

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Ošetrovatelská péče o pacienta s apendicitidou

Bakalářská práce

Autor práce: Eliška Komendová

Vedoucí práce: Mgr. Lada Razimová

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Eliška Komendová**

Studijní program: Ošetrovatelství

Obor: Všeobecná sestra

Garant studijního oboru: doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Název práce: **Ošetrovatelská péče o pacienta s apendicitidou**

Vedoucí práce: Mgr. Lada Razimová

Cíl práce: Zjistit, jakým způsobem jsou pacienti s apendicitidou edukováni o pooperační péči.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem: „Ošetrovatelská péče o pacienta s apendicitidou.“ Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část je zaměřena na klinický obraz, diagnostiku, subjektivní a objektivní příznaky, dále se praktická část zabývá formami apendicitidy, komplikacemi, edukací pacienta, terapií a ošetrovatelskou péčí. Praktická část je zpracována kvalitativním výzkumným šetřením. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jakým způsobem jsou pacienti s apendicitidou edukováni o pooperační péči.

Klíčová slova

Edukace, ošetrovatelská péče, apendicitida

Abstract

The bachelor thesis deals with the topic: "Nursing care for a patient with appendicitis." The thesis consists of theoretical and practical parts. The theoretical part focuses on clinical presentation, diagnosis, subjective and objective symptoms, while the practical part addresses forms of appendicitis, complications, patient education, therapy, and nursing care. The practical part is based on qualitative research investigation. The aim of the research investigation was to determine how patients with appendicitis are educated about postoperative care.

Keywords

Education, Nursing Care, Appendicitis

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 3. května 2024

.....
Eliška Komendová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí své bakalářské práce Mgr. Ladě Razimové za její cenné rady, trpělivý přístup a vstřícné vedení. Děkuji chirurgickému oddělení v třebíčské nemocnici a respondentům, kteří ochotně zodpovídali na všechny otázky během výzkumného rozhovoru.

Obsah

SEZNAM TABULEK	7
SEZNAM ZKRATEK	8
ÚVOD	9
MOTIVACE	10
CÍL PRÁCE	10
1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY	11
1.1 ANATOMIE, FYZIOLOGIE TENKÉHO A TLUSTÉHO STŘEVA	11
1.2 KLINICKÝ OBRAZ	11
1.2.1 Subjektivní příznaky	12
1.2.2 Objektivní příznaky	12
1.3 ZVLÁŠTNÍ FORMY ZÁNĚTU APENDIXU	13
1.4 KOMPLIKACE	14
1.5 TERAPIE	15
1.6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	15
1.6.1 Předoperační ošetřovatelská péče	16
1.6.2 Pooperační ošetřovatelská péče	17
1.7 EDUKACE	18
1.7.1 Edukace pacienta s akutní apendicitidou	19
2 VÝZKUMNÁ ČÁST	21
2.1 CÍLE VÝZKUMU	21
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	21
2.3 METODIKA VÝZKUMU	21
2.4 CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ A VÝZKUMNÉHO PROSTŘEDÍ	21
2.5 PRŮBĚH VÝZKUMU	22
2.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	22
2.7 VÝSLEDKY VÝZKUMU	22
2.8 NÁZORNÁ ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	28
2.8.1 Výzkumná otázka č. 1:	28
2.8.2 Výzkumná otázka č. 2:	30
2.8.3 Výzkumná otázka č. 3:	32
3 DISKUSE	36
4 NÁVRH ŘEŠENÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	39
5 ZÁVĚR	40
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	41
PŘÍLOHY	43

Seznam tabulek

Tab. 1: Doba po operaci	21
Tab. 2: Způsob operace	22
Tab. 3: Edukace o pooperačním dietním opatření.....	28
Tab. 4: Způsob edukace o pooperačním dietním opatření	29
Tab. 5: Porozumění edukaci o dietním opatření.....	29
Tab. 6: Edukace o pohybovém pooperačním režimu.....	30
Tab. 7: Způsob edukace o pooperačním pohybovém opatření	31
Tab. 8: Porozumění edukaci o pohybovém opatření	31
Tab. 9: Edukace v oblasti péče o jizvu	32
Tab. 10: Způsob edukace o péči o jizvu.....	33
Tab. 11: Techniky ošetřování jizvy	33
Tab. 12: Techniky ošetřování jizvy	34
Tab. 13: Nedostatky v edukačním procesu	35

Seznam zkratek

CT – výpočetní tomografie

EKG – Elektrokardiografie

IP- jednotka intenzivní péče

MR-magnetická rezonance

NGS - nazogastrická sonda

RTG - rentgen

S+P - srdce + plíce

SONO- sonografie

UZ – ultrazvuk

VAS- vizuální analogová škála

Úvod

Téma bakalářské práce je „Ošetrovatelská péče o pacienta s apendicitidou“. Po staletí přibývá pacientů s apendicitidou. Apendicitida se dělí na akutní nebo chronickou. Patofyziologie apendicitidy je stále nejasná. Velmi často se ale odborníci shodují na tom, že velkou roli hraje obstrukce lumen appendixu. Lékaři si v poslední době pohrávají s myšlenkou, že appendix není zcela tak zbytečný, a že je na místě zabývat se i alternativou při jeho léčbě při vniklé apendicitidě. Chirurgické odstranění slepého střeva nemusí a není jediná možnost léčby. Nové výsledky z výzkumů poukazují na funkčnost slepého střeva při produkovaní a ukládání mikrobů a bakterií, které jsou tělu prospěšné a dokážou obnovit ale i udržet střevní mikroflóru. Někteří odborníci právě proto tvrdí, že appendix napomáhá tělu k obnovení imunity například při průjmovitých onemocněních. Apendicitida jako diagnóza je více a více častá. Každým rokem vzroste počet pacientů s akutní apendicitidou. Akutní apendicitida je jedna z nejčastějších intraabdominálních příčin urgentních operací. Operační zákrok se provádí klasickým řezem či méně invazivní metodou a to laparoskopickou. Každým dnem, jak se medicína mění, tak se mění i pohled na léčbu. Typickou apendicitidu lze zjistit přibližně u 50 % nemocných a u 1/3 dětí, přičemž po prvním vyšetření bývají někteří pacienti posláni zpátky domů se špatně stanovenou diagnózou. Komplikované a obtížné stanovování diagnózy je u batolat, kojenců a adolescentů. Při každé náhlé břišní příhodě je velmi důležitá anamnéza a fyzikální vyšetření. (Zavoral,2021)

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretická a výzkumná část. Teorie popisuje současný stav, klinickou část, formy apendicitidy, komplikace, terapii/léčbu a ošetrovatelskou péči, edukaci pacienta. Druhá výzkumná část zjišťuje, jak jsou pacienti edukováni o pooperační péči. Data byla zpracována kvalitativní formou výzkumného šetření a získávána pomocí anonymních rozhovorů s pacienty po apendektomii do jednoho roku po operaci.

Motivace

Téma, které jsem si vybrala je ošetrovatelská péče o pacienta s apendicitidou. Nesčetněkrát jsem se s apendicitidou setkala v průběhu studia už od střední školy. Je to nejčastější náhlá příhoda břišní a přes to je pokaždé jiná. Apendicitida mě oslovila také tím, že je to velice specifické onemocnění. Toto téma jsem si zvolila, jelikož jsem se chtěla o tomto onemocnění a problematice dozvědět více.

Cíl práce

Zjistit, jakým způsobem jsou pacienti s apendicitidou edukováni o pooperační péči.

1 Současný stav problematiky

Ve vyspělých zemích se akutní apendicitída projeví během života asi u 7 % populace. Apendicitída se vyskytuje méně v částech Asie a Afriky, nejspíše kvůli vysokému podílu vlákniny v potravě. Populace je nejvíce postižena z hlediska věku mezi 10. a 19. rokem života. Od poloviny minulého století se mortalita apendicitidy téměř nezměnila (0,1-0,2%). Pokroky v současné medicíně týkající se předoperační a pooperační péče snížily celkovou mortalitu ohledně apendicitidy s perforací stěny na 2-5 %, ale infekce v pooperačním období u perforovaných forem se stále pohybují až okolo 30 % případů. (Krška 2023)

1.1 Anatomie, fyziologie tenkého a tlustého střeva

Tenké střevo (intestinum tenue), navazuje na žaludek a má průměr zhruba 3-4cm. Skutečnou délku střeva nelze zjistit, protože záleží na kontrakci nebo uvolnění svaloviny břišní. Dle Zachové a kolektivu (2010) je délka tenkého střeva asi 3-7cm. V tenkém střevě probíhá poslední enzymatické štěpení potravy ve vstřebatelné komponenty. Tenké střevo má tři úseky. První a nejkratší úsek se nazývá duodenum neboli dvanáctník a je dlouhý 20-28 cm a stočený do podkovy. Duodenum je důležitý v oblasti trávicích a resorpčních funkcí. Do duodena ústí vývodné cesty z jater a slinivky, které se hlavně podílí na trávicích procesech. Jejunum (lačník) je další úsek tenkého střeva. Hlavní funkcí je vstřebávání důležitých živin, jako jsou cukry, aminokyseliny a mastné kyseliny. Sliznice je složena z klků a příčných řas – Kerckringovy řasy, které zvyšují resorpční plochu tenkého střeva. Poslední úsek tenkého střeva je kyčelník (ileum), jeho délka je asi tři pětiny z celkové délky tlustého střeva. Jejunum a ileum jsou volně pohyblivé a mají četné kličky a přecházejí bez určité hranice, jejich společným znakem je připojení závěsem, mesenteriem. Tlusté střevo (intestinum crassum), přijímá z tenkého střeva kašovité až tekuté obsah, z něhož byly v tenkém střevě vstřebávány živiny. Tlusté střevo postupně vstřebává vodu a elektrolyty a obsah je postupně formován ve stolici. Posledním úsekem tlustého střeva je anální otvor, kterým odchází stolice z těla. V tlustém střevě jdou za sebou tyto úseky. Slepé střevo (caecum), je uloženo v pravé jámě kyčelní s ileocaekálním vyústěním na levém boku. Appendix vermiformis neboli červovitý výběžek je připojen na konci caeka. Hlavní částí tlustého střeva je colon čili tračník a má součásti tračník vzestupný (colon ascendens), v hepatální flexuře se mění směr střeva a vede příčně přes dutinu břišní jako tračník příčný (colon transversum), dále se v levé části břišní dutiny ohýbá v takzvané lienální flexuře a je veden jako sestupný (colon descendens), pokračuje esovitá klička (colon sigmoideum). Posledním úsekem střeva je rectum neboli konečník, který vyúsťuje napovrch otvorem nazývaným řiť (anus). (Čihák, 2013; Fiala, Valenta, Eberlová, 2015).

1.2 Klinický obraz

Význam klinického obrazu spočívá v souhrnu objektivních a subjektivních příznaků. Typický klinický obraz je v případech, že nemoc probíhá tak, jak je pro ni charakteristické. Atypický klinický obraz je v případě, že je průběh nemoci jiný nebo odlišný. Appendix je u každého

člověka uložen trochu jinak, jen okolo šesti lokalizací je popsáno v odborných atlasech anatomie, proto ani klinický obraz není stejný. Standardní průběh akutní apendicitidy se projevuje bolestí břicha, nevolností a zvracením. S posunem času se bolest zhoršuje a přechází do pravé části podbřišku, tam se ohraničí a je pociťována i při chůzi, pohybu, kašli. Bolest se dále přesouvá do místa zaníceného appendixu a způsobí peritoneální dráždění. Během 12 hodin bez léčby může dojít progresi nebo ke gangréně. (www.prolekare.cz, Lukáš;Hoch,2018) V žádných jiných klinických situacích není včasná diagnóza tak důležitá jako u náhlých příhod břišních. Diferenciální diagnostika je široká. Zahrnuje například Crohnovu nemoc, rupturu ovariální cysty či mimoděložní těhotenství, infekci ledvin. Nic není tak obtížné a na druhou stranu tak snadné jako diagnostika apendicitidy. Za snížením morbiditidy stojí přesná a rychlá diagnostika. Hlavní diagnostickou pomocí dnešní doby jsou zobrazovací metody, v těchto případech UZ a CT vyšetření. Při radiologické anatomii se určují za hraniční hodnoty v ultrazvukovém obraze šíře appendixové stěny do 3mm a celkové šíře do 6mm. Appendix za normálního fyziologického stavu má mnohem menší a tenčí rozměry pod UZ sondou. Základ diagnostiky je anamnéza, sběr informací od pacienta, kterou získává sestra od pacienta buď v ambulanci nebo při hospitalizaci na oddělení. Dále velkými pomocníky při diagnostice jsou laboratorní testy, které lékař naordinuje. Do laboratorních testů při diagnostice apendicitidy spadá, C-reaktivní protein a vyšetření moče a další jako krevní obraz, koagulace, biochemické vyšetření krve. Ve většině případech se prokazuje vzestup C-reaktivního proteinu a leukocytóza nad $10 \times 10^9/l$. (Herle,2016)

1.2.1 Subjektivní příznaky

Subjektivní příznaky jsou ty, které pociťuje nemocný a nelze je prokázat vyšetřovacími metodami. Do subjektivních příznaků se řadí například bolest, únava, nechutenství, nevolnost, bušení srdce a jiné. Například bolest je označována jako signál poškození tkání nebo jako potencionální poškození tkání, u bolesti a hodnotíme lokalizaci, intenzitu a typ bolesti. Subjektivní příznaky nemocný pouze sděluje. Zkušenost lékaře při posuzování příznaků je velmi důležitá. Při sdělování subjektivních pocitů nemocný může zveličovat (agrace) potíže, a nebo naopak něco nesdělí, zlehčovat (dissimilace). Akutní apendicitida obvykle vzniká z plného zdraví. Začátek bývá s neurčitým diskomfortem v oblasti epigastria po něm následuje pocit na zvracení a nechutenství to můžeme označit jako první subjektivní příznaky. Další subjektivní příznaky začínají pár hodin před nástupem břišních bolestí. Obecně charakteristika apendicitidy je daná plynatostí, zažívacími obtížemi, mírnou bolestí v pravé oblasti břicha. (Jelínková,2020)

1.2.2 Objektivní příznaky

Objektivní příznaky lze definovat jako ty které může odborník zhodnotit laboratorně nebo za pomoci zobrazovacích metod a obecně vyšetřovacích metod. Do obecného vyšetření spadá anamnéza, fyzikální vyšetření (pohled, poslech, poklep, pohmat,) fyziologické funkce, zobrazovací metody (RTG, SONO, MR), laboratorní metody. Lékař se při příchodu pacienta zaměří na polohu, kterou pacient zaujímá dále na kašel, otoky, vyprazdňování, stav kůže,

zvracení, mimiku, vědomí a další. Jedním z ukazatelů při diagnostice apendicitidy, co se týče objektivních příznaků jsou fyziologické funkce. Sestra na ambulanci či urgentním příjmu dle indikace lékaře zahájí monitoring fyziologických funkcí. Sestra monitoruje a zaznamenává pulz, dech, tělesná teplotu a tlak. Pulz, který je anatomicky měřen nejčastěji na zápěstí, palcové straně na arterii radialis (vřetení tepna) při apendicitidě může dosahovat až 100/min. Tachykardie je jeden z prvotních projevů zánětu. Tělesná teplota, která se za fyziologického stavu pohybuje od 36°C – 36,9°C při apendicitidě může narůst na 37,5°C a při komplikacích až nad 38°C, dlouho trvající horečnaté stavy mohou být ukazatelem septického stavu. Do správné a kvalitní diagnostiky se řadí tak zvané 5P neboli pohled, poslech, pohmat, poklep a per rectum (vyšetření přes konečník). Při pohledu na pacienta může být patrné fixování rukou v oblasti pravého hypogastria. Každá změna polohy či zakašlání zvýší intenzitu bolesti a pokud je zánět v pokročilém stádiu vymizí dýchání do břicha a přechází v mělké dýchání. U rozvinutého zánětu je důležitý poslech pro zjištění střevní peristaltiky. Při poloze na zádech s pokrčenými dolními končetinami lékař vyšetřuje pohmatem, kde je lokalizace bolesti a jak pacient reaguje na ztlačení břišní stěny, začíná se palpací, tam kde jsou bolesti nejmenší a postupuje se směrem k pravému hypogastriu. V pravém hypogastriu nastává identifikace diagnostických dvou bodů a to Mc. Burneyův a Lanzův bod. Bolest a ochranné svalové napětí břišní stěny se vyvolá pomocí palpce. Lanzův bod se používá pro popis projekce těla slepého střeva na břišní stěnu a leží na linea bispinalis ve vzdálenosti jedné třetiny od spina iliaca anterior superior dextra. Druhý bod je místo, kde je bolest nejsilnější a nazývá se Mc. Burnerův, leží na spojnici mezi spina iliaca anterior superior a pupkem ve vzdálenosti dvě třetiny od pupku. Další způsob je poklep a využívá se především na vyhodnocování tak zvané pokleповé bolesti a stupně napětí svalů ve stěně břišní. Při poklepu pacient pociťuje bolest v pravém hypogastriu, poté následuje reflexní spasmus svalů břišní stěny, identifikuje to pozitivní Pléniesovo znamení. Vyšetření per rectum, se provádí přes konečník, kdy pacient leží nejčastěji na levém boku. Hodnotí se bolest pravé strany konečníku, někdy jako jediný příznak akutní apendicitidy může být bolest v Douglasově prostoru, protože do něj jako do nejnižší uložené části může stéct obsah z břicha, podráždí jej a to způsobí bolest (Jelínková2020, www.prolekare.cz).

1.3 Zvláštní formy zánětu appendixu

Odborná literatura uvádí velké množství forem zánětů appendixu u lidí. Mezi ty nejčastěji vzniklé patří laterocékální apendicitida, která může napodobovat zánět žlučníku. Bolest je lokalizována v pravém hypogastriu a svalové napětí zasahuje až do bederní krajiny. Pokud je appendix delší než fyziologicky, dosahuje až do podjaterní krajiny. Druhá nejčastější zvláštní forma je pánevní apendicitida. Svalové stažení nemusí být vyvoláno. U symfýzy a tříselného vazů bývá silná bolestivost. Při vyšetřování je velmi bolestivá i vnitřní rotace kyčlí. Dalšími příznaky u pánevní apendicitidy jsou dysurické potíže a u žen napodobuje gynekologické potíže. Další z nejčastěji uváděných je apendicitida u dětí ta se projevuje spavostí, plačtivostí, nechutenstvím, až při progresu se začne vyskytovat zvracení, teplota, bolest. Čtvrtou zvláštní formou je forma apendicitidy v těhotenství její diagnostika je více obtížná čím více je pokročilé těhotenství. Během 1. trimestru klinický obraz apendicitidy není pozměněn pouze indikace k apendektomii si žádá velkou opatrnost pro rizikový abort. Během 2.-3. trimestru se mění

poloha céka s apendixem, a to při klinickém obrazu je nález s dislokací céka s apendixem kraniálně, může být klidně až v podjaterní krajině. Hypogastrium překrývá děloha, a to ztěžuje vyšetření i snižuje schopnost omenta lokalizovat infekci tím se zvyšuje riziko pro rozvinutí difúzní peritonitidy. Pokud nastane perforace appendixu těhotná žena je ohrožena velmi závažnou intraabdominální infekcí a u plodu hrozí úmrtí. Proto pokud má lékař sebemenší podezření na apendicitidu vždy je lepší neváhat s možností apendektomií. Dále jsou zmiňovány v odborných literaturách a skriptech formy jako levostranná apendicitida, stařecká apendicitida, mezoceliakální apendicitida, retrocékální apendicitida. (Herle,2016)

1.4 Komplikace

Komplikace jsou nejčastěji u zánětů, které trvají více dní. Nejčastějšími komplikacemi jsou peritonitida, absces, periapendikální infiltrát, perforace, a velice vzácně pyelflebitida. Projevy jakékoliv komplikace zdravotnický tým sleduje při vyšetřování pacienta a to zejména u pohmatu, kdy nastane bolestivá rezistence v pravém podbříšku. Sestra při monitoraci fyziologických funkcí kontroluje vzestup teploty a tachykardii. (Herle,2016)

Perforace appendixu je doprovázena horečnatými stavy, většími bolestmi než u prosté apendicitidy. Pokud je komplikací perforace stěny appendixu následkem je drobný absces nebo generalizovaná peritonitida. (Fenko; Šubrt a Dědek (ed.)2017)

Periapendikulární infiltrát, vzniká pokud se zhruba do 72 hodin od začátku projevů apendicitidy pacientovi neodoperuje appendix a nebo dojde-li k jeho perforaci. Projevu se bolestí v pravém podbříšku a přetrvávající teplotou do 38 °C, tento typ infiltrátu se léčí klidem, přikládají se studené obklady, indikuje se tekutá dieta a podávají se předepsaná antibiotika až se zánět zklidní, tak lékař naplánuje apendektomii. (Pokrivčák,2014)

Apendikulární absces se vytvoří, pokud zánět prostoupí skrze stěnu appendixu ne vždy díky ruptuře ve stěně červovitého přívěsku a vytvoří ohraničené hnisavé ložisko. Při vyšetřování pacienta se objevuje klinický obraz mechanického nebo i paralytického ileózního stavu. Během vyšetřování správnou diagnózu potvrdí až ultrasonografické vyšetření, poté lékař nastaví léčbu nejčastěji extraperitoneální drenáž abscesu a předepíše antibiotika a tím zabráni sepsi. Po zvážení a konzultaci s dalším zdravotnickým personálem se indikuje za 5-6 týdnů operační revize ileocékální krajiny. (Páral, et al., 2020)

Difúzní zánět pobříšnice při vzniku apendicitidy přímo ohrožuje pacienta na životě, je to nejzávažnější komplikace. Této komplikaci se dá předejít pouze včasnou apendektomií. Během 48-72 hodin appendix nejčastěji perforuje poté následují jasné objektivní i subjektivní příznaky, a to bolest difúzního typu. Bolest, která přetrvává a stupňuje se při pohybu nebo při změně polohy pacienta či kašli. Dalším příznakem je prknavité břicho, které vzniká stažením břišní stěny. Na pacientovi po příjezdu do nemocničního zařízení zdravotníci sledují úlevovou polohu, kterou pacient zaujímá dále i zvracení. Během objektivního vyšetření se měří tělesná teplota, ta je ve většině případech zvýšená dále se projevuje tachykardie a postupný pokles krevního tlaku. Sleduje se také změna mimiky a výrazu pacienta, oči zapadlé do orbity, sliznice rtů vysušené, cyanóza rtů také nazývané jako Facies Hippocratica. Viditelná je i bledá pokožka se studeným potem. Často až operační revize dutiny břišní určí přesnou diagnózu. Léčba je neodkladná proto je operační revize v 99 % indikována ihned pouze pacient musí být zajištěn

antibiotiky. Do celkové, kompletní léčby se řadí monitorování fyziologických funkcí, podávání předepsaných antibiotik. (Marek,2021)

Pooperační komplikace se dělí na komplikace vznikající v souladu s anestezií a nebo operačním výkonem. Rizikový pacient je proto ukládán na jednotku intenzivní péče ke zvýšené monitoraci celkového stavu. Díky tomu je možné předejít kardiálním komplikacím, renálním, respiračním a porušení zažívacího ústrojí. Dále pak komplikacím v operační ráně, kam se řadí infekce, krvácení, kýla v jizvě, rozpad rány (dehiscence).

Důležitá je prevence předoperačních komplikací. (Páral, et al., 2020)

1.5 Terapie

Konzervativní léčbu je možné doporučit pouze v počátečním stadiu nemoci, pokud není jasný diagnostický závěr. Lékař neordinuje žádné antibiotika a ani analgetika. Sestra podává pouze ordinované léky a infuzní roztoky. Pacient je sledován, monitorován na chirurgickém oddělení. Pokud je indikován operační výkon, lze jej provést dvěma způsoby. První zmínka o provedení apendektomie pochází z roku 1735, kterou provedl anglický chirurg, ale výkon byl proveden bez anestezie. Až na konci 19.století byly publikovány základní diagnostické a terapeutické principy a indikace k akutní apendektomii. V současné době se považuje za indikaci k apendektomii bolest se vzestupem teploty, zvýšení leukocyty, a nebo zhoršování klinického stavu. Základním operačním způsobem byla a je apendektomie z laparotomie, která se nejčastěji provádí ze střídavého (McBurneyova) řezu v pravém podbříšku. Při typickém průběhu není za potřeby indikovat speciální zobrazovací metody, typický průběh tvoří asi 55 % pacientů s akutní apendicitidou a mění se pouze sledování pacienta v intervalech 4-6 hodin se správnou předoperační přípravou. Jako u každého chirurgického zákroku, pacient podstupuje invazivní zákrok, a proto je potřebné zajistit správnou předoperační i pooperační ošetrovatelskou péči.

Díky zobrazovacím metodám se rozšířila i možnost provedení operačního výkonu laparoskopicky. Laparoskopická apendektomie je v dnešní době velmi populární, a to právě díky menší operační ráně, menší pooperační bolesti a rychlejší pooperační rekonvalescenci. (Pokrivčák,2014, Marek, 2021)

1.6 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče je důležitou součástí preventivní, diagnostické a léčebné péče. V současné době je ošetrovatelství disciplína založena na samostatnosti sestry a spolupráci s ostatními zdravotnickými pracovníky ale i s jinými odbornými pracovníky. Komplexní ošetrovatelskou péči poskytuje ošetrovatelský tým, který tvoří skupiny pracovníků s odlišnými kompetencemi. Do ošetrovatelského týmu patří všeobecné sestry, porodní asistentky, dětské sestry, zdravotničtí záchranáři, praktické sestry, ošetrovatelé a sanitáři. Aby byla ošetrovatelská péče kvalitní a bezpečná je důležité dodržovat, respektovat kompetence všech zdravotnických pracovníků. Ošetrovatelskou péči vykonává sestra samostatně v rámci kompetencí, sestra vykonává během ošetrovatelské péče výkony dle ordinace lékaře i ve spolupráci s lékařem. Ošetrovatelská péče se dělí na základní, komplexní a specializovanou. Základní ošetrovatelská

péče je zaměřena na méně náročné činnosti a vykonává se ve standardních podmínkách. Komplexní ošetrovatelská péče je plánovaná a organizovaná činnost, realizuje se metodou ošetrovatelského procesu. Komplexí ošetrovatelská péče identifikuje aktuální i potencionální zdravotní problémy a stanovuje priority. Specializovaná ošetrovatelská péče je zaměřena na vysoce odborné ošetrovatelské činnosti a vykonává se v specializovaných oborech. (Libová, Balková a Jankechová, 2019; Vytejšková, Sedlářová, Wirthová, Otradvocová, Kubátová, 2015)

1.6.1 Předoperační ošetrovatelská péče

Sesterská ošetrovatelská předoperační péče začíná až poté co lékaři stanoví indikaci k operaci která může být vitální (život zachraňující), absolutní (jiná možnost není k vyléčení) a nebo relativní (není ohrožen život, je možné zvážít i jiný typ léčby např. konzervativní). Lékař indikuje operaci i z pohledu na čas buďto akutní operace nebo odkladná (plánovaná) operace. Pokud lékař rozhodne o operativní léčbě, začíná předoperační péče. Ta se dělí podle časového hlediska na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Dlouhodobá předoperační příprava pacienta obsahuje chirurgickou přípravu, kdy chirurg stanoví diagnózu a postup zákroku. Zahrnuje interní přípravu pacienta ta může být provedena maximálně 14 dní před operačním výkonem a týká se krevních odběrů, EKG, RTG S+P. (Pokorná, Komínková, Sikorová, 2014; Marek, 2021)

Krátkodobá předoperační péče probíhá u pacienta při hospitalizaci. Sestra při příjmu pacienta na oddělení seznámí s řádem oddělení a co u pacienta v několika hodinách bude vykonávat a dá pacientovi podepsat souhlas s hospitalizací. Sestra odebere od pacienta ošetrovatelskou anamnézu, kde ji budou zajímat informace o alergiích, stravě, jiné onemocnění, jak dlouho trvají potíže, soběstačnost, kompenzační pomůcky, kouření a alkohol. Poté si sestra stanoví ošetrovatelský plán, který bude obsahovat ošetrovatelské diagnózy, ošetrovatelské intervence a cíle, sestra pacienta zhodnotí v úrovni soběstačnosti dle škály Barthelové, zhodnotí nutriční stav pacienta, podle škály Nortonové sestra zjistí riziko vzniku dekubitů. O VAS (vizuální analogová škála bolesti) pacienta sestra edukuje až poté hodnotí po 3hodinách. Sestra pacienta seznámí s lačněním 6-8 hodin před operací, s celkovou hygienou, ověří jestli je pacient vyprázdněný a dle operačního výkonu a ordinace lékaře zavede permanentní močový katetr, pokud je pacient přijatý k akutní apendektomii zavádí se NGS jako prevence aspirace při operaci. Až je pacient poučen o operaci podepíše informovaný souhlas s celkovou anestezii a operačním výkonem. Sestra formou clipování zbaví operační pole a okolí chloupků nebo dohlédne na oholení. Před operačním výkonem musí proběhnout vyšetření anesteziologem, ten pacienta seznámí s možnostmi anestezie a stanoví premedikaci. Dle ordinace anesteziologa podá sestra večerní premedikaci. Nedílnou součástí v předoperační péči je pacientova psychické, fyzické pohodlí. (Marek, 2021)

Bezprostřední předoperační příprava probíhá pár hodin před operací nejčastěji je to časový úsek 2 hodiny před operací, sestra podá ranní premedikaci a chronickou medikaci, antibiotika dle ordinace lékaře, změří pacientovi fyziologické funkce a dohlédne na celkovou hygienu, vynětí zubní protézy, sundání šperků, vydesinfikuje pupek a dlaně pacienta. Sestra zkontroluje zavedené invazivní vstupy nebo je zajistí, pokud nejsou zajištěny z předchozího dne. Sestra pacientovi přiloží kompresní bandáže na dolní končetiny. Pacienta je důležité upozornit, že po podané premedikaci není vhodné opouštět lůžko z důvodu možného pádu. Sestra vše

zaznamenává do dokumentace, jak přijde pokyn od lékaře nebo z operačních sálů, že může být pacient dovezen, sestra vezme pacientovu dokumentaci a odváží ho na operační sál. (Marek,2021; Jelínková,2020)

Jeden z typů předoperačních příprav je urgentní příprava pacienta. Při urgentní přípravě pacienta k operaci vzrůstá riziko komplikací z důvodů nedostatku času na získání vstupních informací od pacienta. Nejvíce jsou ohroženy děti a senioři. Předoperační příprava se omezuje na odběry biologického materiálu na STATIM, sestra odebírá krevní obraz, biochemické vyšetření krve, moči a krevní skupinu. Hygiena je omezena pouze na očistu hrubých nečistot, vyjmutí zubních protéz. Důležitá příprava operačního pole. Pokud není jistá doba lačnění je vhodná konzultace s anesteziologem, dle ordinace se zavádí žaludeční sonda a odsaje se se žaludeční obsah. Dále je třeba, aby sestra zajistila žilní vstup, provedla bandáže dolních končetin a podala naordinovanou premedikaci. (Janíková, Zeleníková, 2013, Marek,2021, Stibor, 2017)

1.6.2 Pooperační ošetrovatelská péče

Po operaci navazuje sestra na další ošetrovatelskou péči, a to péči pooperační, kdy se sestra řídí opět jak ordinacemi lékaře, tak svými kompetencemi. Pacient je podle stavu převezen po operaci buď zpět na standardní oddělení nebo dle indikace lékaře a závažnosti pooperačního stavu na JIP. Ošetrovatelská pooperační péče je stejně důležitá jako ošetrovatelská péče předoperační. Pooperační ošetrovatelská péče se týká monitorace fyziologických funkcí a sledování pacienta. Do monitorace fyziologických funkcí patří měření tlaku, měření pulzu, sledování dechu a saturace, sledování vědomí, podávání medikace dle ordinace lékaře, sledování operační rány, jestli rána neprosakuje a její bolestivost, pokud je zaveden drén tak sestra sleduje výdej z drénu (barvu, množství, charakter sekretu) a jeho funkčnost. Sleduje močení nebo výdej do permanentního močového katetru, pokud není zaveden permanentní močový katetr je důležité, aby se pacient vymočil do 6-8 hodin po operaci. Sestra sleduje bolest u pacienta dle vizuální analogové škály bolesti. Analogová vizuální škála bolesti má stupnici od 0 do 10, kdy je 0 nejmenší bolest a 10 největší bolest. Sestra podává analgetika dle ordinace lékaře. Pacient může mít zavedenou nasogastrickou sondu, sestra sleduje výdej žaludečního obsahu, barvu ale také pocit na zvracení. Dle ordinace lékaře je možné nasogastrickou sondu klemovat. Po odpojení sondy od spádového sáčku sestra musí kontrolovat, zda se pacient cítí dobře nebo jestli má nauzeu či zvrací. Péče o ránu a sledování hojení operační rány spadá také do kompetencí sestry u pacienta po apendektomii. Sestra ránu převazuje a posuzuje hojení. Během bezprostředního období po operaci sestra provádí převaz operační rány asepticky, při nesprávném postupu a nedodržení aseptických zásad může nastat komplikace, například infekce v ráně. Sestra by měla umět poznat zavčas komplikace i infekci v důsledku operačního zákroku. (Marek,2021, Jelínková, 2020; Pokorná, Komínková, Sikorová, 2014)

Ohledně akutní apendicitidy buď po laparoskopii nebo laparotomii se jedná o komplikace probíhající jako bolesti břicha, vzestup horečky, vytékající hnisavý sekret z operační rány nebo v drenáži a podobně. (Schneiderová, 2014)

Další důležitá část pooperační ošetrovatelské péče po apendektomii je oblast vyprazdňování stolice, při níž dochází také ke změnám, jelikož je při operaci narušena střevní peristaltika,

břišní svalstvo je ochablé a nastává dočasná paralýza gastrointestinálního traktu z důvodů působení anestezie. Z toho důvodu je důležité sledování vyprazdňování stolice a odchod plynů k němuž musí dojít nejpozději do 2-4 dnů po operaci. Pokud k tomu nedojde, sestra informuje lékaře o pooperačním stavu pacienta a poté lékař na podkladě informací od sestry pátrá po pooperačních komplikacích jako například to mohou být srůsty v břišní dutině, pooperační ileus a další. (Marek, 2021, Jelínková, 2020)

Nedílnou součástí je včasná mobilizace ale také rehabilitace ta se stala nepostradatelnou součástí pooperační péče. Sestry mohou v rámci kompetencí edukovat pacienta a nacvičovat základní cviky během ošetrovatelské péče, ale speciální rehabilitace patří do kompetencí fyzioterapeutů. Například v den operace by měla sestra motivovat pacienta k posazení s nohama dolů nebo aby opustil lůžko, provedl základní hygienu u umyvadla a zkusil se projít po pokoji v rámci prevence žilní trombózy. Sestra pacienta edukuje o základních polohách a pomocných pohybech k posazení na lůžko, edukace je zaměřena na to, aby pohyby, které pacient vykonává, byly co nejméně bolestivé a pacienta nestresovaly. Sestra poučí pacienta o vhodnosti položit se na bok a poté se opřít o loket a pomalu spouštět dolní končetiny dolů z lůžka. Tento postup slouží zároveň analgeticky, kdy pacient nenapíná břišní stěnu a předchází tím výrazné bolestivosti v operační ráně. Každé mobilizaci předchází nácvik správného dýchání. Než se začne pacient vertikalizovat, je nutné ho poučit o vhodnosti posazení na lůžko s dolními končetinami z lůžka, správně dýchat, setrvat několik minut v této poloze a poté je možné se postavit. (Marek, 2021, Jelínková, 2020)

Pooperační ošetrovatelská péče o pacienta po apendektomii na standardním chirurgickém oddělení končí propuštěním pacienta do domácí péče ve většině případech 3.-5. pooperační den, pokud je pacientův stav stabilní, toleruje podávanou stravu, pooperační rána se hojí per primam. (Pokorná, Komínková a Sikorová, 2014)

1.7 Edukace

Edukace jako pojem se odvozuje od latinského slova educio, význam slova educio je vést vpřed nebo vychovávat. V ošetrovatelské péči edukace tvoří jednu z nejdůležitějších úloh, přičemž velmi náročnou. Samotná edukace má za hlavní cíl dosáhnout naplánovaných pozitivních změn. (Pechová, 2016)

V prvotní fázi ať už u hospitalizace nebo propuštění pacienta domů nelékařský personál edukuje formou základní edukace, tato forma se používá v praxi pokud pacient nemá žádné informace o dané problematice a onemocnění. Základní edukace obsahuje nejdůležitější informace o onemocnění a možných potížích. Podle výzkumu je důležité provádět základní edukaci, aby pacient a jeho rodina či příbuzní nebyly zahrnuti spoustou informací. Ke správně provedené edukaci by měl mít každý edukátor vytvořený edukační plán podle kterého se po čas edukace řídí. V další fázi například při opakovaných hospitalizacích nebo při návštěvách v odborných ambulancích používá nelékařský personál komplexní edukaci. Komplexní edukace je rozšířený typ a za pomoci něj se rodině, příbuzným a pacientovi poskytují ucelené a rozšířené vědomosti. Edukace a její samotný proces má 5 fází. 5 fází tvoří počáteční, projektování, realizace, upevňování a prohlubování v poslední fázi zpětné vazby od pacienta či rodiny. V odborné literatuře se první fáze pedagogické diagnostiky nazývá i jako posouzení pacienta. Ještě před tím, než začne celý edukační proces sestra zhodnotí pacienta a zjistí

důležité údaje. Během prvního rozhovoru sestra zjišťuje, jaký je postoj pacienta k onemocnění a jaký má postoj k sebekpěči, aby jeho návrat do standardního běhu života byl co nejrychlejší a nejjednodušší. Důležité je přizpůsobit komunikaci, tak aby nedošlo ke komunikačním bariérám, to znamená, co nejméně používat odborné výrazy, pokud pacient není z oboru a komunikovat s ním dle jeho stavu a úrovně. (Pokorná a kol., 2014)

Druhá fáze se nazývá projektování. Sestra reaguje na první fázi a snaží se odstranit pacientovi nedostatky a neznalost. Sestra během druhé fáze stanoví dle pacientových deficitů edukační cíle. Sestra musí zhodnotit v edukačním procesu i jaký typ edukace použije, pacientovi může informace pouze doplnit, nebo sestra provede základní edukaci. Sestra během edukačního plánu, který si ve druhé fázi sestaví obsahuje edukační metodu, harmonogram a kdy se pacient bude edukovat, priority celé edukace. Třetí fází edukačního procesu je realizace edukačního plánu, který si sestra k danému pacientovi sestaví. Hlavním krokem realizace je navázat komunikaci na dobré úrovni a zaujmout pacienta a upoutat jeho pozornost, aby byl schopný přijmout nové informace. Během této fáze se postupně sestra ptá či pacient neboli edukant rozumí všemu, dokáže samostatně nové informace zopakovat a použít. Pokud je možnost sestra poskytne pacientovi edukační materiál, kde bude mít nejdůležitější informace k dané problematice. (Pechová, 2016)

Čtvrtou a důležitou fází je upevňování a prohlubování informací. Je to velice důležité pro uchování informací v paměti po co nejdelší dobu. Sestra by měla s pacientem opakovat a procvičovat, tak aby docházelo ke stálým fixacím edukace. Bohužel ve zdravotnictví se často z nedostatku personálu na tuto fázi zapomíná. (Pokorná a kol., 2014)

Poslední fáze, která se často nazývá především v odborné literatuře evaluace neboli hodnocení je fáze zpětné vazby. Sestra edukátorka zhodnotí, zda splnila cíle edukace, které si stanovila. Poté do ošetrovatelské dokumentace vypíše buďto splněno, nesplněno nebo splněno částečně. V poslední fázi při zhodnocování velice záleží i na stavu pacienta. (Janíková, Zeleníková, 2013; Pechová, 2016)

1.7.1 Edukace pacienta s akutní apendicitidou

Při plánování ošetrovatelského plánu u pacienta s akutní apendicitidou sestra stanoví cíle edukace. Při přijetí sestra edukuje pacienta o signalizačním zařízení na pokoji, vnitřním řádu oddělení, identifikačním náramku, o podávání léků dle ordinace lékaře, klidu na lůžku, restrikcii tekutin a omezení jídla, o měření fyziologických funkcí a dále mu sdělí potřebné informace. Během pobytu v nemocnici je pacient průběžně edukován lékaři, sestrami i fyzioterapeuty. Lékaři pacienta informují o operačním zákroku, léčbě, pooperačním období. Sestry pacienta edukují dle stanoveného edukačního plánu. Během prvních pooperačních dnů sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem edukuje pacienta o dechové rehabilitaci, učí pacienta režimovým opatřením, jak správně vstávat z lůžka, jak se mobilizovat a vertikalizovat. Sestra ve spolupráci s nutriční terapeutkou edukuje pacienta o dietním opatření a vhodnosti potravin či jejich úpravě v pooperačním období i po propuštění do domácího prostředí. (Pokorná a kol., 2014, Gurková, 2017)

Cílem edukací u pacienta po apendektomii je režimové opatření po propuštění do domácího prostředí. Sestra pacienta edukuje o péči o jizvu, naučí jej techniky, jak o jizvu pečovat, včetně

prostředků, které může pacient použít. Zdůrazní, že nemá zvedat a nosit těžké předměty, neprovádět činnosti, při kterých zatěžuje břišní stěnu v rámci prevence vzniku kýly v jizvě či dalších možných komplikací. (Gurková, 2017)

2 Výzkumná část

2.1 Cíle výzkumu

Cíl č. 1: Zjistit, jakým způsobem jsou pacienti s apendicitidou edukováni o pooperační péči.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jak a kým je pacient edukován o pooperačním dietním opatření?

Výzkumná otázka č. 2: Jak a kým je pacient edukován o pooperačním pohybovém režimu?

Výzkumná otázka č. 3: Jak a kým je pacient edukován o ošetřování operační rány?

2.3 Metodika výzkumu

Pro bakalářskou práci byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Sběr dat byl realizován pomocí rozhovorů s pacienty, kteří podstoupili operační výkon apendektomii. Respondenti odpovídali na předem připravené a schválené otázky. Otázky byly zvoleny tak, aby se vztahovaly k cíli bakalářské práce. Rozhovory byly prováděny anonymně se souhlasem respondentů a vedení daného zdravotnického zařízení. Rozhovory probíhaly několik měsíců leden–duben 2024. Informace byly během rozhovorů nahrávány na mobilní telefon a následně přepsány do finální podoby.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Respondenty výzkumného šetření se stali pacienti po apendektomii. Rozhovory byly provedeny celkem s 10 pacienty z vybrané nemocnice Třebíč na chirurgickém oddělení a s pacienty, kteří byli propuštěni do domácí péče. Pro výběr respondentů nebyl rozhodující věk ani pohlaví.

Tab. 1: Doba po operaci

Respondent	Hospitalizovaný	Propuštěný
R1		X
R2	X	
R3		X
R4	X	
R5		X
R6	X	
R7	X	
R8	X	
R9		X

R10	X	
------------	---	--

Zdroj: Vlastní zpracování

Z deseti respondentů, šest z nich bylo v průběhu rozhovoru hospitalizovaných a čtyři respondenti byli propuštěni.

Tab. 2: Způsob operace

Respondent	Laparotomie	Laparoskopie
R1	X	
R2		X
R3		X
R4		X
R5	X	
R6		X
R7		X
R8	X	
R9		X
R10		X

Zdroj: Vlastní zpracování

Z tabulky vyplývá, že tři respondenti byli operováni laparotomicky a sedm respondentů bylo operováno laparoskopickým způsobem.

2.5 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření započalo v měsíci lednu a ukončeno bylo v dubnu 2024. Respondenty výzkumného šetření se stali pacienti po apendektomii v třebečské nemocnici a pacienti co byli propuštěni do domácí péče. Rozhovory byly provedeny s 10 pacienty.

2.6 Zpracování získaných dat

Bakalářská práce byla vypracována v programu Microsoft Office Word.

2.7 Výsledky výzkumu

Otázky pro respondenty, vztahující se k výzkumné otázce č. 1

Jak a kým je pacient edukován o pooperačním dietním opatření?“

Odpovědi respondentů na otázky (O) 1 až 5:

Otázka číslo 1: Jak dlouho jste po operaci?

- R1 Po operaci jsem osm týdnů, domů mě propustili před sedmi týdny.
- R2 Po operaci jsem druhý den
- R3 Operována jsem byla akutně před 14 dni.
- R4 Po operaci jsem třetí den a dnes by mě měli propouštět domů.
- R5 Jsem 20.den po apendektomii nyní jsem hospitalizován kvůli renální kolice.
- R6 Tak po operaci jsem třetí den.
- R7 Jsem po operaci první den.
- R8 Jsem 5.den po operaci.
- R9 Operovali mě před čtrnácti dny a doma jsem desátý den.
- R10 Jsem tu první pooperační den.

Otázka číslo 2: Jakým způsobem jste byl operován/a (laparotomie/laparoskopie)?

- R1 Byla jsem operována laparoskopicky ale museli mě konvertovat laparotomicky, prý bylo to slepé střevo rozpadlé.
- R2 Byl jsem operován laparoskopicky. Ani nevím jak a už jsem byl na operačním sále, ukrutné bolesti přišly z čista jasna.
- R3 Operovali mě laparoskopicky.
- R4 Operovali mě laparoskopickou metodou. Jsem ráda, že nebudu mít velkou jizvu.
- R5 Operovali mě laparotomicky prý z důvodu, že to mé slepé střevo bylo rozpadlé a v břiše to bylo nepřehledné, říkal pan doktor.
- R6 Operovali mě laparoskopicky. Prý u těhotných je samotný výkon velmi náročný a pro dítě je šetrnější, když nejsou velké operační rány
- R7 Operovali mě laparoskopicky.
- R8 Operovali mě laparotomicky. Důvod laparotomie byla moje obezita.
- R9 Laparoskopicky mě operovali.
- R10 Byl jsem včera operován laparoskopicky.

Otázka číslo 3: Kdo Vás edukoval o dietním opatření?

- R1 Během hospitalizace mě edukovala nutriční specialistka, byla za mnou asi dva krát.
- R2 Upřímně, ještě se o tom se mnou nikdo ne bavil a podle toho co jsem dnes dostal na jídlo se bojím o čem mě personál informuje.
- R3 Během toho, co jsem byla hospitalizovaná mi skoro nikdo nic neřekl, musela jsem se sestry zeptat, zda mě někdo něco řekne k jídlu. Pak mi něco během odběru krve říkala ale to jsem moc nepochopila.
- R4 O dietním opatření mě edukovala nutriční terapeutka a před ní mi něco málo řekla i sestra.
- R5 Přišla myslím druhý den sestra, co má na starosti diety a informovala mě, jak bude vypadat moje strava po operaci a co mám doma jíst a hlavně mě upozorňovala čemu se vyhýbat, aby nenastalo nějaké nadýmaní, bolení břicha a tak.
- R6 Přišla za mnou gynekoložka po operaci ale spíše se zeptat, jak se cítím a řekla, že mi vše řekne operatér. Až druhý den mi něco málo o stravě řekla sestra.
- R7 Před operací jsem se ptal sestry, jak bude vypadat moje jídlo po operaci. Řekla mi, že budu muset dávat pozor na dráždivé potraviny a jídla, která se déle tráví. Dnes ráno u vizity doktor říkal, že by dnes měla dojít sestra co mi řekne co a jak.

R8 Ne nikdo mě needukoval o stravě.

R9 Ano edukovala mě sestra myslím, že 2.den po operaci ale i lékař pár informací o stravě zmínil u propouštění.

R10 Zatím ještě ne, tak je asi brzo. Hlavně jsem furt spal, tak třeba nebyl prostor.

Otázka číslo 4: Jakým způsobem jste byl/a edukován/a o dietním opatření?

R1 Ústně a byly mi poskytnuty informace ohledně dietního opatření, ale poskytla mi nutriční i edukační materiály v podobě tiskoviny.

R2 Ptáte se jakým způsobem jsem byl edukován. Já jsem nebyl edukován žádným způsobem, ale byl bych rád, kdyby mi to někdo vysvětlil alespoň ústně.

R3 No, tak asi ústně ale vlastně mi při propuštění domů dala sestra s lékařskou zprávou i nějakou brožurku, kde bylo o jídle něco napsané i recepty na jeden den, tam byly.

R4 Edukovala mě sestra ústně a nutriční terapeutka mi vše znovu zopakovala a dala mi i letáček s nějakým dietním doporučením.

R5 Byl jsem edukován ústně.

R6 Ústně mi byly informace předány.

R7 Sestra před operací mi předala nějaké informace o jídle ústně.

R8 Paní sanitářky mi jen popíšu, co mi nesou na jídlo.

R9 Edukovali mě pouze ústně.

R10 Needukovali mě zatím ještě nějak.

Otázka číslo 5: Rozuměl/a jste poskytnutým informacím o dietním opatření?

R1 Ano, plně jsem všemu rozuměla a stačilo to.

R2 No, tak tím pádem asi musím odpovědět, že jsem nerozuměl, když zatím edukace neproběhla.

R3 Té ústní edukaci jsem nerozuměla vůbec, jelikož jsem se soustředila na to, že mi sestra odebírá krev, ale ta brožurka byla dobrá. Jen škoda že tam byly recepty pouze na jeden den

R4 Ano, hodně mi daly informace od nutriční terapeutky, byla velmi sympatická a na co jsem se zeptala na to mi vstřícně odpověděla.

R5 Ano, sestřička byla velice hodná a vše mi vysvětlila.

R6 Ano, tak zatím jím to, co mi donesou ale při propouštění se na něco doptám pana doktora. Jen přece jím za dva, tak nechci, aby něco miminko strádalo.

R7 Ano rozuměl jsem tomu, co mi říkala a dnes se dozvím od té speciální sestry další informace.

R8 Neměl jsem čemu rozumět ale určitě se chci zeptat buď lékaře nebo sestry jak si mám doma jídlo připravovat, co můžu jíst a co ne, aby se mi nepřitížilo.

R9 Ano já jsem rozuměla všemu ale i přes to jsem si doma hledala pár receptů k té bezezbytkové dietě.

R10 Tak ne ale samozřejmě, že pokud mě nebudou informovat nějakým způsobem sami, tak se zeptám na dietu a jak upravovat jídlo.

Otázky pro respondenty, vztahující se k výzkumné otázce č. 2

Jak a kým je pacient edukován o pooperačním pohybovém režimu?

Odpovědi respondentů na otázky (O) 6 až 8:

Otázka číslo 6: Kdo Vás edukoval o pohybovém pooperačním režimu?

R1 Ošetřující zdravotní personál, sestřička.

R2 Hned první den večer mi sestra oznámila, že bychom se mohli zkusit projít po pokoji poté mi řekla co bude v nastávajících dnech a pak sestra řekla, že další informace dostanu při propuštění od lékaře.

R3 Po operaci za mnou přišla fyzioterapeutka, ta na oddělení byla každý den jakoby asi na ranní službě a cvičila s pacienty.

R4 Po operaci mi sestra říkala rady na to, jak předcházet při pohybu tomu, aby se moc nezapojovaly břišní svaly. Později večer po operaci mě vzala sestra na záchod, ale před tím byl takový postup, že jsem si měla sednout přes bok s nohama dolů z postele a chvíli jsem seděla, aby se mi nezamotala hlava. Na další den mi byla přislíbena fyzioterapeutka, ale ta nepřišla. Sestra z denní služby mi řekla ať se zkusím optat na lázně skrz rekonvalescenci.

R5 Druhý den po operaci ráno přišly sanitářky a říkaly, že bych měl vstát a jít s nimi do koupelny, aby si vyčistil zuby a trochu se opláchl. Snažil jsem se si sednout ale dost mě to bolelo, tak jsem ze srandy řekl, kdyby mi to někdo vysvětlil nebo mi pomohl už jsem tam mohl být. To se jich asi dotklo a zavolaly sestru a ta mi řekla, že sedat musím přes bok. Taky mi řekla, že mám zkusit zakašlat a u toho si držet tu ránu. Každopádně jsem se nějak dostal do koupelny, ano a vlastně po vizitě přišla paní fyzioterapeutka a s tou jsem cvičil.

R6 Tak něco málo jsme si řekly se sestrou při vstávání, kdy jsme šly na záchod. Takové ty základní informace ale stejně jsem si o tom něco už četla a musím to stejně, jako dietní opatření dořešit s lékařem. Mám strach, abych neměla srůsty a nebyl poté komplikovaný porod.

R7 O pooperačním pohybovém režimu mě edukoval lékař během vizity.

R8 Sestra, co byla na denní službě mě informovala, jak mám vstávat a jak ulevovat bolesti.

R9 Lékař za mnou první pooperační den poslal fyzioterapeutku.

R10 Sestřička mě informovala i mi byla ochotná pomáhat při nácviku.

Otázka číslo 7: Jakým způsobem jste byl/a edukován/a o pohybovém režimu?

R1 Edukována jsem byla nácvikem a ústně a edukace prvotně začala nácvikem zakašlání.

R2 Prvně, jak jsem říkal, přišla sestra po operaci večer, že by jsme se mohli zkusit projít po pokoji ale také mě prvně vysvětlila, že si musím sedat přes bok a opírat se o loket abych nezapojoval moc břicho, poté jsem měl sedět s nohama dolů dívat se vzpřímeně před sebe a prodýchat se. Sestra se mě zeptala, zda se cítím dobře, já řekl, že ano, a tak mě chytla za ruku a šli jsme. Až jsme se vrátili na postel, tak mě vysvětlila, že mám hýbat nohama jako preventivně a taky vlastně, že si mám operační ránu přidržovat při pohybech. Takže vaše otázka zněla, jakým způsobem jsem byl informován, takže nácvik se sestrou a ústně.

R3 Fyzioterapeutka mi řekla, jak se pohybovat na posteli, jak vstávat z postele a také jak doma cvičit. První den se mnou chodila a nacvičovali jsme a poté jsme si vykládaly, protože jsem sportovec, tak mě zajímalo, kdy budu moct jít na trénink a od kdy zvýšit a ztlžit aktivitu.

R4 Edukovala mě sestra ústně a trochu ten nácvik sedání ale škoda, že nepřišla ta fyzioterapeutka.

R5 Rychle. To ráno nepočítám a pak jsem si povídal o cvikách s paní fyzioterapeutkou. No ale každopádně u propouštění domů mi řekl pán doktor, že se mám šetřit a nenosit nic těžkého a že si řekneme víc až přijdu na vytažení stehů.

R6 Od sestry ústně ale s tím, že když mi říkala, jak si sedat a další věci, tak na mě dohlížela a pomáhala mi. Sama jsem si teda něco četla na fórech.

R7 Ústně od lékaře.

R8 Ústně ale i nácvikem.

R9 Nácvikem a ústně fyzioterapeutka.

R10 Nácvikem ale i ústně sestra.

Otázka číslo 8: Rozuměl/a jste poskytnutým informacím o pohybovém režimu?

R1 Nácviku jsem rozuměla ale poté co jsem přišla domů, když jsem byla propuštěna do domácí péče jsem si musela vyhledat nějaké informace o tom kdy se můžu zapojit aktivně do sportu.

R2 Ano, úplně jen uvidím, co mi řeknou při propuštění, co budu moc dělat nebo ne.

R3 Ano, paní fyzioterapeutka byla opravdu skvělá a vstřícná, vše mi vysvětlila.

R4 Ano, tomu málu jsem rozuměla. Zbytek se musím asi doptat.

R5 Ale ano, rozuměl. Doma jsem hodně odpočíval, vše musela dělat žena.

R6 Ano, to co mi sestra řekla, tak bylo přínosné a jsem ráda. Byla milá a po operaci na mě vůbec nespěchala a když jsem se na něco ptala hezky mi odpovídala

R7 Ano pan doktor mi řekl přesně, co a jak.

R8 Ano.

R9 Ano, paní fyzioterapeutka byla skvělá.

R10 Ano, vše co mi bylo řečeno bylo srozumitelné a jasné ale moc mi toho ještě neřekli.

Otázky pro respondenty, vztahující se k výzkumné otázce č. 3

Jak a kým je pacient edukován o ošetřování operační rány?

Odpovědi respondentů na otázky (O) 9 až 13:

Otázka číslo 9: Kdo Vás edukoval o péči o jizvu?

R1 Sestřička ale víte bylo to tak nějak rychle, asi neměla čas.

R2 V péči o jizvu? Nežlobte se, ale nemůžu odpovědět, zatím nikdo.

R3 V péči o jizvu? Jak se o ni mám starat, tak to mi sestra řekla, jen že si to mám přelepit takovou tou náplastí doma.

R4 Nikdo mě nic neříkal o tom, jak mám pečovat o jizvu asi kvůli tomu, že mám pár vpichů.

R5 Vůbec nikdo, o jizvě jsem se s nikým nebavil pouze jsem pak přišel na vytažení stehů k panu doktorovi

R6 Jé, tak to nikdo ale asi není potřeba. Tady ty vpichy to je, jak nic.

R7 Nikdo mě o jizvě nic neříkal.

R8 Nikdo mě o nějaké speciální péči nic neříkal.

R9 Nikdo.

R10 Žádná edukace o jizvě u mě neproběhla.

Otázka číslo 10: Jakým způsobem jste byl/a edukován/a v péči o jizvu?

R1 Jak jsem říkala neměla asi čas nebo prostor ale pouze ústně.

R2 Žádným způsobem.

R3 Ústně.

R4 No, nijak. Trochu jste mě tou otázkou nakopla, zkusím si něco dohledat

- R5 Žádným.
- R6 Nijakým způsobem.
- R7 Žádný způsob nemůžu říct.
- R8 Žádným.
- R9 Žádným.
- R10 Způsob vám neuvedu.

Otázka číslo 11: Jaké techniky ošetřování jizvy znáte?

- R1 Dezinfekce, lokálně jsem si na jizvu šplíchala dezinfekci.
- R2 Jelikož manželka měla kdysi břišní operaci a měla velkou jizvu přes půl břicha tak vím, že si ji masírovala a mazala mastičkami, ale já mám vpichy tak třeba nebudu muset dělat nic.
- R3 Neznám asi žádné extra ale vím, že velké jizvy mi jako malé máma natírala mastičkou a masírovala.
- R4 Neznám bohužel žádné techniky ošetřování ale opravdu si něco dohledám.
- R5 Jé, sestři v mém věku se na krásu nehraje. Mě je jedno jak ta jizva vypadá.
- R6 Víím, že velké nebo větší jizvy se masírují, aby se dobře zhojily. Také, že se jizvy natírají klidně i sádlem nebo mastičkami.
- R7 Ano, víím že se jizva musí ošetřovat, aby se nezanítila a asi alespoň dezinfikovat.
- R8 Ne moc nevím, jak jizvy ošetřovat.
- R9 Ano, víím že se jizvy ošetřují a mohou se mazat mastičkami a nebo sádlem.
- R10 Ano znám masírování jizev.

Otázka číslo 12: Rozuměl/a jste poskytnutým informacím?

- R1 Ano rozuměla.
- R2 Poskytnutým informacím jsem rozuměl.
- R3 Tomu, co mi řekli, tak ano.
- R4 Ano jistě, těm poskytnutým informacím jsem rozuměla.
- R5 Sice je mi 60let slečno, ale ano rozuměl jsem tomu co mi, kdo říkal.
- R6 Ano ano, rozuměla jsem.
- R7 Ano.
- R8 Ano.
- R9 Ano.
- R10 Ano.

Otázka číslo 13: Postrádal/a jste nějaké informace o pooperační péči?

- R1 Tak za mě pouze edukace v oblasti péče o jizvu, jinak vše bylo dostačující.
- R2 Musím říct, že mi chyběla podrobnější informovanost o stravě a o tom jak pečovat o jizvu.
- R3 Ano, za mě nebylo dostatečné, jak informovali ohledně jídla a jizvě.
- R4 Pouze v oblasti jizvy chyběla edukace.
- R5 Bylo vše v pořádku. Personál 100%.
- R6 Ano mě chyběly podrobné informace skoro u všeho ale spíš kvůli strachu o dítě.
- R7 Ne, za mě vše dostatečné.
- R8 Ano nedostatečná edukace ze stran sester ohledně jídla a jizvy.
- R9 Za mě to bylo v nemocnici v pořádku.
- R10 Tím, že jsem první den po operaci nechci úplně hodnotit.

2.8 Názorná analýza výsledků výzkumného šetření

2.8.1 Výzkumná otázka č. 1:

Jak a kým je pacient edukován o pooperačním dietním opatření?

Otázka vztahující se k respondentům:

Kdo Vás edukoval o dietním opatření?

Kategorie: **Edukace o pooperačním dietním opatření**

Kódy: **sestra, nutriční terapeutka, lékař, nikdo**

Z deseti respondentů po apendektomii respondenta R3, R4, R6, R7, R9 edukovala o dietním opatření všeobecná/praktická sestra. Respondenti R1, R4, R5 uvedli, že byli edukováni od nutriční terapeutky. Respondent R9 uvedl, jak edukaci od sestry, tak i od lékaře. Tři zbylí respondenti R2, R8, R10 odpověděli, že je nikdo o dietním opatření needukoval.

Tab. 3: Edukace o pooperačním dietním opatření

Respondent	Sestra	Nutriční terapeutka	Lékař	Nikdo
R1		x		
R2				x
R3	x			
R4	x	x		
R5		x		
R6	x			
R7	x			
R8				x
R9	x		x	
R10				x

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka vztahující se k respondentům:

Jakým způsobem jste byl/a edukován/a o dietním opatření?

Kategorie: **Způsob edukace o pooperačním dietním opatření**

Kódy: **ústní edukace, edukační materiály, žádný**

Z tabulky vyplývá, že nejčastěji respondenti byly edukováni ústně, někteří dostali navíc i edukační materiály. Respondenti R1, R3, R4 odpověděli, že byli poučeni ústně a obdrželi během hospitalizace či při propuštění i edukační materiály. Respondenti R5, R6, R7 a R9 odpověděli, že byli edukováni pouze ústně. A respondent R2 a respondenti R8, R10 zodpověděli, že edukováni nebyly žádným způsobem o dietě.

Tab. 4: Způsob edukace o pooperačním dietním opatření

Respondent	Ústní edukace	Edukační materiály	Žádný
R1	x	x	
R2			x
R3	x	x	
R4	x	x	
R5	x		
R6	x		
R7	x		
R8			x
R9	x		
R10			x

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka vztahující se k respondentům:

Rozuměl/a jste poskytnutým informacím o dietním opatření?

Kategorie: **Porozumění edukaci o dietním opatření**

Kódy: **ano, ne**

Z tabulky vyplývá, že z deseti respondentů šest rozumělo edukaci plně a to R1, R4, R5, R6, R7 i R9. Respondent R3 uvedl, že ústní edukaci nerozuměl ale rozuměl edukačnímu materiálu. Respondenti R2, R8 a R10 uvedli, že neporozuměli, jelikož nebyly edukováni o dietním opatření.

Tab. 5: Porozumění edukaci o dietním opatření

Respondent	Ano	Ne
R1	x	
R2		x
R3	x	x
R4	x	
R5	x	
R6	x	
R7	x	
R8		x
R9	x	
R10		x

Zdroj: Vlastní zpracování

2.8.2 Výzkumná otázka č. 2:

Jak a kým je pacient edukován o pooperačním pohybovém režimu?

Otázka vztahující se k respondentům:

Kdo Vás edukoval o pohybovém pooperačním režimu?

Kategorie: **Edukace o pohybovém pooperačním režimu**

Kódy: **všeobecná sestra/praktická sestra, fyzioterapeut/rehabilitační sestra, lékař**

Z deseti oslovených respondentů R1, R2, R4, R5, R6, R8 odpověděli na otázku, že je edukovala všeobecná/praktická sestra. Respondent R5 uvedl, že byl edukován i fyzioterapeutkou, fyzioterapeutkou či rehabilitační sestrou byl edukován i R3. Respondent R7 uvedl, že edukace proběhla s lékařem.

Tab. 6: Edukace o pohybovém pooperačním režimu

Respondent	Sestra	Fyzioterapeut/Rehabilitační sestra	Lékař
R1	x		
R2	x		
R3		x	
R4	x		
R5	x	x	
R6	x		
R7			x
R8	x		
R9		x	
R10	x		

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka vztahující se k respondentům:

Jakým způsobem jste byl/a edukován/a o pohybovém režimu?

Kategorie: **Způsob edukace o pooperačním pohybovém opatření**

Kódy: **ústní edukace, edukace nácvikem**

Z vytvořené tabulky vyplývá, že většina respondentů byla edukována ústně ale edukace probíhala i nácvikem. Respondenti R1, R2, R3, R4, R8, R9, R10 odpověděli, že byly edukovány oběma způsoby. Respondenti R5, R6 a R7 odpověděli, že byli edukováni pouze ústně.

Tab. 7: Způsob edukace o pooperačním pohybovém opatření

Respondent	Ústně	Nácvik
R1	x	x
R2	x	x
R3	x	x
R4	x	x
R5	x	
R6	x	
R7	x	
R8	x	x
R9	x	x
R10	x	x

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka vztahující se k respondentům:

Rozuměl/a jste poskytnutým informacím o pohybovém režimu?

Kategorie: **Porozumění edukaci o pohybovém opatření**

Kódy: ano, ne

Deset oslovených respondentů se jednohlasně shodlo, že edukaci o pooperačním pohybovém režimu rozuměli.

Tab. 8: Porozumění edukaci o pohybovém opatření

Respondent	Ano	Ne
R1	x	
R2	x	
R3	x	
R4	x	
R5	x	
R6	x	
R7	x	
R8	x	
R9	x	
R10	x	

Zdroj: Vlastní zpracování

2.8.3 Výzkumná otázka č. 3:

Jak a kým je pacient edukován o ošetřování operační rány?

Otázka vztahující se k respondentům:

Kdo Vás edukoval o péči o jizvu?

Kategorie: **Edukace v oblasti péče o jizvu**

Kódy: **sestra, nikdo**

Z tabulky vyplývá, že z deseti oslovených respondentů většinu nikdo needukoval, jak pečovat o jizvu po operaci. Respondenti R1 a R3 odpověděli, že je trochu edukovala sestra o péči o jizvu.

Tab. 9: Edukace v oblasti péče o jizvu

Respondent	Sestra	Nikdo
R1	x	
R2		x
R3	x	
R4		x
R5		x
R6		x
R7		x
R8		x
R9		x
R10		x

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka vztahující se k respondentům:

Jakým způsobem jste byl/a edukován/a o péči o jizvu?

Kategorie: **Způsob edukace o péči o jizvu**

Kódy: **ústně, žádný**

Tabulka demonstruje, že ve většině případech není u pacientů praktikován žádný způsob edukace v oblasti péče o jizvu. Respondenti R1, R3 uvedli, že u nich proběhla edukace formou ústní. Respondenti R2, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10 uvedli, že u nich nebyl praktikován žádný způsob edukace.

Tab. 10: Způsob edukace o péči o jizvu

Respondent	Ústně	Žádný
R1	x	
R2		x
R3	x	
R4		x
R5		x
R6		x
R7		x
R8		x
R9		x
R10		x

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka vztahující se k respondentům:

Jaké techniky ošetřování jizvy znáte?

Kategorie: **Techniky ošetřování jizvy**Kódy: **dezinfikování, masírování, nanášení mastí, žádné**

Tabulka vypovídá o tom, jaké mají respondenti vědomosti o technikách ošetřování jizev. Respondent R1, R7 odpověděli, že by jizvu dezinfikovali, aby se nezanítila. Respondenti R2, R3, R6, R10 uvedli, že jizva se může masírovat. Dále respondenti, kteří uváděli techniku masírování přidali i techniku ošetřování pomocí mastiček či sádla, R2, R3, R6 a přidal se k nim s technikou pomocí mastiček i respondent R9. Bohužel se našli i respondenti, kteří neznají žádné techniky ošetřování jizev R4, R5, R8.

Tab. 11: Techniky ošetřování jizvy

Respondent	Dezinfikování	Masírování	Nanášení mastí	Žádné
R1	x			
R2		x	x	
R3		x	x	
R4				x
R5				x
R6		x	x	
R7	x			
R8				x
R9			x	
R10		x		

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka vztahující se k respondentům:

Rozuměl/a jste poskytnutým informacím?

Kategorie: **Porozumění informacím**

Kódy: **ano, ne**

Všech deset respondentů se jednohlasně shodlo, že poskytnutým informacím od zdravotnického personálu rozuměli.

Tab. 12: Techniky ošetřování jizvy

Respondent	Ano	Ne
R1	x	
R2	x	
R3	x	
R4	x	
R5	x	
R6	x	
R7	x	
R8	x	
R9	x	
R10	x	

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka vztahující se k respondentům:

Postrádal/a jste nějaké informace o pooperační péči?

Kategorie: **Nedostatky v edukačním procesu**

Kódy: **ano, ne, nelze hodnotit**

Tabulka znázorňuje, zda byli respondenti s edukací spokojeni, a nebo jim nějaké informace chyběly. Respondent R1 a R4 zodpověděli, že jim chyběla edukace v péči o jizvu. Respondenti R2, R3, R8 uvedli, že za ně byla nedostatečná edukace o stravě a o péči o jizvu. Respondent R6 uvedl, že chyběla podrobná edukace ve všech oblastech a respondenti R5, R7, R9 byli spokojeni. Respondent R10 nechtěl hodnotit z důvodů 1. pooperačního dne, nevěděl, zda nebude edukace i v dalších dnech či při propuštění domů.

Tab. 13: Nedostatky v edukačním procesu

Respondent	Ano	Ne	Nelze hodnotit
R1	x		
R2	x		
R3	x		
R4	x		
R5		x	
R6	x		
R7		x	
R8	x		
R9		x	
R10			x

Zdroj: Vlastní zpracování

3 Diskuse

Bakalářská práce byla zaměřena na téma: „Ošetrovatelská péče o pacienta s apendicitidou.“ Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem jsou pacienti edukováni o pooperační péči. Ke sběru dat byl využit polostrukturovaný otevřený rozhovor v rámci kvalitativního výzkumného šetření. Respondenty tvořilo deset pacientů po apendektomii, šest z nich bylo hospitalizovaných a čtyři byli do 6 měsíců po operaci. Následná data byla zpracována metodou otevřeného kódování.

První výzkumná otázka se zaměřila na to, jak a kým je pacient edukován o pooperačním dietním opatření? Pět respondentů odpovědělo, že byli edukováni praktickou/všeobecnou sestrou. Tři respondenti odpověděli, že je edukovala o dietním opatření nutriční terapeutka. Jeden respondent uvedl, že byl edukován lékařem a tři respondenti odpověděli, že je o dietě nikdo needukoval. Tato data naznačují, že existuje rozmanitost v poskytování edukace o dietních opatřeních pacientům po apendektomii. Zároveň je zřejmé, že ne všichni pacienti obdrželi potřebné informace o správném stravování po operaci. Na otázku, jakým způsobem byli respondenti edukováni, sedm respondentů uvedlo, že ústní edukací, třem z nich byly poskytnuty i edukační materiály. Tři respondenti odpověděli na danou otázku, že nebyli edukováni žádným způsobem o pooperačním dietním opatření. Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že edukace o dietním opatření je nedostatečná. Blöndal et al. (2022) i Sayin a Aksoy (2012) edukaci o pooperačním dietním opatření řadí do předoperační edukace. Janíková a Zeleníková (2013) uvádí, že by sestra měla edukovat a motivovat pacienta k dostatečné správné nutriční po operaci. Výsledky výzkumu se neshodují s literaturou od Blöndal et al. (2022) i Sayin a Aksoy (2012), jelikož pacienti nebyli edukováni o dietním opatření před operací ale po operaci až na tři respondenty, kteří o dietním opatření edukováni nebyli. Výsledky výzkumného šetření, které se neshodují s literaturou Blöndal et al. (2022) i Sayin a Aksoy (2012), by mohly souviset s nedostatkem času personálu z důvodů nízké kapacity personálu ve směně, nebo nedostatkem povědomí o důležitosti dietní péče po apendektomii, nedostatečnou komunikací mezi různými členy zdravotnického týmu. Toto zjištění může mít významné klinické důsledky, neboť, jak uvádí Pokorná a kol. (2014) správná edukace o dietním režimu je důležitou součástí pooperačního rekonvalescentního procesu a může ovlivnit hojení a pooperační komplikace. GURKOVÁ (2017) uvádí, že sestra během pooperačního období spolupracuje s nutriční terapeutkou a společně edukují pacienty po apendektomii o dietním opatření. Respondent R4 v rozhovoru uvedl, že jej edukovala sestra ve spolupráci s nutriční terapeutkou. Odpověď respondenta R4 se shoduje s GURKOVOU (2017) která uvádí, že sestra má spolupracovat s nutriční terapeutkou během pooperačního období v oblasti edukace o dietním režimu. Čekalová (2022) ve své práci zkoumá, jaké informace byly poskytnuty pacientům v oblasti výživy. Z výzkumného šetření Čekalové (2022) vyplývá, že třináct respondentů z patnácti bylo edukováno ústně dále osm z nich obdrželo edukační leták. Čekalová (2022) ve své práci uvádí, že respondenti uváděli ve větší míře edukaci sestrou. Výše uvedená šetření se shoduje s výsledky mého šetření, kdy je edukace o dietním opatření po operaci je prováděna nejčastěji způsobem ústním, někdy jsou pacientům přiloženy edukační materiály a edukátory jsou především sestry.

Druhá výzkumná otázka se zaměřila na to, jak a kým je pacient edukován o pooperačním pohybovém režimu? Výsledky výzkumu druhé výzkumné otázky poskytují zajímavý pohled na způsoby, jakými jsou pacienti edukováni o pooperačním pohybovém režimu po apendektomii.

Z deseti respondentů většina byla edukována všeobecnou/praktickou sestrou, což je v souladu s teoretickými koncepty o edukaci pacientů. Svensson-Raskh, et al. (2021) uvádí, že po operacích v oblasti břicha je doporučována včasná vertikalizace z důvodu správné peristaltiky střev. Pokorná a kol. (2014) zdůrazňuje roli nelékařského personálu, včetně sester, v poskytování informací a podpoře pacientů v procesu zotavování. Výzkumné šetření ukázalo, že tři respondenti byli edukováni i fyzioterapeuty, jeden respondent pouze lékařem, což může přispět k rozmanitosti přístupů a informací poskytovaným pacientům. Pechová (2016) uvádí, že k edukaci pacientů je důležitý multidisciplinární přístup a správná koordinace mezi členy zdravotnického týmu. Důležitým zjištěním výzkumu je také skutečnost, že edukace u všech deseti respondentů probíhala ústně. Sedm respondentů uvedlo také, že edukace zahrnovala i nácvik. To naznačuje, že kombinace verbálních instrukcí a praktického cvičení může být efektivním způsobem, jak pomoci pacientům lépe porozumět a aplikovat pooperační pohybové pokyny. Pokorná a kol. (2014) v literatuře uvádí, že je důležité v prvotní fázi rozhovoru s pacientem zjistit, jaký má postoj k sebekpéči a jaký má postoj k návratu do standardního běhu života. Pechová (2016) v literatuře uvádí, že sestra edukátorka musí přizpůsobovat způsob edukace i edukační průběh individuálně u každého pacienta dle získaných informací z prvního rozhovoru s pacientem. Kubešová (2023) ve své práci uvádí, jakým způsobem sestry na chirurgickém oddělení edukují pacienta v rámci pooperačního období a udává, že všechny dotazované sestry edukují pacienty v oblasti mobilizace. Z jejího výzkumu vyplývá, že sestry poučí pacienta o vertikalizaci ráno první den po operaci dále edukují pacienta o pohybu v lůžku. Čákalová (2022) ve své práci zjišťovala i edukaci o pohybovém režimu po operaci, uvádí, že edukace o pohybovém režimu byla poskytnuta deseti z patnácti oslovených pacientů. Kubešová (2023) ve své práci popisuje, že dotazované sestry uvedly edukaci o pohybovém režimu ve shodě s teorií, kterou uvádí Dosbabou et al. (2021). Výše uvedené práce potvrzují, že zdravotnická zařízení neumí plně využívat rehabilitačních sester či fyzioterapeutů a chybí v praxi důležitý multidisciplinární přístup a správná koordinace mezi členy zdravotnického týmu.

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na to, jak a kým je pacient edukován o ošetřování operační rány? Výsledky šetření ukazují na silné nedostatky v edukaci pacientů o péči o operační ránu po apendektomii. Pouze dva respondenti z deseti oslovených uvedli v rozhovoru, že byli edukováni sestrou po operaci o péči o jizvu. Osm respondentů odpovědělo, že nebyli edukováni od žádného nelékařského personálu, žádným způsobem. V naší práci nás zajímalo, zda bez edukace znají respondenti nějaké techniky ošetřování jizvy. Sedm z nich odpovědělo, že zná nějaký způsob ošetřování, pouze tři respondenti neuvedli žádnou techniku ošetřování. Vytejková et al. (2015) uvádí, že převaz rány se provádí z důvodu výměny krytí, kontroly rány, dezinfekce, čištění a odstranění stehů. Tento nedostatek edukace může mít opět negativní dopad na zotavení pacientů a zvýšit riziko pooperačních komplikací, jako je infekce rány nebo špatné hojení. Gurková (2017) zmiňuje v literatuře, že cílem edukací u pacienta po apendektomii je režimové opatření po propuštění do domácího prostředí. Sestra pacienta edukuje o péči o jizvu, naučí jej techniky, jak o jizvu pečovat včetně prostředků, které může pacient použít. Zdůrazní, že nemá zvedat a nosit těžké předměty, neprovádět činnosti, při kterých zatěžuje břišní stěnu v rámci prevence vzniku kýly v jizvě či dalších možných komplikací.

Jestliže pacient není edukován v oblasti péče o operační ránu a nemá dostatek informací může nastat komplikace, operační rána se například zanítí a nastanou brzké pooperační komplikace.

Janíková a Zeleníková (2013) uvádí, že v edukačním procesu je důležitá čtvrtá fáze, která je určena pro upevňování a prohlubování informací získané od sestry edukátorky a sestra edukátorka by měla s pacientem opakovat a procvičovat, tak aby došlo ke správné fixaci edukace. V páté poslední fázi uvádí, sestra edukátorka zhodnotí cíl/e zda je splnila. Poté do ošetrovatelské dokumentace musí zaznamenat, zda splnila či jen částečně nebo nesplnila cíle stanovené k dané edukaci. Kubešová (2023) ve své práci uvádí, že žádná sestra neuvedla edukaci v oblasti péče o jizvu. Koivista et al. (2019) ve svém článku uvedl, že u pacientů, kteří obdrží méně informací během edukace o péči o jizvu či operační ránu, se vyskytly komplikace v častějším případě než u pacientů, kterým byla edukace poskytnuta. Čekalová (2022) ve své práci uvedla, že jedenáct oslovených sester z patnácti edukovalo pacienta po operaci o tom, jakým způsobem se má starat o operační ránu/jizvu. Z výše uvedených prací lze konstatovat, že edukace o péči o jizvu není dostatečná a neměla by být opomíjena. Správná edukace by mohla být považována za prevenci. Pokud by sestra edukovala pacienta dle edukačního procesu a držela se svých cílů k edukaci, které by měla splnit, pacienti by neuváděli, že nebyli nikým ani žádným způsobem edukováni. Dle výsledků šetření lze konstatovat, že existuje prostor pro zlepšení edukačního procesu v praxi. Je důležité, aby sestry a další nelékařský personál byli lépe vybaveni k poskytování komplexní a individuálně přizpůsobené edukace pacientům o ošetřování operační rány. Zároveň, je třeba zdůraznit potřebu multidisciplinárního přístupu k edukaci pacientů, aby bylo zajištěno, že pacienti obdrží informace a instrukce od různých členů zdravotnického týmu. To může zlepšit efektivitu edukace a zvýšit šance pacientů na úspěšné zotavení. Vzhledem k tomu, že někteří respondenti vyjádřili nespokojenost s úrovní edukace, je důležité, aby zdravotnické zařízení revidovalo své postupy a investovalo do vylepšení procesů edukace pacientů o ošetřování operační rány po apendektomii.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Je nutné si uvědomit, že edukace pacienta je nezbytnou součástí během ošetrovatelské péče o pacienta. Z důvodu identifikovaných nedostatků v edukaci pacientů pooperační péči je nezbytné posílit vzdělávací programy pro zdravotnický personál, zejména sester. To zahrnuje zvýšení povědomí o důležitosti správného stravování, pohybové aktivity a péče o operační ránu po apendektomii.

V edukačním procesu by ke splnění cílů měl pomoci multidisciplinární přístup k edukaci pacientů, což znamená zapojení různých členů zdravotnického týmu, jako jsou sestry, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti a lékaři. To umožní poskytnout komplexní a individuálně přizpůsobenou péči v souladu s nejnovějšími standardy.

Pro individuální potřeby a individuální přístup k edukantům by měl být vytvořen edukační materiál, který bude obsahovat jasné a srozumitelné informace o pooperační péči, které si pacient z nějakého důvodu nemůže zapamatovat. Tyto materiály mohou být užitečné nejen pro ústní edukaci, ale také jako podpůrný zdroj pro pacienty při domácím zotavení.

Zdravotnická zařízení by měla pravidelně revidovat své postupy týkající se edukace pacientů a investovat do vylepšení procesů. To zahrnuje poskytování zpětné vazby od pacientů a monitorování účinnosti provedených změn.

Kvalitní a dobře prováděné edukaci by mohlo pomoci, aby zdravotnický personál měl přístup ke kontinuálnímu školení a profesnímu rozvoji týkajícímu se péče o pacienty po apendektomii. To pomůže udržet jejich dovednosti a znalosti aktuální.

Implementace těchto opatření by měla vést ke zlepšení kvality péče poskytované pacientům po apendektomii a snížení rizika pooperačních komplikací. Je důležité, aby zdravotnická zařízení přijala tyto doporučení a začala je aktivně provádět ve prospěch zdraví a bezpečnosti pacientů.

5 Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na výzkum a analýzu způsobů, jakými jsou pacienti edukováni o pooperační péči po apendektomii. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na tři hlavní oblasti: edukace o dietních opatřeních, pohybovém režimu a ošetřování operační rány. Výsledky výzkumného šetření odhalily různorodost v poskytování edukace pacientům a zvýšený význam multidisciplinárního přístupu k edukaci. Výzkum nám ukázal, že existují nedostatky v edukaci pacientů o pooperační péči, což může mít negativní dopad na zotavení a snížit kvalitu péče poskytované pacientům. Nedostatečnou edukaci o dietním opatření nám odhalily výzkumné otázky při rozhovoru s respondenty o dietním opatření. Respondenti na výzkumnou otázku, kdo je edukoval o dietním opatření po operaci odpovídali nejčastěji, že sestra poté nutriční terapeutka, jeden respondent uvedl lékař, ale také tři respondenti odpověděli, že edukace u nich neproběhla. Nejméně problematická je edukace o pooperačním režimu u této oblasti jsme zjistili, že pacienti jsou edukováni ústně a většinu sestry edukují i pomocí nácviku. Edukatorem je ve většině případech sestra, v ojedinělých případech edukuje pacienta fyzioterapeut/ka. Během edukace o pooperačním režimu by měla být lépe nastavena koordinace mezi zdravotníky, aby nedocházelo k nedostatečné edukaci, ta může vést k zvýšenému riziku pooperačních komplikací a prodlouženému zotavení. Naopak jsme zjistili pomocí výzkumu, že jsou velké nedostatky v edukaci pacientů v oblasti péče o jizvu. Pouze dva respondenti uvedli edukaci od sestry. Osm respondentů odpovědělo v rozhovoru, že je nikdo o péči o jizvu needukoval. V této oblasti oslovení pacienti projevili důraznou nespokojenost. Je proto nezbytné, aby zdravotnická zařízení investovala do zlepšení procesů edukace pacientů a poskytovala komplexní a individuálně přizpůsobenou péči. Navrhovaná řešení a doporučení, včetně posílení vzdělávacích programů, zavedení multidisciplinárního přístupu, vytvoření edukačních materiálů, pravidelná revize postupů a kontinuální školení personálu, mají potenciál zlepšit kvalitu péče a snížit riziko komplikací.

V závěru lze konstatovat, že správná edukace pacientů o pooperační péči je klíčovým faktorem pro úspěšné zotavení a minimalizaci pooperačních komplikací. Je nezbytné, aby zdravotnická zařízení přijala navrhovaná opatření a začala je aktivně provádět, aby zajistila bezpečnou a kvalitní péči pro všechny pacienty po apendektomii.

Cíl práce byl splněn.

Seznam použité literatury

BLÖNDAL, K., H. SVEINSDÓTTIR, B. INGADOTTIR. 2022. Patients' expectations and experiences of provided surgery-related patient education: A descriptive longitudinal study. *Nursing open*. Reykjavik, Iceland, 9(5), 2495–2505, doi:10.1002/nop2.1270.

ČIHÁK, Radomír, Renáta ZELENÍKOVÁ a Milada KARLOVSKÁ. Anatomie: speciální část. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4788-0.

DOSBABA, F., KŘÍŽOVÁ, D., HARTMAN, M., 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1050-6.

FERKO, Alexander; ŠUBRT, Zdeněk a DĚDEK, Tomáš (ed.). *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-1005-1.

GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0461-1.

HERLE, Petr, ed. *Diferenciální diagnostika v chirurgii*. Praha: Raabe, [2016]. Diferenciální diagnostika. ISBN 978-80-7496-208-0.

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

JELÍNKOVÁ, Ilona. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-1052-0.

KOIVISTO, J., SAARINEN, I., KAIPIA, et. al, 2019. Patient education in relation to informational needs and postoperative complications in surgical patients. *ISQua*. 32(1), 35-40, doi:10.1093/intqhc/mzz032.

Krška, Zdenek. *Náhlé příhody břichu - Aktuální pohled na klasifikaci, diagnostiku a léčbu* 1.díl. Praha: We Make Media, [2023]. ISBN 978-80-88400-27-1

Laparoscopic Appendectomy. Yellowstone surgery center [online]. 2022 [cit. 2022- 02-18]. Dostupné z: <https://yellowstonesurgerycenter.com/procedures/laparoscopic-appendectomy-lap-appy/>.

LIBOVÁ, Ľubica, Hilda BALKOVÁ a Monika JANKECHOVÁ. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 9788027124664.

LUKÁŠ, Karel a Jiří HOCH, ed. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0353-9.

MANDYSOVÁ, P., 2016. *Příprava na edukaci v ošetřovatelství*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice. 82 s. ISBN 978-80-7395-971-5.

MAREK, Vítězslav. *Akútna apendicitída: včasná diagnostika a predoperačná rozvaha*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-3343-7.

PÁRAL, J., et al., 2020. *Chirurgická propedeutika: Základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-1235-7.

PECHOVÁ, Vendula. *Edukace při poskytování zdravotně sociální práce* [online]. Pardubice, 2016 [cit. 2018-08-02].

POKORNÁ, Andrea, Alena KOMÍNKOVÁ a Nikola SIKOROVÁ, 2014. *Ošetřovatelské postupy založené na důkazech*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 171 s. ISBN 978-80-210-6331-0.

POKRIVČÁK, Tomáš. *Chirurgie*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-702-6.

Pro lékaře. *Prolekare.cz* [online]. 2023 [cit. 2023-06-30]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/2016-8-1/lecba-akutni-apendicitidy-retrospektivni-analyza-vlastniho-souboru-59058>

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 9788024744148.

STIBOR, B., 2017. Předoperační vyšetření. In: SOUČEK, M., SVAČINA, P. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada Publishing, s. 1010-1073.

SVENSSON-RASKH, A., SCHANDL, A., STÄHLE, A., et al., 2021. Mobilization Started Within 2 Hours After Abdominal Surgery Improves Peripheral and Arterial Oxygenation: A Single-Center Randomized Controlled Trial. *Physical Therapy*. 101(5), doi: 10.1093/ptj/pzab094.

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

TOMOVÁ, Š., 2017. *Základy edukace pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 1. vyd., Praha: Ústřední knihovna UK. 97 s. ISBN 978-80-88176-12-1.

VYTEJČKOVÁ, Renata; SEDLÁŘOVÁ, Petra; WIRTHOVÁ, Vlasta; OTRADOVCOVÁ, Iva a KUBÁTOVÁ, Lucie. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 9788024734217.

ZAVORAL, Miroslav, ed. *Mařatkova gastroenterologie: patofyziologie, diagnostika, léčba*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 9788024650029.

Přílohy