nesprávně sprchy horkou vodou. Výsledky byly porovnány s bakalářskou prací na téma „ Role sestry v proktologické ambulanci“ Šulcová (2014). V jejím výzkumu bylo osloveno 6 zdravotních sester z různých proktologických ambulancí. Tyto sestry uvádí, že v péči o hygienu nejčastěji doporučují využívat sprchy konečníku vlažnou vodou, přibližně ve frekvenci 3-5x denně a mytí po každé stolici pouze čistou vodou nebo nedráždivým mýdlem. Valenta uvádí, že je vhodné provádět koupele v heřmánku, řepíku či odvaru z dubové kůry. Tyto prostředky mají adstringentní účinek. (Valenta, 2007, s. 146)

Další otázka se zabývala využitím projímadel v prvních třech týdnech po operaci. Správně ano, odpovědělo 84,2% respondentů. V otázce číslo 7 uvedlo, 33 respondentů (87 %), že mezi režimová opatření patří užívání projímadel. Což si myslím, že je dobrý výsledek a většina pacientů v tomto směru byla správně informována.

V otázce kde mě zajímalo, kolik pacientů dodržovalo bezsezbytkovou stravu, odpovědělo správně 28 dotazovaných. Kontrolní otázkou byla otázka č. 11., kde jsem zjišťovala, jaké potraviny pacienti v prvních třech týdnech po operaci zařadili do svého jídelníčku. Převážná většina respondentů odpověděla správně, že bramborovou kaší, tato varianta byla zvolena 35 dotazovanými, jogurty a jogurtové nápoje 34 respondenty, čistý vývar byl vybrán 31 respondenty, dostatek tekutin 20-ti respondenty, termizované sýry 18-ti a těstoviny 11-ti dotazovanými. Ve své knize Slezáková uvádí, že v období po operaci je vhodná bezsezbytková strava, která obsahuje málo zbytků a tím pádem nedráždí sliznici střeva, nevytváří objemnou stolici a vyprázdnění je pak jednodušší. (Slezáková, 2010, s. 249-250)

Poslední otázka se týkala správného příjmu množství a druhu tekutin. 55,3 % respondentů vypilo 1.5-2 litry tekutin denně a 28,9 % vypilo více než 2 litry tekutin za 24 hodin. Co se

týká druhu tekutin, voda byla vybrána 34x, mléko a mléčné nápoje 20x, zelený čaj 19x, ovocné šťávy 9x. Zelová ve svém článku udává, že dospělý člověk by měl vypít 2-3 litry tekutin za 24 hodin. V teplém prostředí, v létě nebo při horečnatých onemocněních by člověk měl vypít 4-5 litrů tekutin za 24 hodin. Je důležité pacienty aktivně vybízet k dostatečnému příjmu tekutin v průběhu celého dne. Jako nejvhodnější tekutiny udává čistou vodu, hypotonické minerální vody, ovocné čaje a ředěné ovocné šťávy. (Zelová, 2005, s. 84-85)

Výzkumná otázka č. 4. Jsou pacienti informováni o možném režimovém opatření, které mají dodržovat tři týdny po operaci?

K této výzkumné otázce sloužila dotazníková otázka č. 12. Otázka zjišťovala, zda dotazovaní vědí, že mohou po třech týdnech zařazovat do stravy vlákninu. Většina dotazovaných odpověděla, že neví 52,6 %. Správnou odpověď znalo pouze 39,5 % respondentů. Špatně odpovědělo 7,9 % respondentů.

Výzkumná otázka č. 5. Budou hemoroidy častěji postiženy ženy než muži, a jaké bude nejčastější věkové rozpětí?

Tato výzkumná otázka byla zjišťována otázkou č. 16 a 17 z dotazníkového šetření. Měla zjistit, zda jsou hemoroidálním onemocněním častěji postiženy ženy než muži a jaké bude nejčastější věkové rozpětí. V tomto výzkumném vzorku bylo zjištěno, že po operaci hemoroidů je skoro stejné množství žen i mužů – 18 žen a 20 mužů. V porovnání s literaturou, která uvádí, že hemoroidální onemocnění častěji postihuje muže. (Khýnová, 2011, s. 144-147).

Khýnová také udává, že nejčastější věk, kdy jsou lidé nejvíce postiženi touto nemocí, je období mezi 45. - 65. rokem života. (Khýnová, 2011, s. 144-147)

V mém vzorku respondentů byli nejčastěji operováni lidé mezi 21-40 lety.

8 Závěr

Hemoroidy patří mezi nejčastější onemocnění konečníku. Je to onemocnění, které je pro pacienty nepříjemné a velice intimní. Cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost pacientů o daném tématu a zjistit, zda v pooperačním období dodržují režimová opatření.

Na začátku teoretické části práce je popsána anatomie a fyziologie konečníku. Dále jsem se zabývala charakteristikou onemocnění, klinickým obrazem, diagnostikou, léčbou a komplikacemi hemoroidální nemoci. Závěr teoretické části byl věnován ošetrovatelské péči v pooperačním období v nemocnici a po propuštění pacienta do domácího ošetření. Dále obsahuje informace o důležitosti edukace pacienta zdravotními sestrami.

Výzkumná část práce byla zaměřena na zjištění informovanosti pacientů a dodržování pooperačního režimu. Stanovila jsem si tři výzkumné cíle a pět výzkumných otázek.

Z výzkumné části práce jsem zjistila, že především zdravotní sestry by měly věnovat větší pozornost edukaci nemocných. Měly by informovat pacienty o pooperačním režimu a zpětnou vazbou si ověřit, zda jim dotyčný rozuměl. Vždy si najít chvíli, kdy se pacientovi můžeme věnovat, pohovořit si s ním, vyslechnout jeho obavy a případně zodpovědět všechny otázky. Pokud nemocný bude dostatečně informovaný a bude poučení rozumět, bude při léčení v domácím prostředí klidnější a předejde se tak možným komplikacím a pokud komplikace nastanou, pacient bude vědět, jak si s nimi poradit.

Ze získaných výsledků a nedostatků jsem se rozhodla vytvořit edukační materiál (viz příloha D), který by zdravotnický personál mohl přikládat k propouštěcí zprávě při propuštění pacienta z nemocnice do domácího prostředí. Při odchodu z nemocnice pacient dostává hodně informací, které může zapomenout. Pacienti by tak byli edukováni o pooperačním režimu zdravotníky ústní formou a ještě by si edukační materiál v tištěné formě mohli odnést domů a kdykoliv si ho při nejasnostech znovu přečíst.

Seznam bibliografických citací

Knihy a periodika:

ADAMOVIÁ, Zuzana. Hemoroidy a jejich komplikace. *Praktický lékař*. 2012, roč. 92, č. 10-12, s. 543-545. ISSN 0032-6739.

ANDĚL, Petr, Matěj ŠKROVINA a Vítězslav DUCHÁČ. *Základy praktické proktologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 220 s. ISBN 978-80-7262-892-6.

DUBEN, Jiří. Hemoroidy, konzervativní a invazivní možnosti léčby. *Practicus*. 2012, roč. 11, č. 6, str. 16-20. ISSN 1213-8711.

HERMAN, Jiří, Dalibor MUSIL a kol. *Žilní onemocnění v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 264 s. ISBN 978-80-247-3335-7.

HORÁK, Ladislav. *Praktická proktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 218 s. ISBN 978-80-247-3595-5.

JECH, Zbyněk. Současné možnosti léčby hemoroidální nemoci. *Medicína pro praxi*. 2008, roč. 5, č. 6, str. 262-264. ISSN 1214-8687.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KALA, Zdeněk, Vladimír PROCHÁZKA a kol. *Perioperační péče o pacienta v digestivní chirurgii*. 1. vyd. Brno: Mikadapress, 2010, 29 s. ISBN 978-80-7013-519-8.

KELNAROVÁ, Jarmila, *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2 ročník / 2 díl*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 236 s. ISBN 978-80-247-3106-3.

KHÝNOVÁ, Lucie. Léčba hemoroidálního onemocnění. *Praktické lékárenství: časopis postgraduálního vzdělávání pro farmaceutické asistenty*. 2011, roč. 7, č. 3, s. 144-147. ISSN 1801-2434.

KITTNAR, Otomar a kol. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 800 s. ISBN 978-80-247-3068-4.

KORBIČKA, Jiří a kol. Základy vyšetření a terapie hemoroidálního onemocnění. *Medicína pro praxi*. 2010, roč. 7, č. 6-7, s. 274-278. ISSN 1214-8687.

MALÁ, Šárka a kol. Inkontinence stolice. *Gastroenterologie a hematologie*. 2013, roč. 67, č. 3, str. 262-264. ISSN 1804-7874.

NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. 3. vyd. Praha: Galén, 2015, 416 s. ISBN 978-80-7492-206-0.

NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 978-80-247-1150-8.

NOVOTNÁ, Jarmila a Jana UHROVÁ. *Ošetrovatelství 1 : pro střední zdravotnické školy obor zdravotnický asistent*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2007, 183 s. ISBN 978-80-7168-987-4.

ROKYTA, Richard. *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, ošetrovatelství, přírodovědných, pedagogických a tělovýchovných oborech*. 2. vyd. Praha: ISV, 2008, 426 s. ISBN 80-86642-47-X.

SCHUMPELICK, Volker. *Chirurgie - stručný atlas operací a výkonů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 208 s. ISBN 978-80-247-4531-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

ŠLAUF, Petr, František ANTOŠ a Josef MARX. Komplikace hemoroidů. *Rozhledy v chirurgii*. 2014, roč. 93, č. 4, s. 223-225. ISSN 0035-9351.

ŠULCOVÁ, Jana. *Role sestry v proktologické ambulanci*. České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

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

VOPELÁKOVÁ, Jitka, Jitka RAITMAIEROVÁ. Péče o pacienta s bolestí na chirurgickém oddělení. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 6, s. 55-56. ISSN 1210-0404.

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 228 s. ISBN 978-80-247-4.

ZEMAN, Miroslav, Zdeněk KRŠKA a kol. *Chirurgická propedeutika*. 3. vyd. Praha: Grada, 2011, 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

ZELOVÁ, Pavla. Proč vlastně pít? *Urologie pro praxi*. 2005, roč. 6, č. 2, s. 84-85. ISSN 1213-1768.

Seznam příloh

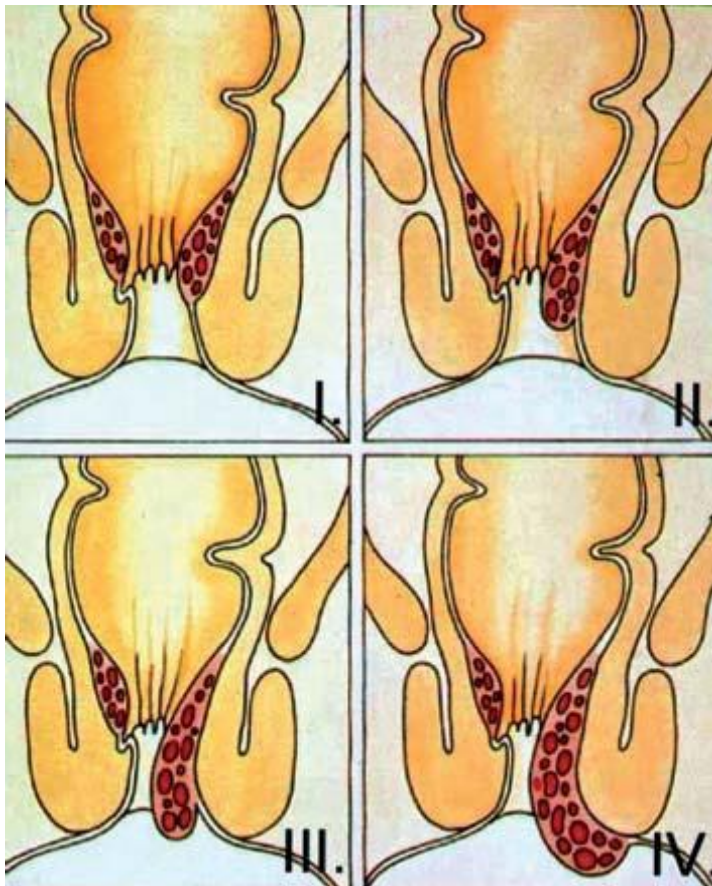
Příloha A - Schéma klasifikace HN: I-IV. stadium

Příloha B - Operace dle Milligana-Morgana s využitím RFA

Příloha C – Dotazník

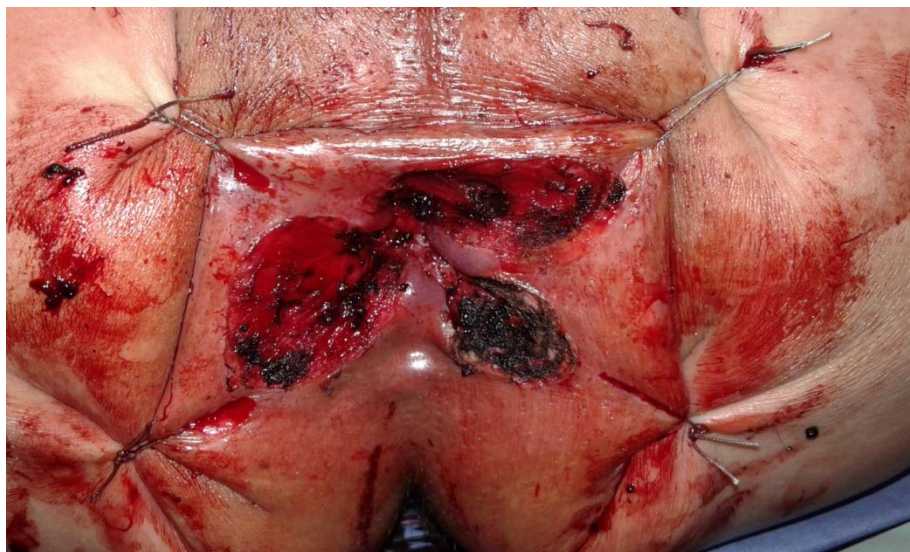
Příloha D – Edukační materiál

Příloha A – Schéma klasifikace HN: I-IV. stadium



(Jech, 2006, s. 284)

Příloha B - Operace dle Milligana-Morgana s využitím RFA



(Zdroj vlastní)

Příloha C – Dotazník

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Moučková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku týkajícího se dodržování režimových opatření u nemocných indikovaných k chirurgické léčbě hemoroidů. Dotazník je zcela anonymní. Získané výsledky budou použity pouze k účelům této bakalářské práce. Vámi vybrané možnosti prosím zakroužkujte nebo vepište. U některých otázek, je možno označit i více odpovědí.

Děkuji Vám velice za Váš čas a ochotu pomoci

1. Myslíte si, že jste byl/a před operací dostatečně informován/a o režimových opatřeních, která je nutno dodržovat?

a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

2. Byly pro Vás získané informace o režimových opatřeních srozumitelné?

a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

3. Byl/a jste nucen/a některé informace o následné péči získávat dodatečně?

a) ano b) ne c) nevím, nepamatuji se

4. Kde a od koho jste získal/a nejvíce informací o dodržování režimových opatření?

Můžete označit více odpovědí.

- a) od lékaře v ambulanci
- b) od sestry v ambulanci
- c) během hospitalizace od lékaře
- d) během hospitalizace od sestry
- e) z vlastních zdrojů (internet, knihy, informační letáky...)
- f) jinde (kde)

5. Kolikrát jste byl/a sestrou informován/a o režimových opatřeních a následné péči?

- a) 1x
- b) 2x
- c) 3x a vícekrát
- d) nikdy

6. Kolikrát jste byl/a lékařem informován/a o režimových opatřeních a následné péči?

- a) 1x
- b) 2x
- c) 3x a vícekrát
- d) nikdy

7. Co patří mezi režimová opatření v prvních třech týdnech po operaci hemoroidů?

Můžete označit více odpovědí.

- a) dodržování zásad intimní hygieny
- b) pravidelné vyprazdňování s možností využití projímadel
- c) vyprazdňování bez použití projímadel
- d) vyvarovat se velké fyzické námaze
- e) pravidelné cvičení
- f) dostatečný příjem ovoce a zeleniny
- g) bezezbytková strava (bramborová kaše, polévky, těstoviny)
- h) vypít méně než 1 litr tekutin
- i) užívání analgetik – léků na snížení bolesti
- j) dlouhé cesty dopravními prostředky
- k) jiné (napíšte).....

8. Kolikrát denně jste prováděl/a hygienu konečníku?

- a) 1x denně
- b) 2-3x denně
- c) 4-5x denně
- d) 5 a vícekrát denně

9. Jakým způsobem jste se staral/a o hygienu konečníku po operaci? Možno označit více odpovědí.

- a) sprchy teplou vodou
- b) sprchy vlažnou vodou
- c) sedací koupele v teplé vodě
- d) sedací koupele v heřmánku

10. Využíval/a jste v době po operaci projímadla?

- a) ano
- b) ne

11. Co byste měl/a správně zařadit do svého jídelníčku v prvních třech týdnech po operaci? Můžete označit více odpovědí.

- a) celozrnné pečivo
- b) bramborovou kaši
- c) dostatek tekutin
- d) termizované sýry (Gervais, Lučina, Cottage,..)
- e) čistý vývar bez zeleniny
- f) dostatek zeleniny a ovoce
- g) pálivé jídlo
- h) rýži
- i) těstoviny
- j) jogurty a jogurtové nápoje

12. Je možné po třech týdnech od operace začít zařazovat do stravy vlákninu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Jaký je váš příjem tekutin za 24 hodin?

- a) do 1.5 litru za 24 hodin
- b) 1.5 litru až 2 litry
- c) více než 2 litry

14. Jaké tekutiny jsou nejvhodnější v prvních třech týdnech po operaci? Můžete označit více odpovědí.

- a) káva
- b) černý čaj
- c) slazené nápoje
- d) pivo
- e) víno
- f) čistá voda
- g) ovocné šťávy
- h) tvrdý alkohol
- i) zelené čaje
- j) mléko a mléčné nápoje

15. Užíval/a jste po propuštění z nemocnice léky na bolest?

- a) ano
- b) ne

16. Jste:

- a) muž
- b) žena

17. Kolik je Vám let?

- a) do 20 let
- b) 21-40 let
- c) 41-60 let
- d) 61 - 80 let
- e) 81 a více let

18. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní vzdělání
- b) vyučen/a, střední odborné vzdělání bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné vzdělání
- e) vysokoškolské

Příloha D – Edukační materiál

Informace pro klienty po operaci hemoroidů propuštěné do domácího ošetřování

Péče o konečník:

- ❖ Provádějte časté sprchy konečníku vlažnou vodou, především po každé stolici a také při každém znečištění (z konečníku hojně odtéká sekret)
- ❖ Provádějte sedací koupele v odvaru z heřmánku
- ❖ Používejte nesterilní gázu nebo slipovou vložku k ochraně prádla před znečištěním
- ❖ Noste volné, pohodlné a bavlněné prádlo

Vyprazdňování:

- ❖ Stolice by měla být kašovitá (ani tuhá, ani průjem)
- ❖ Používejte prostředky na změkčení stolice (Guttalax, Šaratice, Zaječická voda)
- ❖ Neaplikujte žádné čípky či klyzma do konečníku
- ❖ Dle ordinace lékaře užívejte léky proti bolesti (Tralgit, Paralen)

Strava

- ❖ Pijte dostatek tekutin – čistá voda, ovocné čaje, ředěné ovocné šťávy, mléko a jogurtové nápoje
- ❖ Vypijte 2-3 litry tekutin
- ❖ **NE**pijte- ostré neředěné džusy, alkohol, perlivé vody
- ❖ Jídlo jezte často a v malých porcích několikrát denně
- ❖ Jezte tekutou a kašovitou stravu - vývary s nudlemi, smetanové polévky, jogurty nebo jogurtové nápoje, pudinky, krupičnou kaši, bramborovou kaši. Postupně přidávejte těstoviny, termizované sýry, omáčky, ryby, kuřecí, krutí nebo králíčí maso a bílé pečivo.
- ❖ **NE**jezte pálivé nebo tučné jídlo, zeleninu, luštěniny, celozrnné pečivo, rýži

Rady a doporučení:

- ❖ **Nezvedejte těžké věci, nesportujte** - zvyšuje se tím tlak na konečník a hrozí komplikace, např. krvácení

Propuštění:

- ❖ Probíhá většinou 2. – 4. den po operaci
- ❖ Dostanete propouštěcí zprávu, se kterou se bude hlásit do 3 kalendářních dnů u svého praktického lékaře
- ❖ Kontroly budou probíhat v proktologické ambulanci dle pokynů ošetřujícího lékaře

POKUD SE PO PROPUŠTĚNÍ DO DOMÁCIHO OŠETŘOVÁNÍ VYSKYTNOU PROBLÉMY - KRVÁCENÍ, TEPLoty, VELKÉ BOLESTI, IHNED KONTAKTUJTE PROKTOLOGICKÉ PRACOVIŠTĚ, KDE JSTE BYLI OPEROVÁNI NEBO NEJBLIŽŠÍ CHIRURGICKÉ PRACOVIŠTĚ!



<http://srna1596.blog.cz/1305/cim-se-ulevite-od-protivnych-hemoroidu>

Použité zdroje:

DYTRYCH, Petr, Josef MARX a František ANTOŠ, 2010. Hemoroidy a jejich léčba. Pacientské listy. [online]. Roč. 59, č. 11. [cit. 2016-04-23]. Dostupné z:<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/hemoroidy-a-jejich-lecba-452308>

KELNAROVÁ, Jarmila, *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2 ročník / 2 díl*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 236 s. ISBN 978-80-247-3106-3.

NOVOTNÁ, Jarmila a Jana UHROVÁ. *Ošetrovatelství 1 : pro střední zdravotnické školy obor zdravotnický asistent*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2007, 183 s. ISBN 978-80-7168-987-4.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

Ilustrace:

<http://srna1596.blog.cz/1305/cim-se-ulevite-od-protivnych-hemoroidu>

Vytvořila: Markéta Moučková

Email: MouckovaMarketa@seznam.cz

Vedoucí práce: Mgr. Hana Ochtinská

Tento edukační materiál byl tvořen jakou součástí bakalářské práce na téma Dodržování režimových opatření u nemocných indikovaných k chirurgické léčbě hemoroidů. Je vytvořen pod Fakultou zdravotnických studií Univerzity Pardubice.