

Edukace pacienta s nádorovým onemocněním tlustého střeva perioperační sestrou

Renáta Minxová

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Renáta Minxová**
Osobní číslo: **H12344**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Edukace pacienta s nádorovým onemocněním tlustého střeva perioperační sestrou**

Zásady pro vypracování:

Nastudovat odbornou literaturu související s tématem bakalářské práce.

V teoretické části vysvětlit základní pojmy související s nádorovým onemocněním tlustého střeva a edukací.

V praktické části připravit metodiku průzkumné části bakalářské práce.

Realizovat průzkum, analyzovat a vyhodnotit výsledky praktické části, zformulovat závěry.

Navrhnout doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

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

LAWRENCE, Way a kol. Současná chirurgická diagnostika a léčba. 2. díl. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-397-9.

TSCHUSCHKE, Volker. Psychoonkologie. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ, Hilda VORLÍČKOVÁ a kol. Klinická onkologie pro sestry. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.**

Ústav zdravotnických věd

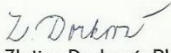
Datum zadání bakalářské práce: **26. ledna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **22. května 2015**

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.*
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 13.2.2015

.....*M. J.*.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může se zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma Edukace pacienta s nádorovým onemocněním tlustého střeva je členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá charakteristikou nádorového onemocnění tlustého střeva, edukací a edukačním procesem perioperační sestrou. V praktické části je zvolena ke sběru dat metoda dotazníkového šetření. Praktická část se zaměřuje na míru edukace pacientů s nádorovým onemocněním tlustého střeva. Výstupem této práce je edukační brožura.

Klíčová slova: nádorové onemocnění, tlusté střevo, edukace, edukační proces, pacient, operační zákrok.

ABSTRACT

My Bachelor thesis is focused on the topic Education of Patient with Cancer of the Colon is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with characteristic of tumorous disease of colon, education and educational process by preoperative nurse. In the practical part is chosen a method of questionnaire research to collect data. Practical part is focused on level of education of patients with cancer of the colon. The output of this work is the educational brochure.

Keyword: tumor disease, large intestine, education, educational process, patient, surgery.

Mé poděkování patří Mgr. Zlatic Dorkové, Ph.D. za všechny cenné rady, ochotu, trpělivost, spolupráci a čas věnovaný této bakalářské práci. Také děkuji celé mé rodině za psychickou podporu při studiu. V neposlední řadě děkuji všem svým respondentům za vyplnění dotazníků.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Obsah

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 NÁDORY TLUSTÉHO STŘEVA.....	12
1.1 ETIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ.....	13
1.2 LOKALIZACE A SYMPTOMATOLOGIE NÁDORŮ	15
1.3 HISTOLOGICKÁ KLASIFIKACE.....	15
1.4 DIAGNOSTIKA.....	16
1.5 TERAPIE.....	17
1.6 PROGNÓZA.....	19
1.7 PREVENCE.....	19
2 EDUKACE.....	21
2.1 KOMUNIKACE V EDUKAČNÍM PROCESU.....	22
2.2 FÁZE EDUKACE.....	22
2.3 PRÁVNÍ NORMY EDUKACE PACIENTŮ V ČR.....	24
3 EDUKACE V PERIOPERAČNÍ PÉČI.....	26
3.1 PŘEDOPERAČNÍ FÁZE.....	27
3.2 INTRAOPERAČNÍ FÁZE.....	29
3.3 POOPERAČNÍ FÁZE.....	29
3.4 ROZHOVOR S PACIENTEM.....	29
3.5 EDUKACE PERIOPERAČNÍ SESTROU V PRAXI.....	29
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
4 METODIKA PRŮZKUMU	33
4.1 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉ METODY.....	33
4.2 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU.....	33
4. REALIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34
4.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	34
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	69
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	71
SEZNAM TABULEK	72
SEZNAM GRAFŮ	73

SEZNAM PŘÍLOH.....	74
---------------------------	-----------

ÚVOD

K výběru tématu bakalářské práce mě motivovala osobní zkušenost s nádorovým onemocněním tlustého střeva v rodině a i skutečnost, že řadu let pracuji na chirurgickém oddělení, kde jsem se zpočátku s ošetřováním těchto nemocných setkávala. Nyní se setkávám s těmito nemocnými na operačním sále, kde daleko více vnímám jejich strach a obavy ze samotného operačního výkonu, z toho, co bude dál následovat a jak novou situaci budou zvládat. Jedná se o onemocnění, které může postihnout kohokoliv z nás. Až ve chvíli, kdy se toto velmi závažné chronické onemocnění dotkne našich příbuzných či známých klademe si otázku, proč tato choroba vznikla. Nádorové onemocnění tlustého střeva může postihnout kteroukoliv část střeva. Je považováno za civilizační onemocnění s významným socio-ekonomickým dopadem. Jedná se o onemocnění, jehož incidence narůstá, ale přesto nám dává dostatek času na to, abychom jej objevily a naučily se mu bránit.

S rozvojem nových počítačových vyšetřovacích metod a nového pojetí moderního ošetrovatelství se péče o nemocné radikálně změnila a k nemocnému je přistupováno jako k partnerovi. Edukace má velmi důležitou a nezastupitelnou roli v předoperačním a pooperačním období pacienta. Edukovaný, vedený pacient získává nové vědomosti nejen o své nemoci, ale i o příčinách onemocnění, léčbě, vyšetřovacích metodách, předoperačním a pooperačním období, depistáži a prevenci. Dokáže lépe spolupracovat, chápe problematiku onemocnění, podílí se na léčbě a umí znalosti využít ve svém životě. Cílem mé bakalářské práce je zdůraznit důležitost předoperační a pooperační edukace perioperační sestrou. Je mnoho pacientů s nádorovým onemocněním tlustého střeva, kteří podstupují první operační výkon ve svém životě. Nejsou dostatečně informováni, mají strach, jsou v nejistotě, mohou mít zkreslené představy o vstupu na operační sál, o tom co se s nimi bude dít, v těchto, pro ně tajemných prostorech. Mohou být i mylně informováni o tomto prostředí. Nezvládnutí předoperačního strachu se může výrazně negativně odrazit v bezprostředním pooperačním období.

V teoretické části popisuji incidenci nádorového onemocnění tlustého střeva, příčiny a predisponující faktory, diagnostiku, léčbu a prognózu tohoto onemocnění, kladu důraz na prevenci. Dále v teoretické části popisuji edukaci a zvláště edukaci perioperační sestrou.

V praktické části stanovuji cíle práce a informuji o výsledcích dotazníkového šetření. V závěru praktické části popisuji jednotlivé dosažené cíle s doporučením pro praxi.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 NÁDORY TLUSTÉHO STŘEVA

Kolorektální karcinom (dále jen KRK) spadá mezi nejčastější tři zhoubné nádory. V České republice došlo v posledních 30 letech k významnému nárůstu této nemoci. KRK je nejčastější malignitou naší populace. U mužské populace výskyt onemocnění předstihl dlouhodobě vedoucí bronchogenní karcinom, u ženské populace je KRK na druhém místě po karcinomu mammy. V letech 1980 – 2002 se zvýšil poměr nově vzniklých případů k celkovému počtu osob ve sledované populaci, a to u mužů na nynějších 95, u žen o více než polovinu na 63 nově diagnostikovaných případů na 100 000 obyvatel za rok. (Lukáš, Žák a kol., 2007, s. 257). KRK postihuje hlavně věkové skupiny nad 50 let, ale jeho výskyt může být i u mladších jedinců kolem 40 let i méně, kde je třeba myslet na genetickou predispozici. Jestliže nádorem tlustého střeva onemocněl rodič nebo sourozenec je riziko vzniku onemocnění 2 – 3x vyšší než u ostatní populace. Postihuje více muže než ženy. Za rok 2010 je výskyt KRK 39 případů na 100 000 obyvatel s úmrtností 17 případů na 100 000 obyvatel (Pokrivčák a kol., 2014, s. 126).

Nemocní, kteří v důsledku nádorového onemocnění tlustého střeva zemřou, stoupá sice o něco méně (úmrtnost se snižuje), i přesto trvale převyšuje hranici 50 % (tj. zemře více než polovina nemocných s KRK). Od konce 80. let 20. století zaujímá naše země přední postavení v incidenci KRK ve světě. Kolorektální karcinom je typický svým geografickým výskytem, jeho výskyt po celém světě se liší až dvacetinásobně. Nejvyššího výskytu toto onemocnění dosahuje u populace v průmyslových zemích evropských a amerických oblastí, v Austrálii a na Novém Zélandu, naopak nejnižší výskyt KRK je v subsaharské Africe a Asii. Za základní příčinu těchto markantních rozdílů jsou považovány různé stravovací zvyky a návyky v jednotlivých lokalitách světa (Lukáš, Žák a kol., 2007, s. 257).

Lokalizace nádoru tlustého střeva může být v různých jeho částech. Podle umístění je můžeme rozdělit na nádory rektosigmoidea, které představují až 55 % KRK, nádory postihující pravý tračník 20 % KRK, nádory postihující příčný tračník 11 % KRK, nádory postihující levý tračník 6 % KRK a 3 – 5 % jsou KRK multifokální (Ferko, Vobořil, Šmejkal, Bedrna, 2002, s. 297).

Histologicky se často jedná o adenokarcinom, který může být nemucinózní (85 %, bez tvorby hlenu) nebo mucinózní (15 %, s tvorbou hlenu). Nádory vyrůstají zpočátku v místě svého vzniku ve střevě nebo konečniku, později prorůstají stěnou střevní a mohou prorůstat dál do okolních orgánů. Při pozdě diagnostikovaném nádoru dochází k šíření lymfatickými cestami do spádových uzlin nebo pronikají do krve a krevním oběhem se šíří do vzdálených orgánů nejčastěji do jater, ale i jinam, jako např. do plic a kostí (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 279).

1.1 Etiologie onemocnění

Příčiny vzniku nádorového onemocnění tlustého střeva nejsou přesně známy. Na vývoji těchto nádorů se podílí mnoho faktorů. Mezi ně patří:

a) Dědičná dispozice (hereditární) dispozice

KRK se může objevit v rámci několika vzácných dědičných onemocnění. Nebezpečí vzniku těchto nádorů může být u jedinců, kde pokrevní příbuzní onemocněli zhoubným nádorem tlustého střeva nebo konečníku, eventuálně i dalšími nádory. V těchto případech se jedná o syndrom mnohotné familiární adenomatózní polypózy a syndrom familiárního výskytu nepolypózních karcinomů tlustého střeva (tzv. Lynchův syndrom I. a II.). V situaci familiární polypózy jde o výskyt mnohočetných adenomatózních polypů v tlustém střevě, které mají sklon se měnit v karcinom a tím je riziko kancerogeneze bezmála stoprocentní.

b) Různá jiná nezhoubná onemocnění tlustého střeva a konečníku

Docela častým výskytem v tlustém střevě jsou nezhoubné nádory v podobě polypů, tj. výběžků sliznice. Jestliže tyto výběžky sliznice nejsou odstraněny, mohou trvale růst a později u některých z nich může dojít k přeměně na zhoubný nádor. Častější výskyt KRK je prokázán u nespecifických střevních zánětů, sem patří Crohnova choroba a ulcerózní kolitida.

c) Faktory zevního prostředí

Jedná se především o nevhodné stravovací návyky, které se podílí na výskytu KRK. Největším rizikem vzniku těchto nádorů je úprava masa při vysokých teplotách, jako je smažení, grilování, uzení, zvýšená konzumace tuků, především živočišných, uzenin, nedostatek vlákniny, některých vitamínů a stopových prvků. Mezi další rizikové faktory, které jsou spojené se zvýšeným výskytem kolorektálního karcinomu je abúzus alkoholu, který zvyšuje riziko vzniku nádoru až dvojnásobně, je to především konzumace piva a kouření. Zejména přepálené tuky, látky, které vznikají při rozkladu bílkovin masa za vysokých teplot, látky vznikající při uzení, alkohol a cigaretový kouř v sobě obsahují sloučeniny (tzv. kancerogeny), které mohou zapříčinit nebo podpořit vznik a rozvoj nádorů střeva i konečníku. Vitamíny, některé stopové prvky a vláknina, která má zcela opačný význam, mohou tyto kancerogeny neutralizovat. Vláknina účinkuje ve střevě tak, že urychluje pasáž zbytků potravy tlustým střevem a tím zkracuje kontakt rizikových karcinogenů se střevní sliznicí. Obezita, která se

vyskytuje v současné populaci velmi často, patří také mezi rizikové faktory pro vznik KRK (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 278).

d) Predisponující změny

Riziko maligního zvratu u dysplastické léze záleží na velikosti a histologickém složení polypů, uvádí se ve 30-50 %. Častá malignizace je i u ulcerózní kolitidy (zánět tlustého střeva provázeného tvorbou vředů), kdy pravděpodobnost vzniku stoupá s délkou trvání kolitidy. U Crohnovy choroby (autoimunitní zánětlivé onemocnění trávicího traktu) je zvrát k výskytu maligního nádoru méně častý než u ulcerózní kolitidy. Tyto maligní nádory častěji vznikají v postižené části střeva (Holubec a kol., 2004, s. 194).

Adenokarcinom tlustého střeva a rekta má střední doubling time (čas potřebný k tomu, aby se nádor v objemu zdvojnásobil) asi 130 dní. Předpokládá se, že nejméně 5 let – ale často 10 až 15 let – roste nádor bezpříznakově předtím, než dosáhne rozměrů, které se projeví symptomaticky. Během této asymptomatické fáze bývá diagnóza stanovena pouze náhodným vyšetřením (Way a kol., 1998, s. 821).

Většinou nádor při svém vzniku roste skrytě, bez jakýchkoliv zjevných projevů. Později se mohou projevit jak místní tak i celkové příznaky. Mezi nejčastější místní symptomy patří: změny v četnosti vyprazdňování a charakteru stolice, objevení zácpy, průjmů, střídání zácpy a průjmu, tenezmy, což je časté nucení na stolicí s pocitem nedostatečného vyprázdnění. Varující je průjem, kdy člověk navštíví toaletu více než třikrát denně a tento stav přetrvává déle než čtyři dny. Velice podobné je to i u zácpy, kdy člověk navštíví toaletu méně než třikrát týdně a tento stav přetrvává déle než čtrnáct dní. Ve stolici se může objevit přítomnost krve nebo hlenu, stolice může být nezvykle zúženého tvaru, které se říká stužkovitá nebo svým průměrem připomíná tužku. V některých případech se mohou objevit bolesti břicha nebo bolesti v oblasti konečníku, jak trvalého nebo přechodného rázu, popř. související s odchodem stolice. Velmi vzácně si pacient nahmatá nově vzniklý útvar v břiše nebo podbřišku. K celkovým příznakům řadíme nechutenství, nevolnost, slabost, únavu, hubnutí, anorexii, bledost nebo žloutenku, narůstající objem břicha, tupou přetrvávající bolest břicha, teplota – toto jsou příznaky většinou pozdní (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 280).

1.2 Lokalizace a symptomatologie nádorů

Lokalizace nádoru tlustého střeva se nachází nejčastěji v oblasti rektosigmoidea (55 %), do 15 cm od anokutánního přechodu mluvíme o nádorech rekta. Ve 20 % případů je umístění nádoru ve slepém střevě a ve vzestupném tračníku (tj. pravé polovině tlustého střeva), nejvzácnější je rakovina příčného tračníku (11 %) a sestupného tračníku (6 %) (Ferko, Vobořil, Šmejkal a Bedrna, 2002, s. 297). Symptomatologie nádoru tlustého střeva souvisí s lokalizací nádoru, velikostí, makroskopickou formou a u pokročilého stádia také s rozsahem postižení dalších orgánů a celkové odezvě organismu. U postižení pravé poloviny tlustého střeva bývá průběh dlouho asymptomatický. Jedním z prvních příznaků bývá mikrocytární anémie nebo neurčité bolesti břicha, nezřídka i hmatná rezistence. Obstrukce je pozdní příznak, protože stolice je v těchto etážích tračníku tekutá a průsvit střeva dostatečný. U nádorů levé poloviny tračníku tlustého střeva jsou často změny defekačního stereotypu, plynatost, enteroragie, může být přítomná i kolikovitá bolest břicha. Mezi hlavní symptomy nádorů rekta patří tenezmy následované vyprázdněním neodpovídajícího množství stolice, s příměsí hlenu, krve a bolestivý tlak v pánvi. Nádory rostoucí exofyticky se projeví dříve než nádory rostoucí infiltrativně.

Nádory tlustého střeva mohou být příčinou akutního stavu, jako je např. obstrukce nebo perforace, zejména proto, že nemocní z různých důvodů příznaky podceňují a přehlížejí. Někdy jsou prvním symptomem nádoru až obtíže při metastatickém postižení, např. hepatomegalie, ascites, ikterus, hmatná rezistence na břicho nebo triáda – anémie, fyzická slabost, hmatný tumor břicha (Ferko, Vobořil, Šmejkal a Bedrna, 2002, s. 300).

1.3 Histologická klasifikace

Histologicky se nejčastěji jedná o adenokarcinom, který bývá nemucinózní (85 %, bez tvorby hlenu) nebo mucinózní (15 %, s tvorbou hlenu) (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 205). Mezi další typy nádorů tlustého střeva patří:

- karcinom s buňkami tvaru pečetního prstenu
- skvamózní
- adenoskvamózní
- smíšený typ
- dediferencovaný
- neuroendokrinní (karcionid)

- neklasifikovatelný (Ferko, Vobořil, Šmejkal a Bedrna, 2002, s. 298).

1.4 Diagnostika

Největší šanci na úplné uzdravení, kdy se u jedince nevyskytují žádné symptomy má časný záchyt nádoru, ale i přes veškerou osvětu a možnosti screeningového vyšetření (hlavně vyšetření hemookult) situace není nijak uspokojivá. Většina chirurgicky odstranitelných nádorů v časných stádiích je vyléčitelná bez následné cytostatické léčby. Výhodiskem pro další rozhodnutí o terapii je stanovení rozsahu prostřednictvím stagingu (určení klinických stadií). Diagnostika KRK je rozlišena na dvě následující situace:

- vyšetřování nemocných, u nichž se příznaky objevily a ty by mohly svědčit pro karcinom tlustého střeva nebo konečníku,
- vyšetřování osob, které žádné příznaky nemají, ale tvoří některou rizikovou skupinu pro toto onemocnění (např. riziko věku, riziko rodinného výskytu atd.).

Lékařské vyšetření začíná klinickým vyšetřením včetně vyšetření konečníku pohmatem. Další v pořadí je odběr krve na základní laboratorní vyšetření a v některých případech vyšetření stolice na přítomnost krve. Základní vyšetření, která umožňují diagnostiku kolorektálního karcinomu jsou endoskopická (kolonoskopie, sigmoideoskopie, rektoskopie) a rentgenologická (irigoskopie, irigografie) vyšetření tlustého střeva a konečníku. Před těmito vyšetřeními je obvykle nutná příprava, jejíž hlavní snahou je vyprázdnění střeva a konečníku. Příprava spočívá v dodržení několikadenní diety s kašovitou nebo tekutou stravou a pití roztoku, který vyvolává průjem, a pak dojde následně k vyprázdnění tlustého střeva. Před samotným vyšetřením konečníku (rektoskopie) postačí jen krátkodobé lačnění (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 206). U tohoto vyšetření nemusí být celé tlusté střevo vyprázdněné, postačí pouze vyprázdnění konečného úseku tlustého střeva a to spontánní ranní defekací nebo vyprázdněním po glycerínovém čípku či aplikaci malého klyzmatu, tato příprava se odvíjí od zvyklostí pracoviště.

Endoskopická vyšetření tlustého střeva umožňují prohlédnout dutý prostor střeva a odebrat vzorek patologické tkáně k histologickému vyšetření. Mezi další nezbytná vyšetření patří ultrasonografie břicha a jater, výpočetní tomografie (dále jen CT) břicha, malé pánve, rentgenové vyšetření (dále jen RTG) plic, pozitronová emisní tomografie (dále jen PET), magnetická rezonance (dále jen MRI). Samozřejmostí je základní panel vyšetření (krevní obraz, moč, sedimentace, biochemické hodnoty v séru). Nádorové markery, což jsou látky, které mohou být zvýšeny v přítomnosti nádorů a mají

význam u nemocných s již prokázaným nádorem. KRK může provázet vyšší hodnota karcinoembryonálního antigenu (dále jen CEA), popřípadě tumor-asociovaný antigen 19-9 (dále jen CA 19-9). Téměř dokonalým vyšetřením je virtuální kolonoskopie pomocí CT. Při posouzení šíření tumoru přes stěnu rekta je účelné použít rektální endosonografii. Stanovení rozsahu onemocnění je nezbytné pro další léčebnou strategii (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 280).

1.5 Terapie

Cílem léčby nádorů tlustého střeva je odstranění nádoru i s jeho lymfatickými uzlinami. V komplexní léčbě nádorů má dominantní postavení stále chirurgická léčba společně s protinádorovou chemoterapií, radioterapií a biologickou léčbou. Chirurgická radikální terapie spočívá v široké resekci postiženého střeva s příslušnými uzlinami v mezokolon. Typ resekce se odvíjí od lokalizace nádoru. Pokud je diagnostikováno postižení pravého tračnicku je indikována pravostranná hemikolektomie, při postižení levého tračnicku levostranná hemikolektomie, při postižení sigmatu nebo transverza se provádí jejich resekce. U postižení rekta je indikována tzv. nízká přední resekce rekta a méně často u postižení anorekta či u velmi nízkých tumorů rekta tzv. abdominoperineální amputace rekta (Valenta a kol., 2007, s. 140).

Pravostranné hemikolektomie je indikována při lokalizaci nádorů v oblasti céka, colon ascendens, hepatické flexury a kontinuita střeva je pak zajištěna pomocí ileotransverzoanastomózy, obvykle side-to-side. Rozšířená pravostranná hemikolektomie s resekce celého příčného tračnicku je indikována při lokalizaci nádoru v aborálním colon transversum. Resekce příčného tračnicku se provádí při lokalizaci nádorů uprostřed colon transversa, který je málo častý a kontinuita střeva je obnovena pomocí kolokolické anastomózy. Levostranná hemikolektomie je indikována při lokalizaci nádoru v oblasti lineární flexury a colon descendens, kontinuita střeva je obnovena pomocí transverzosigmoideoanastomózy.

Nízká přední resekce (Dixon) se provádí při lokalizaci nádoru v oblasti horní a střední třetiny rekta, zde je kontinuita střeva obnovena pomocí sigmoideorektoanastomózy. Pohled onkologů na radikalitu resekce se v posledních letech značně změnil. Prvořadý význam pro eventuální aplikaci neoadjuvantní léčby jsou clear rectal margin (dále jen CRM) a distance of the mesorectal extension (dále jen DME) – kritéria postižení mezorekta na předoperačním MRI. Z pohledu onkologické radikality se u invazivních karcinomů provádí totální mezorektální excize (dále jen TME). U velmi nízkých resekce, kde dochází ke konstrukci anastomózy v dolní polovině až třetině rekta a u nádorů uložených nízko v oblasti aborálního rekta bývá nutné provedení odlehčující axiální (dvouhlavňové) ileostomie.

Dále může být provedena kontinentní resekce a to je svěrač zachovávající resekce nebo abdominoperineální amputace dle Milese s trvalou terminální sigmoideostomií: u primární dysfunkce svěračů s inkontinencí, nádorové infiltrace svěračů nebo nediferencovaných forem karcinomu postihujících aborální třetinu rekta. Nedílnou součástí léčby pokročilých nádorů je resekce metastáz jaterních i plicních a paliativní výkony jako jsou stomie nebo bypassy, ale také chemoterapie jak neoadjuvantní nebo adjuvantní a biologická léčba (Pokrivčák a kol., 2014, s. 128).

Při použití staplerů je možné založit anastomózu i u velmi nízkých resekcích rekta. V některých případech se provádí lokální excize či endoskopická polypektomie u malých polypoidních nádorů. Paliativní výkon je možný u vysoce rizikových nemocných, kde u tumoru rekta se provádí lokální elektrokoagulace či fotokoagulace laserem. U obstrukčních náhlých příhod břišních na podkladě tumoru rekta či rektosigmatu často není možné provést primárně anastomózu, a proto je založena terminální kolostomie, potom je aborální pahýl rekta slepě uzavřen (tzv. Hartmannova resekce), kontinuita střeva je obnovena až v další době. V posledních letech je většina těchto operací prováděna laparoskopicky a u tumorů rekta je možné využít endoskopickou metodu transanální endoskopické mikrochirurgie (dále jen TEM).

KRK nejčastěji metastazuje do regionálních uzlin, cestou vena porta do jater, přes pánevní žíly do plic a při nálezu generalizace nádoru do jater závisí léčba na rozsahu postižení. Ve většině případů je až v druhé době indikována resekce postižené části jater, při nemožnosti chirurgické terapie jsou cíleně podávána chemoterapeutika cestou katétru zavedeného do vena portae či arteria hepatica. Jednou z dalších možností léčby metastáz jater může být radiofrekvenční ablace (dále jen RFA) (Valenta a kol., 2007, s. 140).

Mezi komplikace nedignostikovaného KRK patří obstrukce, perforace a přímé šíření nádoru do okolí, jejich léčba spočívá v případě obstrukce okamžité resekci obturujícího karcinomu pravé nebo levé poloviny tračníku. U perforací se doporučuje agresivní přístup, anastomóza bývá obvykle odložena, proximální konec se exteriorizuje jako kolostomie nebo ileostomie a distální konec se exteriorizuje nebo slepě uzavře. Anastomóza se provádí sekundárně po pomnutí zánětlivého postižení tkáně. Při přímém šíření nádoru, kdy se karcinom střeva rozšířil do okolí a postihl některé další orgány, jako je tenké střevo, slezina, děloha nebo močový měchýř, se většinou tyto orgány odstraní celé nebo částečně a to en bloc spolu s resekovaným tlustým střevem (Way a kol., 1998, s. 826).

1.6 Prognóza

Lepších výsledků chirurgické léčby je dosaženo u karcinomu tlustého střeva než u karcinomu rekta, u něhož pak nález tumoru pod peritoneálním dnem pánevním má horší prognózu než karcinom ve vyšších úsecích rekta (Way a kol., 1998, s. 826). *Pětileté přežití je u resekovaných nádorů tračniku přibližně 50 %, u resekovaných karcinomů rektosigmoidea a rekta 40 %. 70 % KRK lze ošetřit kurativní resekci* (Ferko, Vobořil, Šmejkal a Bedrna, 2002, s. 296).

1.7 Prevence

Primární prevence kolorektálního karcinomu je celospolečenský úkol, zahrnující opatření pro zlepšení kvality životního prostředí. Důležitým základem je úprava výživy, zvýšená konzumace vlákniny a snížení spotřeby živočišných tuk (Valenta a kol., 2007, s. 140). Kolorektální screening se zakládá na pravidelných testech okultního krvácení do stolice (dále jen TOKS) nebo na primární screeningové kolonoskopii. Ministerstvo zdravotnictví České republiky zahájilo od roku 2009 celorepublikový screeningový program nasměřovaný na včasný záchyt kolorektálního karcinomu. V současné době od 1. ledna 2014 probíhá „screeningové adresné zvaní občanů“, jehož hlavním cílem je snížit úmrtnost na nádorová onemocnění. Jak toto adresné zvaní občanů probíhá? Zdravotní pojišťovny odesílají adresné výzvy pojištěncům z cílových skupin formou zvacích dopisů. Zvou postupně muže i ženy mezi 50-70 lety, kteří se dlouhodobě nezapojují do screeningu zhoubných nádorů a v daném období mají narozeniny. Jestliže se pojištěnec na vyšetření po obdržení první výzvy nedostaví, pojišťovna jej osloví opakovaně. Program bude ukončen 30. 6. 2015.

Osoby starší 50 let mají právo na jedno bezplatné vyšetření ročně a od 55 let a výše jednou za dva roky. Test může předepsat praktický lékař a u žen jej může předepsat i gynekolog. Odběr vzorku stolice je jednoduchý a dobře ilustrovaný v návodu testu. Provedení je nenáročné, jednoduché, nebolestivé, rychlé, komfortnější a orientační výsledek je znám během několika minut. Testy na okultní krvácení existují v několika variantách a lidé si je mohou také sami zakoupit, cena se pohybuje kolem 100 Kč. Některé typy testů vyžadují dodržení diety s vyloučením některých složek potravy (např. květák, špenát, brokolice, ředkvičky, tuřín, červené maso). Moderní typy testů TOKS dokáží zaznamenat rozdíl falešně pozitivních výsledků, které byly způsobeny přítomností hemoglobinu obsaženého v potravě. Přítomnost krve ve stolici nemusí vždy souviset s KRK, může signalizovat přítomnost polypů, divertikulitidu či vnitřní hemeroidy. Při pozitivním testu TOKS a pokud chceme mít jistotu, že nám rakovina tlustého střeva a konečníku nehrozí, nezbyvá nám nic jiného než podstoupit screeningovou kolonoskopii, která je spolehlivější, ale v očích veřejnosti se netěší dobré

pověsti, pacienti mají z tohoto vyšetření obavy, které nejsou zcela opodstatněné. Každý člověk má odlišný práh bolesti a díky analgosedaci, v krajním případě i celkové anestézii lze zmírnit bolestivé podněty u citlivých jedinců. 24. březen byl prvním celosvětovým dnem pro pacienty s pokročilým kolorektálním karcinomem pořádaný International Colorectal Cancer Association. K této kampani se připojilo České ILCO – dobrovolné sdružení stomiků, které usiluje o osvětu týkající se jak tohoto onemocnění, tak i stomie. International Colorectal Cancer Association tímto dnem odstartoval osvětovou kampaň GET TESTED pro pacienty u kterých byl nově diagnostikován metastazující kolorektální karcinom. Hlavním cílem kampaně je upozornění na nutnost provádění rutinního testování genů RAS, což je test biomarkerů, v době, kdy je u nemocného poprvé toto onemocnění diagnostikováno (Dušek et al., 2015). V mém blízkém okolí je několik dobrých známých, kteří jsou pravidelně vyšetřováni kolonoskopicky, z důvodu pozitivní rodinné anamnézy. Velice pečlivě si hlídají odstupy od jednotlivých vyšetření z důvodů rizika vzniku KRK. Nemají nijak špatnou zkušenost při tomto vyšetření a tvrdí, že vyšetření je sice nepříjemné, ale dá se vydržet. Poctivě se i připravují k tomuto vyšetření, kdy týden před výkonem mají bezsezbytkovou stravu a den před výkonem popíjí vyprazdňovací roztok.

Příznivý efekt každoročního testování skrytého krvácení na snížení úmrtnosti KRK činí 15-33 %, byl potvrzen do současné doby studiemi. Sceeningový program se u nás uskutečňuje od r. 2000 a test na okultní krvácení se stal standardní součástí prevence (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 284). Dispenzarizováni jsou nemocní po chirurgické terapii, u nichž se kontrolují kolonoskopické nálezy a markery (CEA) (Valenta a kol., 2007, s. 140).

2 EDUKACE

Pojem edukace je odvozen z latinského slova educo, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince (Juřeníková, 2010, s. 9). Edukační proces je činnost lidí, u které dochází k učení, a to záměrně (intencionálně) nebo nezáměrně (incidentálně). Edukační procesy probíhají po celý dlouhý život od prenatálního období až do smrti, příkladem edukačního procesu může být osvojení si mateřského jazyka dítětem. Edukantem je jedinec, který se učí bez rozdílnosti věku, prostředí, ve kterém edukace probíhá. Ve zdravotnickém prostředí bývá častým subjektem učení zdravý nebo nemocný klient. Edukantem může být i zdravotník, který si prohlubuje v rámci celoživotního vzdělávání své vědomosti a dovednosti. Edukátor je aktér edukačních aktivit a ve zdravotnictví to bývá nejčastěji lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, nutriční terapeut, zdravotně sociální pracovník, atd. Plány, zákony, předpisy, edukační standardy, edukační materiály jsou edukační konstrukty, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu. Edukační prostředí je místo, kde edukace probíhá. Charakter edukačního prostředí ovlivňují podmínky pracovního prostředí, jako je například osvětlení, barva, zvuk, prostor, nábytek, ale i sociální klima a atmosféra edukace (Juřeníková, 2010, s. 10).

V ošetrovatelské praxi všeobecných sester má edukační činnost svou důležitou roli. Všeobecné sestry představují první linii péče o pacienty, jsou v podstatě prvními kontaktními osobami při komunikaci mezi lékařem a člověkem, který navštíví z nějakého důvodu ordinaci. Edukační činnost klade na všeobecnou sestru značné kvalifikační a osobnostní požadavky, velkou dávku trpělivosti a kreativity. V samotném procesu edukace jsou dva rovnocenné subjekty – všeobecná sestra a pacient. Oba se určitým způsobem podílí na výsledku svého snažení. Sestra má za úkol vybavit odpovídajícími znalostmi a dovednostmi pacienta a také jej motivovat a podporovat. Schopností pacienta by mělo být, aby všechny získané znalosti a dovednosti zabudoval do svého životního stylu. Z praxe víme, že s některými pacienty se spolupracuje velmi dobře, ale jsou i takoví pacienti, kteří odmítají veškeré edukační snahy, jsou nespolupracující. Na tuto situaci by měla být sestra připravena. Sestra by měla mít na paměti i to, že přes veškeré úsilí se jí někdy nepodaří přimět pacienta k dodržování doporučených pravidel chování. To by nemělo negativně ovlivnit její postoj ke vzdělávání pacientů a pečlivého provádění edukačních činností (Svěráková, 2012, s. 61). *Pochvala a ocenění kvalitní práce sestry působí motivačně a z dlouhodobého hlediska může předejít syndromu vyhoření (Svěráková, 2012, s. 61)*

2.1 Komunikace v edukačním procesu

„Jestliže se chceš vyvarovat chyb, pozorně sleduj pět věcí: s kým mluvíš, o kom, jak, kdy a kde.“
(W. E. Norris)

Komunikace – dorozumívání, je nedílnou součástí edukace a komunikace v edukačním procesu, spadá do oblasti sociální komunikace. Při komunikačním procesu se musí účastnit mluvčí, jako edukátor a posluchač jako edukant. Edukátor vysílá určité sdělení edukantovi. Posluchač (edukant) musí informace určitým způsobem dekodovat (jednosměrná komunikace) nebo případně přiměřeným způsobem zareagovat (oboustranná komunikace) (Juřeníková, 2010, s. 10). Při vedení vzájemné komunikace bychom měli dbát na to, aby komunikace byla jednoduchá, výstižná, dobře načasovaná a hlavně přizpůsobená schopnostem a znalostem člověka, se kterým ji vedeme. Edukátoři by měli zvládat umění mluveného slova. Při komunikaci s klientem by měli preferovat české výrazy (nebo odbornou terminologii vždy vhodným způsobem vysvětlit) a vyloučit z projevu tzv. „slovní parazity“. Dbát spisovného českého jazyka a gramatiky je samozřejmostí. Při slovním projevu musíme mít vždy na paměti, proč komunikujeme, neodbíhat od tématu, ke komu mluvíme, zda se jedná o laika nebo odborníka, kde, kdy, jakou dobu máme na komunikaci vyhrazenou. Pokud předáváme informace prostřednictvím verbální komunikace, informace by měly být vždy logicky uspořádané, srozumitelné, výstižné a hlavně zajímavé pro druhou stranu komunikace. Při verbální komunikaci využíváme zvukové prostředky řeči, které mohou u posluchačů vyvolat různé libé či nelibé pocity (Juřeníková, 2010, s. 17).

2.2 Fáze edukace

Edukační proces probíhá v pěti etapách, jako záměrný, cílevědomý, řízený a plánovaný proces v rámci jedné edukační formy. Dobře promyšlená příprava úzce souvisí se základními povinnostmi a kompetencemi všeobecné sestry před edukací, v jejím průběhu, po skončení edukace a realizuje se v součinnosti edukátora a edukanta. Kvalita edukačního procesu záleží na vzájemné interakci, osobnostních kvalitách, normách, hodnotách, názorech, postojích a zájmech. Tvoří jej fáze, ke kterým patří posuzování, diagnostika, plánování, realizace (motivace, expozice, fixace, aplikace), vyhodnocení (Kuberová, 2010, s. 25).

V první fázi edukace – posuzování, klademe důraz na sběr, třídění a analýzu údajů o daném jedinci (pacientovi či klientovi). Je klíčem k úspěšnému edukačnímu procesu. Údaje o pacientovi získáme metodou rozhovoru, pozorováním, fyzikálním vyšetřením, dotazníkem a rovněž z dokumentace.

Sestra analyzuje schopnost pacienta se učit a posuzuje všechny možné faktory, které mohou ovlivňovat proces učení. Důležitou roli také hraje sledování postoje jedince k sobě samému, ke svému onemocnění a k životu. K nejlepší situaci dochází v případě, kdy potřeba učit se vychází jako vnitřní motivace přímo od samotného klienta, ale podle jeho chování však vždy není lehké tuto potřebu určit. K odpovědnému posouzení nám poslouží diskuse (rozhovor) a pečlivé sledování jeho neverbálních projevů a chování (Kuberová, 2010, s. 25).

Druhá fáze edukace – diagnostika, kdy po získání, posouzení, ověření a shrnutí všech možných údajů o klientovi sestra stanoví edukační diagnózu, která vymezuje problémy a potřeby jedince, jejich příčiny a faktory, jež ovlivňují a podmiňují tyto problémy, včetně přesné charakteristiky těchto problémů. Edukační diagnózy můžeme rozdělit podle důležitosti, s přihlédnutím k potřebám jedince a jeho prioritám. V primární prevenci se zaměřují na zdraví jedince a jeho změněné zdravotní návyky, v sekundární prevenci jde o diagnózy ve vztahu k jeho potřebám něco se naučit. Při ošetřovatelské edukaci mají před vzdělanostními cíli často přednost spíše cíle afektivní. Tak vedle vzdělanostních diagnóz může sestra na základě posouzení stanovit i diagnózy, které se týkají postojů (k nemoci, zdraví, životu, životosprávě apod.). Svou důležitou roli hraje i porozumění problémům nemocného jedince a jeho schopnosti aplikovat získané poznatky či dovednosti v životě. Při formulaci diagnóz je proto třeba blíže specifikovat tuto oblast nedostatků (Kuberová, 2010, s. 26).

Třetí fáze edukace – plánování, jejichž úkolem je volba vzdělávací strategie. Zde bychom měli výběr edukačních metod přizpůsobit tak, aby co nejvíce a po všech stránkách vyhovovaly jak danému jedinci a sestře, tak obsahu edukace – tématu. Obsah edukace je daný jejími cíli, které vždy vyplývají z potřeb jedince. Tyto edukační cíle definujeme jako metu, která má podle názoru a přání osob odpovědných za vzdělávání či realizaci přijatého programu dosáhnout. Cíl chápeme jako hypotetickou představu a ideální hranici, ke které chceme prostřednictvím edukace dospět, může se týkat získávání vědomostí, schopností nebo dovedností, dosažení změny postojů, přijetí určitých hodnot či osvojení návyků. Sestra by měla správně určit výchovně-vzdělávací cíl, jasně jej zformulovat a stanovit edukační cíle, které realizuje ve spolupráci s jedincem (Kuberová, 2010, s. 26).

Sestra stanoví cíle, které mají mít formu doporučení, nikoli zákazů. Zákazy mají spíše opačný efekt a mohou vést ke vzpouře. V případě samých příkazů a zákazů přirozeně dochází k tomu, že lidé začínají vnímat zdravotníky jako osoby odpovědné za jejich zdravotní stav. Pokud jim cíle sestra předloží jako doporučení, co by v zájmu jejich zdraví bylo vhodné a co ne, vytvoří jim prostor pro jejich vnitřní motivaci, a tak z velké části již cíle dosáhla. Jestliže se cíl činnosti má stát motivací, je potřeba, aby jej edukant přijal za svůj, aby se s ním vnitřně ztotožnil. Účinnost edukace se stupňuje,

pokud edukanti ujasnění, formulaci a upřesnění výukových cílů sami podněcují. V edukačním procesu se vymezují cíle dlouhodobé, které označujeme jako záměry, a krátkodobé, jež se vztahují k momentálním potřebám jedince. Při plánování konkrétní edukační hodiny sestra respektuje především tělesný a psychický stav jedince. Doporučuje se začít tím, co pacienta nejvíce zajímá, co ví, tím zvýšíme jeho sebedůvěru. Po zvládnutí základů lze přejít k variantám, úpravám, téma, které vyvolává úzkost, by se mělo probrat jako první, pokud bychom ho zařadili až na závěr, zbytečně by rozptylovalo pozornost klienta při studiu témat jiných (Kuberová, 2010, s. 27).

Čtvrtá fáze edukace – realizace, ve které realizujeme učební plán v konkrétních podmínkách, sestra aplikuje nejen svou teoretickou přípravu, ale měla by v ní prokázat i určité praktické dovednosti, vedení celého edukačního procesu i s jeho možnými následky a důsledky. Úspěšná realizace edukace je způsobem, který by měl zlepšit kvalitu života lidí, pomoci jim získat soběstačnost, ulehčit jim nabývání vědomostí a porozumění jevům, jež se odehrávají v lidském těle. Vedle toho je úkolem edukace rozšířit jejich poznatky o dodržování různých preventivních a léčebných zásad (Kuberová, 2010, s. 28).

Pátá fáze edukace – vyhodnocení, což je proces průběžný i závěrečný. V této fázi sestra spolu s edukovaným jedincem hodnotí hlavně to, jak změnil své chování a jednání. Dále má význam i to, co se naučil. Dosažení cílů se hodnotí na základě hodnotících kritérií, která byla stanovena ve fázi plánování, jako metody hodnocení kognitivní oblasti slouží kladení otázek v diskusi či rozhovoru, řešení problémových úloh apod. Metody písemných vstupních a opakovaných testů zaměřených na rozsah a kvalitu vědomostí, které se využívají ve školské praxi, jsou pro edukované jedince v ošetrovatelství nevhodné, neboť pro ně mohou být stresující. Sestra by se na vědomosti měla ptát citlivě, s porozuměním a měla by být dobrou pozorovatelkou postojů a chování pacientů. Na základě pozorování pacienta při praktických činnostech všeobecná sestra hodnotí jeho motorické dovednosti, které mají větší hodnotu než vědomosti. Při hodnocení je třeba nejdříve zdůraznit pozitiva, pochválit, povzbudit, a teprve později přejít ke kritice, je vhodné konkretizovat, co bylo dobré, a co naopak méně dobré. Sestra hodnotí nejen to, co slyšela a viděla, ale i to, jak to na ni zapůsobilo. Hodnocení by mělo poskytnout i návrhy, jak lze potřebné změny realizovat (Kuberová, 2010, s. 29).

2.3 Právní normy edukace pacientů v ČR

Neustále se klade důraz na dodržování práv pacientů, k nimž patří možnost svobodného rozhodování v oblasti poskytování zdravotní péče. Pacient musí být náležitě informován, edukován o svém zdravotním stavu, aby mohlo dojít ke svobodnému rozhodnutí. Zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966

Sb. je uvedeno, že léčebné a vyšetřovací výkony se provádějí pouze se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Etický kodex České lékařské komory ukládá lékaři povinnost podat nemocnému nebo jeho zákonnému zástupci srozumitelným způsobem informace o charakteru onemocnění, diagnostických a léčebných postupech, které by připadaly v úvahu, rizika, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčby mohou nastat, lékař musí pacienta poučit a edukovat. Zákon nestanovuje konkrétní obsah ani formu poučení, to by mělo být provedeno srozumitelně a o poučení má být proveden záznam do zdravotnické dokumentace. Všeobecné sestry, rehabilitační pracovníci (fyzioterapeuti) a laboranti jsou oprávněni podávat poučení v rámci svých profesních kompetencí a činností (viz. Vyhláška č. 424/2004). Podle této vyhlášky všeobecná sestra edukuje pacienty a případně i jiné osoby o ošetrovatelských postupech, připravuje pro ně informační materiály, řeší ošetrovatelské problémy, které identifikovala, poučuje o nich pacienta a poučuje také pacienty o ošetrovatelských výkonech. Ze zákona všeobecná sestra není oprávněná informovat pacienta o stanovené diagnóze, prognóze, postupu léčby, ale může s těmito informacemi následně pracovat (Kudlová, 2006, s. 118).

3 EDUKACE V PERIOPERAČNÍ PÉČI

V posledních letech se značně změnil postoj pacientů k jejich zdraví a hlavně výrazně stouply nároky na kvalitu péče poskytované ošetrujícím personálem. Pacient nejen musí být informován o tom, jaký výkon jej čeká, ale také ho většinou zajímá, jak bude daný zákrok probíhat. U všech invazivních výkonů musí být pacientem podepsaný informovaný souhlas. Edukace se stává jedním z důležitých ukazatelů kvality péče. Pacienti o dění na operačních sálech získávají informace často z televizních seriálů, kde jsou situace záměrně dramatizovány, což mnohdy ještě zvyšuje jejich obavy. Teoreticky seznámit pacienta s prostředím operačního sálu mohou ti, kteří toto prostředí důvěrně znají, což jsou lékaři a instrumentářky. Lékaři na tento druh přípravy nemají čas, a proto zůstávají tedy instrumentářky (Matlochová, 2012, s. 42).

Perioperační péče zahrnuje veškeré postupy zaměřené na péči před operačním výkonem, v jeho průběhu a bezprostředně po něm. Pojem perioperační péče je často zaměňován s pojmem peroperativní péče, kdy jsou veškeré intervence zaměřeny na postupy v průběhu vlastního chirurgického výkonu a na ty, které podporují a vedou ke zdárnému průběhu konkrétního operačního výkonu (monitorování nemocného, infúzní terapie, medikace, podávání krevních derivátů, anestezie, laboratorní vyšetření apod.) (Wendsche, 2012, s. 13). Téměř každý očekávaný operační výkon bývá u většiny pacientů spojen s pocitem úzkosti a strachu. Pacient se na operačním sále dostává jednak do neznámého prostředí, jednak do situace, kterou svým jednáním nemůže zásadně ovlivnit a je plně odkázán na péči zdravotníků a musí jim důvěřovat. Operační výkony jsou pro organismus zatěžující i z biologického hlediska stresu (např. krevní ztráta), na nějž reaguje (zvýšení srážlivosti krve), pokud se připojí velká zátěž psychogenního původu (např. značná úzkost), mohou nastat zbytečné pooperační komplikace. V odborné literatuře jsou uváděny embolie, které jsou dány celým komplexem faktorů, včetně faktorů psychologických. Každé onemocnění zvyšuje nároky na adaptaci pacienta, jeho úsilí i motivaci. Nemocný se musí vyrovnat s vlastním zdravotním stavem, připravit se na všechna diagnostická a terapeutická vyšetření, výkony a onemocnění se tak stává pro něj obtěžující záležitostí. Reakce na takovou zátěž jsou výrazně rozlišné, mnohdy zcela jiné než očekává okolí. Úzkost se může rozvinout i zcela nečekaně a při její velké intenzitě může přejít až v úzkost panickou (patický efekt), která může vzniknout již při pouhé myšlence na situaci operačního výkonu, prostředí, pooperačních ošetrovatelských intervencí, imobility a studu (Wendsche, 2012, s. 65).

Stačí jednoduše vysvětlit skutečnost a pacienta to osvobozuje a dochází k prvnímu stupínku překonání úzkostně prožívaných nejistot. Od prvního navázání kontaktu perioperační sestra respektuje osobnost

jedinice a je vhodné, aby se sestra seznámila s jeho rodinnou anamnézou, ale i sociální a podle toho mohla zvolit typ rozhovoru. Tímto perioperační sestra získá důvěru a vřelejší kontakt, důležitost úsměvu, empatie, umění vžití se do psychiky druhých je nepostradatelnou součástí rozhovoru. V rozhovoru s pacientem sestra vhodně odpovídá, klade otázky, reaguje nebo se naopak v případě potřeby zdrží komentáře. Svým sdělením se snaží zbavit pacienta úzkosti a strachu z nadcházejícího operačního výkonu. Důležitost sestra klade na místo, kde bude edukace prováděna. Někteří pacienti upřednostňují soukromí, jiní kolektivní edukaci, jejich přání sestra respektuje (Šimková, Navrátilová, 2007, s. 14).

Perioperační ošetrovatelskou péči členíme do tří etap podle vztahu k průběhu vlastního operačního výkonu. Dělíme ji na fázi:

- Předoperační
- Intraoperační
- Pooperační (Wichsová a kol., 2013, s. 133).

Tato jednotlivá období ošetrovatelské péče mají svá specifika, na která je třeba brát zřetel při ošetřování chirurgického pacienta (Janíková, 2013, s. 13). Perioperační ošetrovatelská péče se odehrává na operačním oddělení a poskytují ji:

- Perioperační sestry
- Anesteziologické sestry (Wichsová a kol., 2013, s. 133).

3.1 Předoperační fáze

V některých zdravotnických zařízeních provádějí perioperační sestry edukaci pacientů před operačním výkonem, ale tato činnost zatím není standardizovaná a není ani zakotvena mezi povinnostmi perioperačních sester. Edukace perioperační sestrou se děje většinou v předvečer operačního výkonu, kdy sestra dochází k lůžku pacienta.

Edukující sestra používá:

- Písemné materiály jako jsou edukační brožury nebo letáky
- Fotografie operačních sálů, předsálí, anesteziologické přípravný a dospávacího pokoje

- Video, seznamuje pacienty s jejich příjmem na operační oddělení, uložením nemocného na operační lůžko a převoz na operační sál
- Ústní vysvětlování průběhu perioperační péče a odpovědi na pacientovy dotazy

Ani v zařízeních, kde je edukace běžně prováděna, není edukován každý pacient. Někteří pacienti přicházejí do zdravotnického zařízení až ráno v den výkonu a na edukaci tak již nezbývá čas. Jindy jsou perioperační sestry zaneprázdněny povinnostmi na operačním sále a obejít budoucí operanty nestihnou. Jeví se problematické i to, že pacient odpoledne prochází předoperační přípravou, může absolvovat ještě různá doplňující vyšetření. Probíhá pohovor s anesteziologem, edukace anesteziologickou sestrou, pohovor s chirurgem a edukace všeobecnou sestrou. Mimo to je jistě i ve stresu z nadcházející operace, a pokud absolvuje i edukační pohovor s perioperační sestrou, je zahlcen informacemi, z nichž většinu už nemusí ani nevnímat. Jako vhodná se jeví kombinace edukačního letáku s ústním upřesněním, pokud má o něj pacient zájem. Pacient obdrží leták s informacemi s předstihem, má klid na jeho prostudování a může si promyslet eventuální dotazy (Wichsová, 2013, s. 133). V předoperační přípravě při onemocnění tlustého střeva příprava spočívá ve vyprázdnění pacienta, tak, aby střevo bylo „čisté“. Pacient v den příjmu na oddělení a vlastně den před operačním výkonem pouze v poledne sní polévku a pak začíná popíjet vyprazdňovací roztok, dle zvyklostí oddělení to může být fosfátový roztok připravený v lékárně nebo Fortrans a pak už pacient zbytek dne stráví na toaletě. V období, kdy jsem začínala pracovat na chirurgickém oddělení před 24 lety příprava těchto pacientů spočívala také v podání vyprazdňovací roztoku, ale ten byl nechutný, hořký a pacienti po něm často i zvraceli.

V předoperačním období se perioperační sestra setkává s pacientem den před operací na oddělení, mimo prostředí operačního sálu. Perioperační sestra v průběhu rozhovoru připraví pacienta na situace, se kterými se může setkat na operačním sále. Pacient se seznámí s perioperační sestrou, která bude přítomná v průběhu jeho operace, a naopak sestra lépe pozná pacienta. Sestra poskytuje pacientovi informace o organizaci operačního dne a operačního výkonu pouze v rámci svých kompetencí. Popíše mu, jak bude probíhat převoz na operační sál, přesun na operační stůl, nasazení pokrývky hlavy, seznámí ho s bezpečnostním procesem na operačním sále, vysvětlí mu složení operačního týmu a činnosti, které tito zdravotníci budou vykonávat na sále. Představí mu personál, se kterým se pacient na operačním sále setká, role a kompetence jednotlivých zdravotnických pracovníků, kteří budou přítomni během operačního výkonu. V případě pacientova zájmu mu může popsat přístroje, které se budou používat během operace. Popíše mu také bezprostřední pooperační průběh a následnou

pooperační péči. Sestra má možnost v rámci rozhovoru zjistit, jestli má pacient nějaké speciální požadavky na personál operačního sálu, zájem o hudbu apod. (Janíková, 2013, s. 89).

3.2 Intraoperační fáze

V intraoperačním období rozhovor probíhá již na operačním sále, kde se pacient opět setká se sestrou, kterou již zná. To v něm vytváří atmosféru důvěry a přátelství na operačním sále. Sestra provede bezpečnostní proces a opět zopakuje pacientovi, co se s ním na sále bude dít (Janíková, 2013, s. 89). Perioperační fáze začíná uložením pacienta na operační stůl na operačním sále a končí překladem na dospávací pokoj, v průběhu této fáze sestra chrání nemocného před veškerým poškozením - pád, sleduje fyziologické funkce a vede příslušnou dokumentaci (Wichsová, 2013, s. 75).

3.3 Pooperační fáze

V pooperačním období perioperační sestra opět navštíví pacienta v době, kdy to je pro něj vyhovující. Cílem tohoto rozhovoru je zjistit, jak se pacient po operaci cítí, a také zhodnotí jeho spokojenost s péčí. Pacient má tak příležitost mluvit s někým kromě operátora, kdo byl u operace přítomen, pak je perioperační rozhovor ukončen (Janíková, 2013, s. 89).

3.4 Rozhovor s pacientem

Samotný rozhovor s pacientem vede sestra podle jeho přání v soukromí nebo na pokoji. Perioperační sestře nepřísluší probírat samotný operační výkon, to je záležitost lékařů, pacienta pouze informuje o organizačních záležitostech. Mezi nejčastější dotazy pacientů patří: kdy přijde na řadu, kdo jej bude operovat, jak dlouho bude trvat operace, zda si může ponechat spodní prádlo, případně vložku nebo zubní protézu, zda bude ležet nebo procházet někde nahý. Pacienty často zajímají i to, zda operaci bude přítomna sestra, která s nimi vede rozhovor, přítomnost „někoho známého“ na operačním sále je pro některé pacienty velmi významná (Matlochová, 2012, s. 42).

3.5 Edukace perioperační sestrou v praxi

Edukaci o samotném operačním výkonu, jeho komplikacích, o možnosti zavedení drénů či žaludeční sondy, zavedení centrálního žilního katétru nebo epidurálního katétru k zmírnění pooperační bolesti provádí vždy lékař. Na našem pracovišti edukace perioperační sestrou probíhá v odpoledních hodinách, po anesteziologickém vyšetření. Někdy se opravdu stává, že pro zaneprázdněnost na operačním sále perioperační sestra nemůže edukaci u pacienta provést, bohužel nemáme jiné řešení

této situace a edukaci provádí jen všeobecná sestra na oddělení. Tyto situace jsou velmi časté a v tomto případě je pak edukace prováděna až na operačním sále. V případě, kdy pacient nemá zájem o edukaci, vždy toto rozhodnutí respektujeme. K tomuto stavu dochází velmi zřídka. Edukace je prováděna pouze ústním vysvětlením průběhu perioperační péče. Edukaci vždy začínáme představením se pacientovi a naším pracovním zařazením. Seznamujeme pacienta s předoperační přípravou, i když v této oblasti jsou již edukováni všeobecnou sestrou z oddělení, my zpočátku provádíme reedukaci. Vysvětlujeme nemocnému proč je důležité vyprázdnění a „čistota“ tlustého střeva před výkonem, nutnost oholení operačního pole, vyčištění pupku před laparoskopickým výkonem, důležitost již nejíst, s tím, že tekutiny, nejlépe pouze čaj mohou přijímat do půlnoci. U žen klademe důraz na odlíčení a odlakování nehtů jak na rukou, tak i na nohou s vysvětlením pro sledovanost prokrvení. Připomínáme večerní a ranní osprchování. Informujeme pacienty o tom, že na noc dostanou tabletu na spaní a ráno další tabletu na uklidnění, kterou zapijí pouze douškem vody a po té by již neměli vstávat z lůžka. Dále vysvětlujeme nemocnému, proč bude ráno provedena sestrou bandáž dolních končetin nebo nasazení kompresních punčoch a proč mu bude aplikována injekce Fraxiparinu do podkoží na břicho a zdůrazníme, aby si ráno nezapomněli sundat veškeré šperky a vyndat protetické pomůcky jako jsou zubní protézu, kontaktní čočky, brýle či naslouchadla. V některých případech ponecháváme pacientům naslouchadlo až na operační sál, z důvodu další komunikace, vysvětlování dalších postupů. Pak přecházíme k transportu nemocného na operační sál, kam je přivezen na sedačce všeobecnou sestrou z oddělení, zde si jej přebírá anesteziologická sestra společně se sanitářem operačních sálů, který ukládá pacienta po svléknutí všech svršků na operační lehátko a přikrývá jej jednorázovým nebo bavlněným prostěradlem. Vlasy pacienta jsou kryty operační čepicí. Zde by bylo vhodné již využívat fotografický materiál pro lepší představivost nemocného, který bude výstupem této bakalářské práce a dál využit pro potřeby edukace v našem zařízení. Informujeme pacienta o přípravě anesteziologickou sestrou a zajištění žilní linky, po té si jej sanitář odveze na operační sál, kde bude již přítomna i perioperační sestra, která edukaci s pacientem prováděla. Snažíme se, aby edukující sestra byla přítomna i na operačním sále, pacienti bývají klidnější a důvěřivější. Vysvětlujeme pacientům prostředí operačního sálu, jak, kam a proč mu nalepíme neutrální elektrodu, jak zajišťujeme bezpečnost pacientů na relativně úzkých operačních stolech. Ujistíme jej, že veškeré změny polohy se provádí až po jeho usnutí včetně toho pokud lékař chce zavést permanentní katetr nebo centrální žilní katétr. Pacientovi podáváme informace o tom, že 1-2 pooperační dny bude hospitalizovaný na jednotce intenzivní péče, kde budou soustavně monitorovány jeho životní funkce, sledována operační rána a tlumena bolest, při nevolnosti či zvracení budou nemocnému aplikovány potřebné léky. V pooperační den nebude přijímat žádnou stravu a tekutiny dostane nejdříve 2 hodiny po operaci, vše bude zajištěno infúzní terapií. Postupné

zatěžování zažívacího traktu je dáno rozsahem výkonu a celkovým stavem pacienta. Nejčastěji druhý až třetí pooperační den bude přeložen zpět na standardní oddělení.

Dále edukujeme pacienta o pooperačním vstávání z lůžka, provádíme jeho nácvik, otočení na bok, nejlépe na neoperovanou stranu, ale také záleží na zvyklosti, spuštění dolních končetin z lůžka, přidržení operační rány a pomalý sed. Edukujeme o tom jak si má přidršet operační ránu dlaní při kašlání nebo smíchu. Já osobně považuji tento postup předoperační přípravy za nutný, vždy se navíc také ptám, zda již podstoupil pacient nějakou operaci, jak zvládal pooperační průběh a ukončuji edukaci tím, zda má ke mně nemocný nějaké další otázky. Téměř vždy pacienty zajímá časový faktor „V kolik hodin asi půjdu na operační sál? “. Nikdy neuvádíme přesný čas, ten se nedá ani určit, ale spíše informujeme, že by to mohlo být asi ... hodiny, dalším častým dotazem bývá, zda budeme přítomni na operačním sále a u operace. Pro pacienta má největší význam jednoduše vysvětlená skutečnost a tím dojde k prvnímu stupínku překonání úzkostně prožívaných nejistot.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRŮZKUMU

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit informovanost pacientů s nádorovým onemocněním tlustého střeva o perioperační péči.

K naplnění hlavního cíle práce bylo použito následujících dílčích cílů:

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jak jsou pacienti před plánovaným operačním výkonem pro KRK informováni o předoperační přípravě.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, jak jsou pacienti před plánovaným výkonem pro KRK informováni o intraoperační a pooperační péči.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit spokojenost pacientů s edukací před plánovaným výkonem.

4.1 Charakteristika průzkumné metody

Pro účely výzkumného šetření jsme zvolili nestandardizovaný strukturovaný dotazník. Žádost o umožnění dotazníkového šetření byla schválena institucí, kde probíhal sběr dat (příloha č. 2). Dotazník byl vypracován autorkou, diskutován a později schválen vedoucím práce. Dotazník byl vytvořen na základě stanovených cílů průzkumného šetření. Obsahuje 26 otázek, které jsou identifikační, polouzavřené, uzavřené, otevřené a výběrové. Výstupem práce je edukační brožura (příloha č. 3).

4.2 Charakteristika průzkumného vzorku

Za průzkumný vzorek byli zvoleni pacienti s nádorovým onemocněním tlustého střeva, kteří podstoupili operační zákrok. Oslovení respondenti byli pacienti chirurgického oddělení Vojenské nemocnice Olomouc, s různým stupněm dosaženého vzdělání. Průzkumné šetření probíhalo před propuštěním pacientů do domácí péče, podle celkového zdravotního stavu mezi 7 - 10 dnem po operačním výkonu. Pacienti byli spolupracující, orientovaní místem, časem a osobou. U některých starších pacientů jsem byla na jejich přání přítomna u vyplňování dotazníku, nevstupovala jsem však do obsahu odpovědí.

4.3 Realizace průzkumného šetření

Průzkumné šetření bylo realizováno od prosince 2014 do dubna 2015. Celkem bylo rozdáno 95 dotazníků ve Vojenské nemocnici Olomouc. Návratnost byla 95 dotazníků tj. 100 %.

4.4 Zpracování získaných dat

Získaná data byla vyhodnocena pomocí tabulek četností. V tabulkách je uvedena absolutní četnost, jež představuje počet respondentů nebo u otázek, kde bylo více možných odpovědí, tak počet celkových odpovědí. Dále je zde označena relativní četnost, která udává, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu, je vyjádřena v procentech. Tabulky jsou vyjádřeny graficky.

5 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

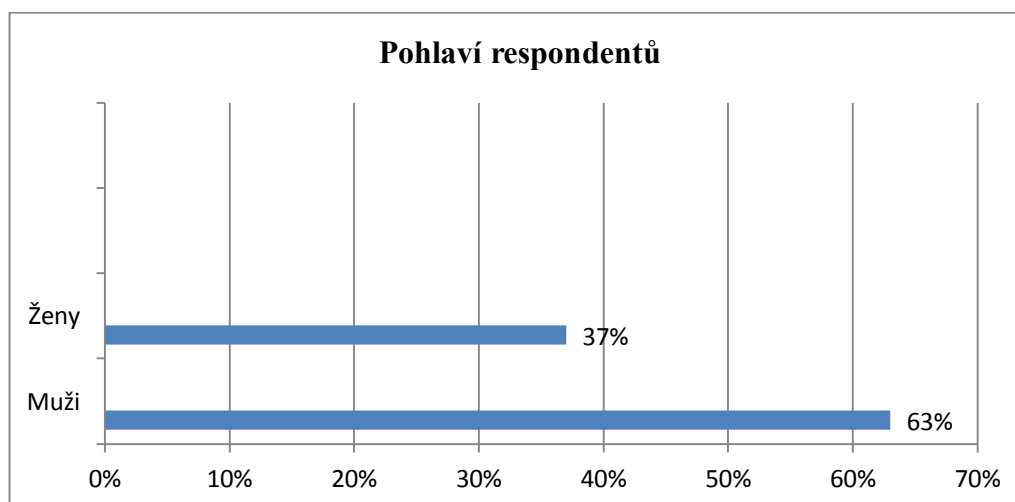
5.1. Zpracování dotazníku

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Muž	60	63
Žena	35	37
CELKEM	95	100

Graf 1 Pohlaví respondentů



Komentář:

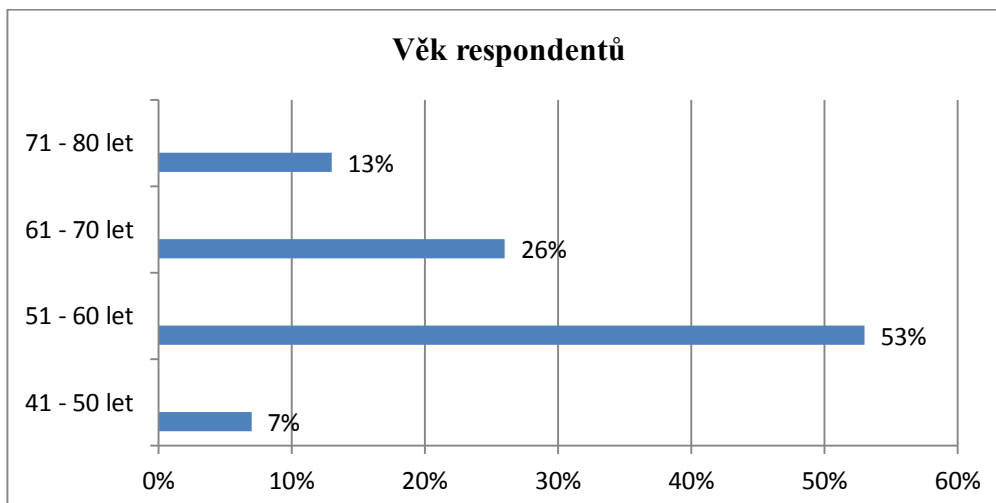
Průzkumný vzorek tvořilo celkem 95 (100 %) respondentů, z toho 60 (63 %) mužů a 35 (37 %) žen.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tabulka 2 Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
41 – 50 let	7	7
51 – 60 let	50	53
61 – 70 let	26	27
71 – 80 let	12	13
CELKEM	95	100

Graf 2 Věk respondentů



Komentář:

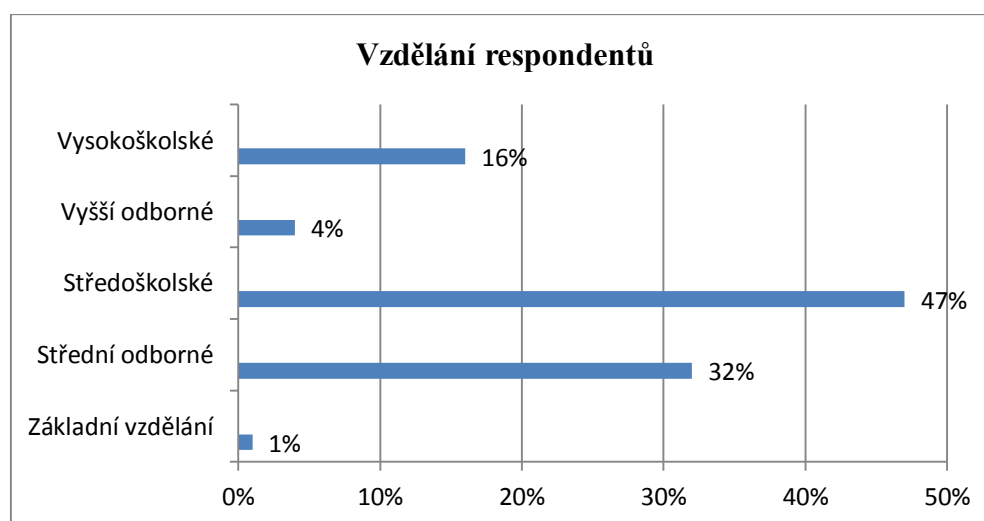
50 (53 %) respondentů má věk 51 – 60 let, 26 (27 %) respondentů má 61 – 70 let, 71 – 80 let má 12 (13 %) respondentů a 7 (7 %) respondentů má věk 41 – 50 let.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 3 Vzdělání respondentů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Základní vzdělání	1	1
Střední odborné bez maturity	30	32
Středoškolské vzdělání s maturitou	45	47
Vyšší odborné vzdělání	4	4
Vysokoškolské vzdělání	15	16
Celkem	95	100

Graf 3 Vzdělání respondentů



Komentář:

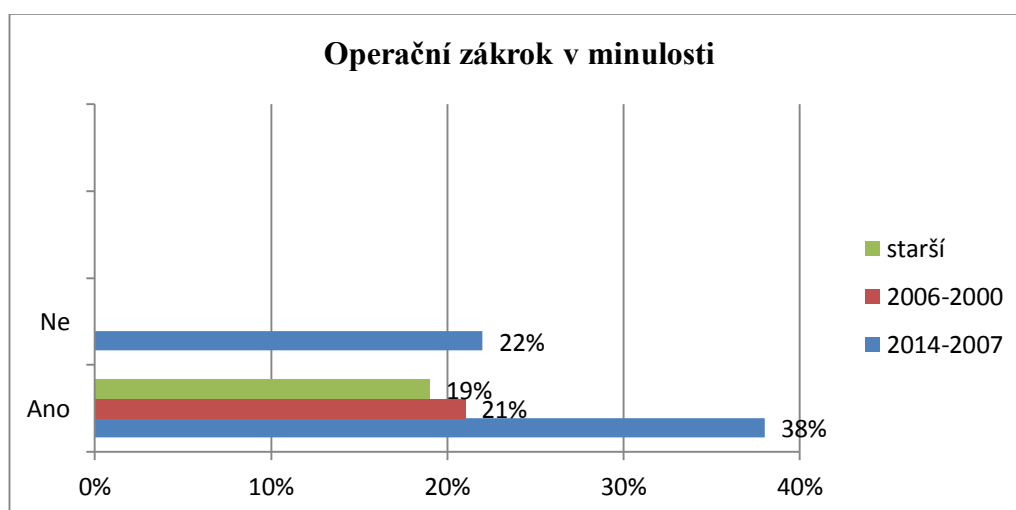
1 (1 %) respondent dosáhl základního vzdělání, 30 (32 %) respondentů dosáhlo středního odborného vzdělání bez maturity, středoškolského vzdělání s maturitou dosáhlo 45 (47 %) respondentů, vyššího odborného vzdělání dosáhli 4 (4%) respondenti a vysokoškolského vzdělání dosáhlo 15 (16 %) respondentů.

Otázka č. 4: Podstoupil(a) jste již v minulosti nějaký operační zákrok?

Tabulka 4 Operační zákrok v minulosti

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, uveďte rok		
2014 – 2007	36	38
2006 - 2000	20	21
Starší	18	19
Ne	21	22
Celkem	95	100

Graf 4 Operační zákrok v minulosti



Komentář:

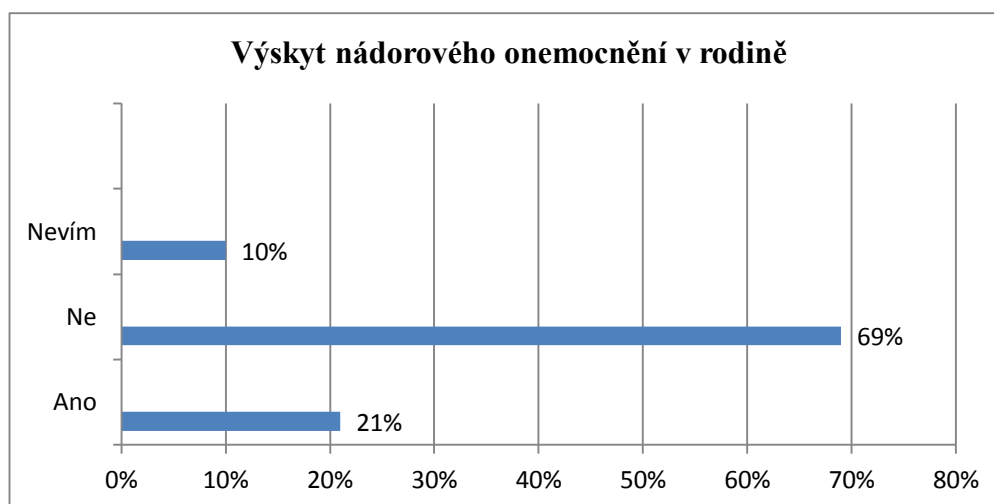
Z celkového počtu dotazovaných operační zákrok v letech 2014 - 2007 podstoupilo 36 (38 %) respondentů, v letech 2006 – 2000 podstoupilo operační zákrok 20 (21 %) respondentů. Operační zákrok starší více než uvedené rozmezí, podstoupilo 18 (19 %) respondentů. Žádnou zkušenost s operačním výkonem uvedlo 21 (22 %) respondentů.

Otázka č. 5: Vyskytlo se ve Vaší rodině nádorové onemocnění tlustého střeva?

Tabulka 5 Výskyt nádorového onemocnění tlustého střeva v rodině

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	20	21
Ne	65	69
Nevím	10	10
Celkem	95	100

Graf 5 Výskyt nádorového onemocnění tlustého střeva v rodině



Komentář:

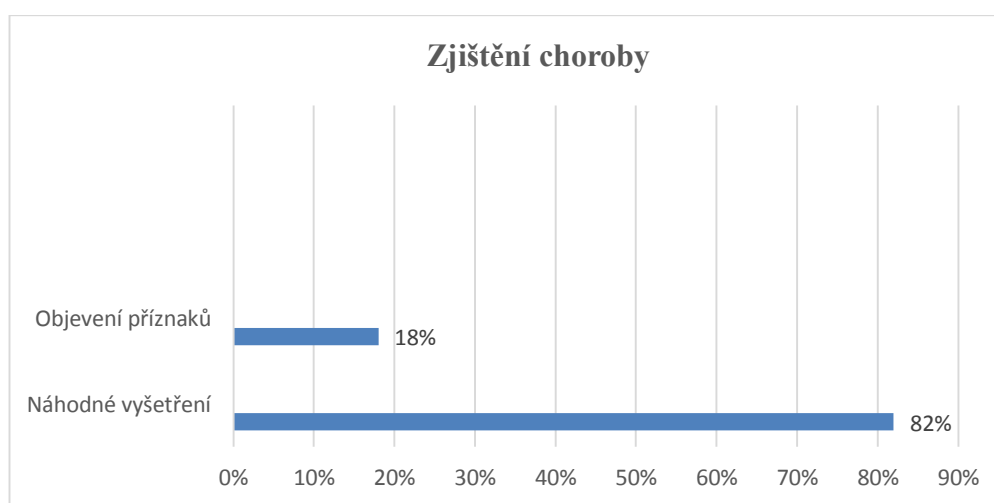
Výskyt nádorového onemocnění v rodině uvedlo 20 (21 %) respondentů, 65 (69%) respondentů nevedlo výskyt nádorového onemocnění v rodině a 10 (1 %) neví, zda se onemocnění v rodině vyskytlo.

Otázka č. 6: Jak Vám byla choroba zjištěna?

Tabulka 6 Zjištění choroby

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Náhodné vyšetření	78	82
Objevení příznaků	17	18
Celkem	95	100

Graf 6 Zjištění choroby



Komentář:

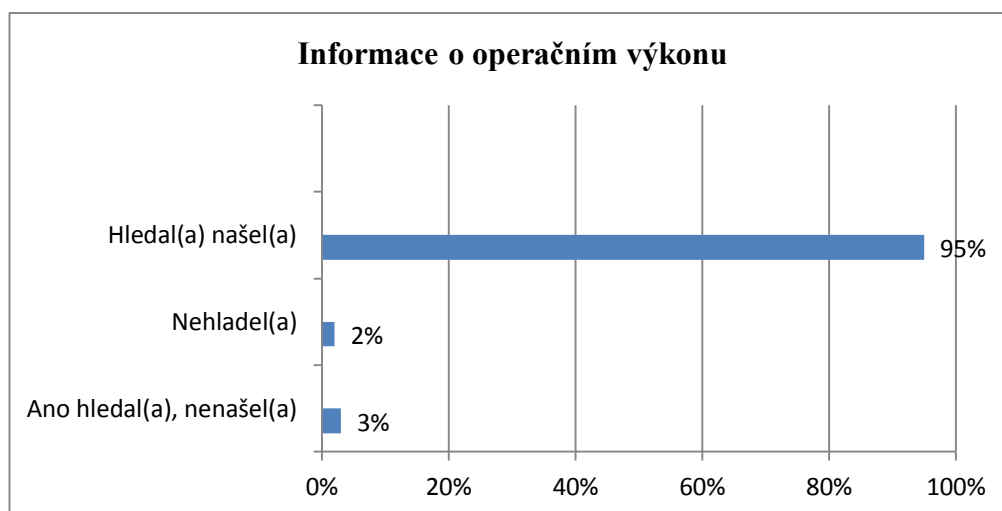
Z celkového počtu 95 (100 %) respondentů, 78 (82 %) respondentů uvedlo zjištění choroby náhodným vyšetřením a 17 (18 %) respondentů uvedlo zjištění nemoci až s objevením příznaků.

Otázka č. 7: Hledal(a) jste nějaké informace týkající se operačního výkonu u nádorového onemocnění tlustého střeva?

Tabulka 7 Informace o operačním výkonu

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, hledal(a), ale nenašel(a)	3	3
Nehledal(a)	2	2
Ano, hledal(a), a našel(a)	90	95
Celkem	95	100

Graf 7 Informace o operačním výkonu



Komentář:

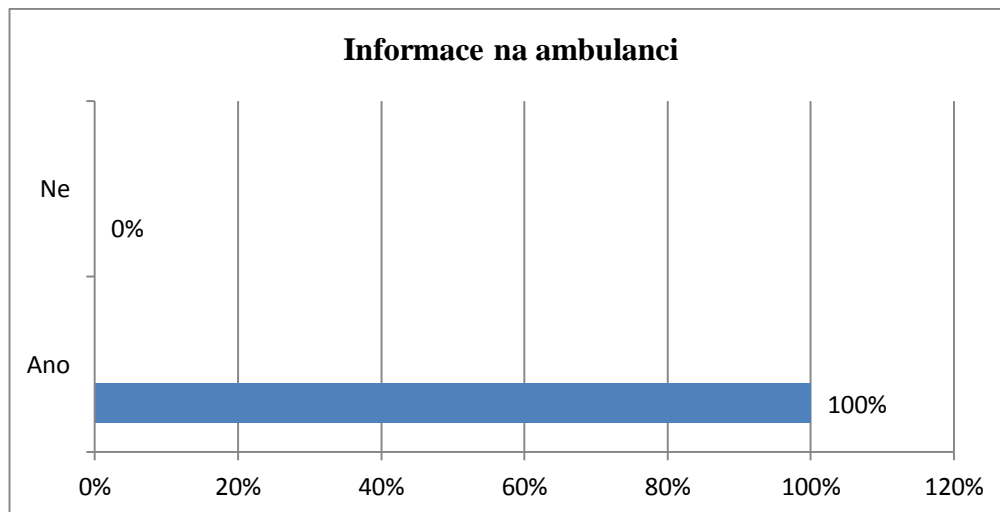
90 (95 %) respondentů potvrdilo, že informace o operačním výkonu hledali a našli, 2 (2 %) respondenti nehledali a 3 (3 %) respondenti potvrdili, že informace hledali, ale nenašli je.

Otázka č. 8: Byly Vám na chirurgické ambulanci předány informace týkající se Vašeho operačního výkonu před nástupem k hospitalizaci? Pokud nikoliv, odpovězte na otázku č. 10.

Tabulka 8 Předání informací na chirurgické ambulanci

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	95	100
Ne	0	0
Celkem	95	100

Graf 8 Informace na ambulanci



Komentář:

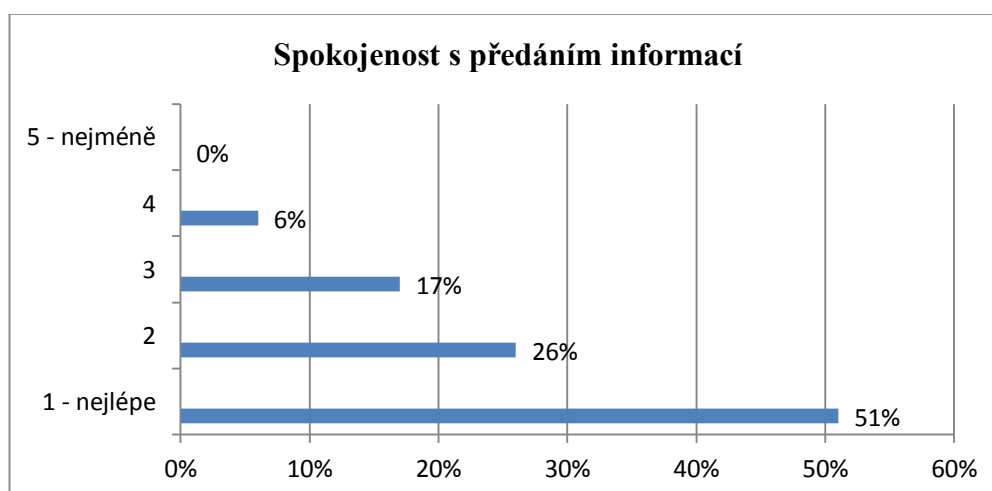
95 (100 %) respondentů uvedlo, že bylo informováno na ambulanci o operačním výkonu před nástupem k hospitalizaci.

Otázka č. 9: Jak jste byl(a) s předáním informací spokojen(a)?

Tabulka 9 Spokojenost s předáním informací

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
1 - nejlépe	48	51
2	25	26
3	16	17
4	6	6
5 - nejméně	0	0
Celkem	95	100

Graf 9 Spokojenost s předáním informací



Komentář:

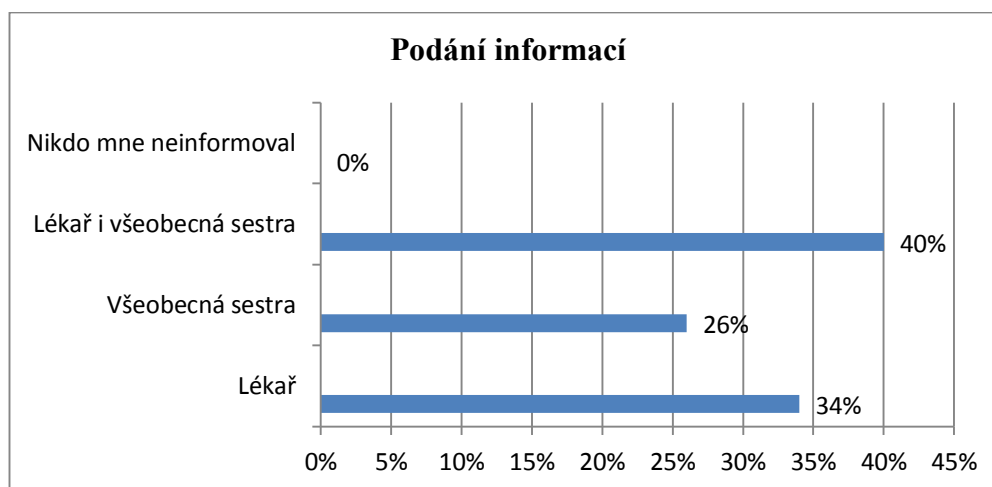
48 (51 %) respondentů hodnotí předání informací 1 (nejlépe), 25 (26 %) respondentů hodnotí 2, 16 (17 %) respondentů hodnotí 3, 6 (6 %) respondentů hodnotí 4, 5 jako nejmenší spokojenost s předáním informací nevedl nikdo. Průměrná známka s předáním informací je 1,78.

Otázka č. 10: **Informace o předoperačním vyšetření, nástupu k hospitalizaci a co vše si vzít sebou do nemocnice Vám byly podány.**

Tabulka 10 Podání informací

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Lékařem	32	34
Všeobecnou sestrou	25	26
Lékařem i všeobecnou sestrou	38	40
Nikdo mne neinformoval	0	0
Celkem	95	100

Graf 10 Podání informací



Komentář:

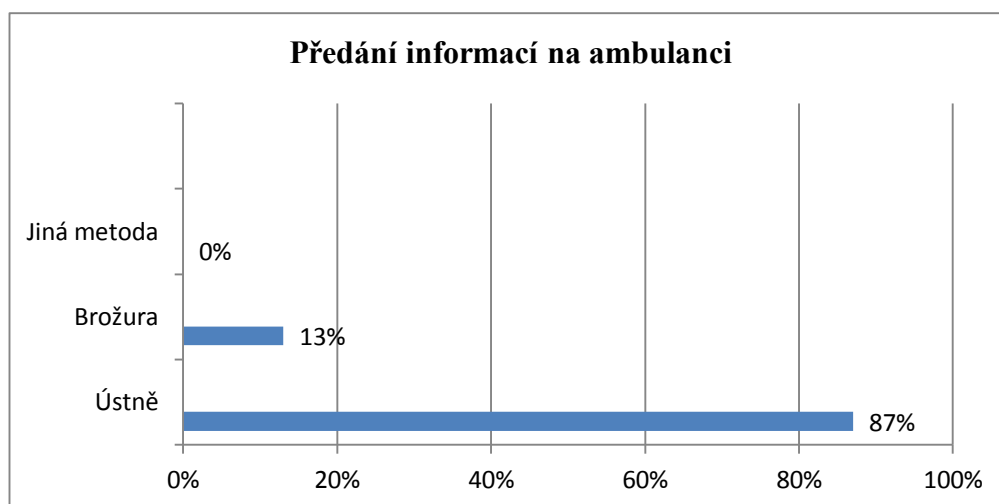
Z celkového počtu 95 (100%) respondentů bylo 32 (34 %) respondentů informováno lékařem, 25 (26 %) respondentů informováno všeobecnou sestrou a 38 (40 %) respondentů informováno všeobecnou sestrou i lékařem. Žádný respondent neuvedl, že by jej nikdo neinformoval.

Otázka č. 11: Jakým způsobem vám byly předány informace na ambulanci?

Tabulka 11 Předání informací na ambulanci

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ústně	83	87
Brožura, letáček	12	13
Jiná metoda	0	0
Celkem	95	100

Graf 11 Předání informací na ambulanci



Komentář:

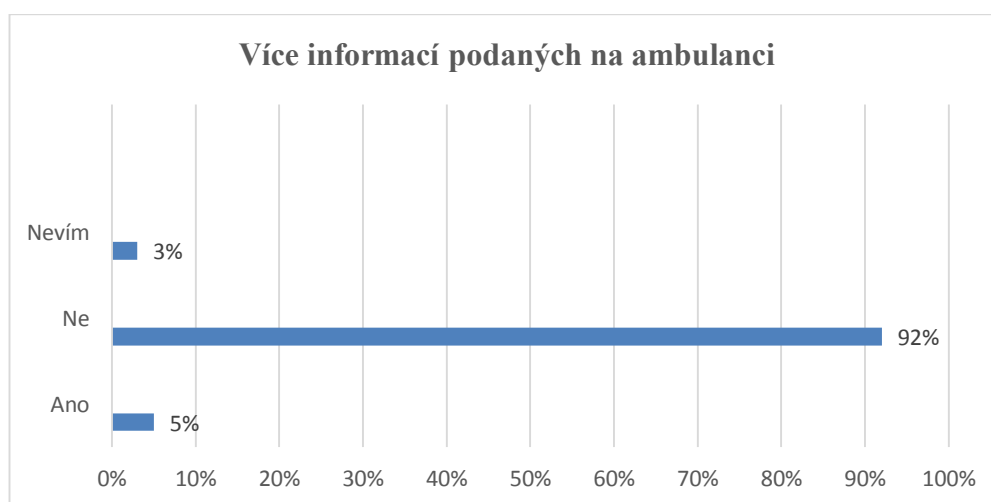
Většina dotázaných respondentů 83 (87 %) uvedla předání informací na ambulanci ústně, 12 (13 %) respondentů uvedlo předání informací brožurou či letáčkem a jinou metodu nevedl žádný respondent.

Otázka č. 12: **Přivítal(a) by jste více informací o nemoci a operačním zákroku, které Vám byly podané na ambulanci?**

Tabulka 12 Více informací podaných na ambulanci

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	5	5
Ne	87	92
Nevím	3	3
Celkem	95	100

Graf 12 Více informací podaných na ambulanci



Komentář:

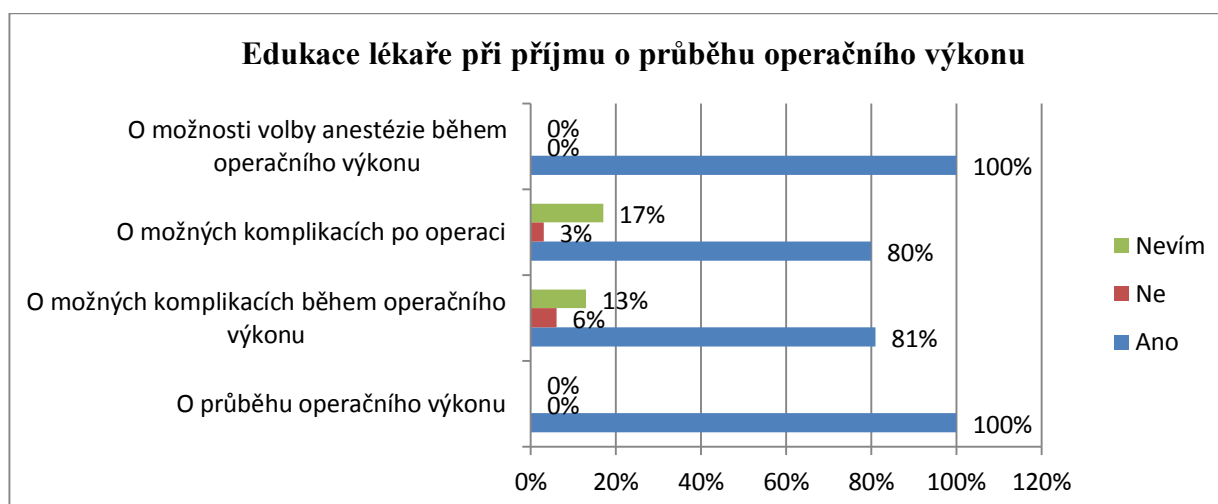
Tato otázka zjišťovala, zda by pacienti přivítali více informací o nemoci a operačním zákroku podaných na ambulanci. 5 (5 %) respondentů více informací přivítá, 87 (92 %) respondentů je s informacemi spokojeno a 3 (3 %) respondenti neví, zda by přivítalo více informací.

Otázka č. 13: Edukoval Vás při příjmu na oddělení lékař o?

Tabulka 13 Edukace lékaře při příjmu na oddělení

Edukace lékařem	Ano		Ne		Nevím		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a) Průběhu operačního výkonu	95	100	0	0	0	0	95	100
b) Možných komplikací během operačního výkonu	77	81	6	6	12	13	95	100
c) Možných komplikací po operaci	76	80	2	3	16	17	95	100
d) Možnosti volby anestézie během operačního výkonu	95	100	0	0	0	0	95	100

Graf 13 Edukace lékaře při příjmu o průběhu operačního výkonu



Komentář:

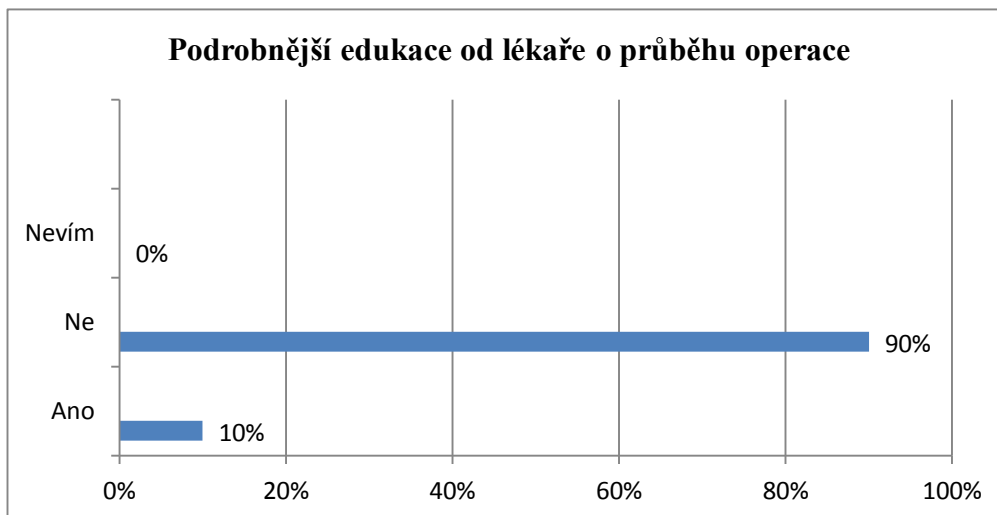
Výsledná data odhalila, že 95 (100 %) respondentů bylo edukováno lékařem při příjmu o průběhu operačního výkonu. Edukováno lékařem o možných komplikacích během operačního výkonu bylo 77 (81 %) respondentů, ne uvedlo 6 (6 %) respondentů a nevím uvedlo 12 (13 %) respondentů. 76 (80 %) respondentů potvrdilo edukaci lékařem o možných komplikacích, ne uvedli 2 (3 %) respondenti a 16 (17 %) respondentů neví. O možnosti volby anestézie během operačního výkonu bylo edukováno lékařem 95 (100 %) respondentů.

Otázka č. 14: **Přivítal(a) byste podrobnější edukaci od lékaře o průběhu operace?**

Tabulka 14 Podrobnější edukace od lékaře o průběhu operace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	10	10
Ne	80	90
Nevím	0	0
Celkem	95	100

Graf 14 Podrobnější edukace od lékaře o průběhu operace



Komentář:

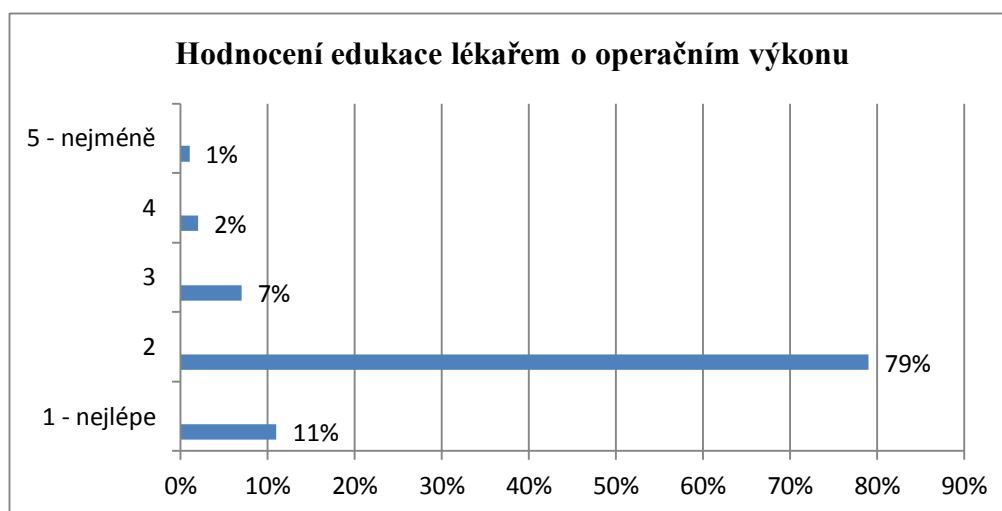
Na otázku č. 14 odpovědělo „ne“ 80 (90 %) respondentů. Odpověď „ano“ zvolilo 10 (10 %) respondentů, „nevím“ neodpověděl nikdo.

Otázka č. 15: Jak hodnotíte edukaci lékaře o operačním výkonu?

Tabulka 15 Hodnocení edukace lékaře o operačním výkonu

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
1 - nejlépe	10	11
2	75	79
3	7	7
4	2	2
5 - nejméně	1	1
Celkem	95	100

Graf 15 Hodnocení edukace lékaře o operačním výkonu



Komentář:

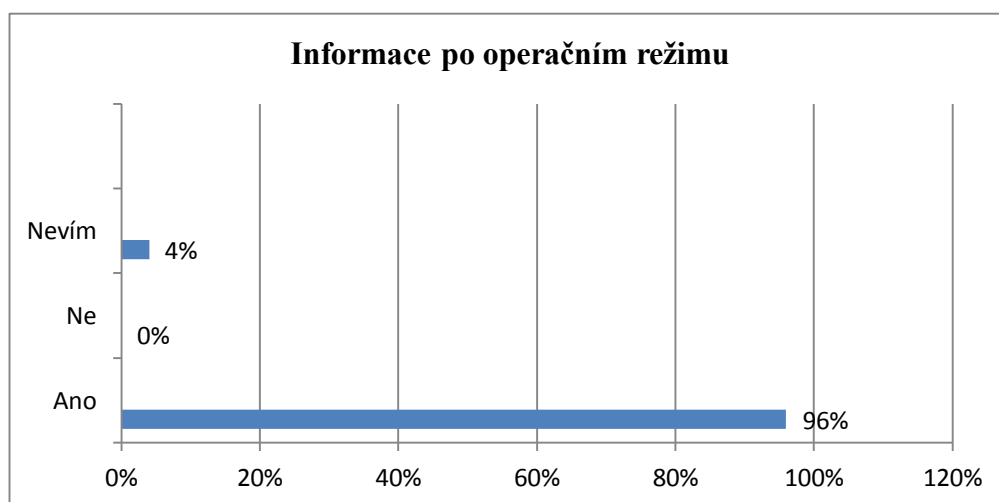
10 (11 %) respondentů hodnotilo edukaci lékařem nejlépe, 75 (79 %) respondentů známkovalo za 2, za 3 hodnotilo 7 (7 %) respondentů, čtyřkou ohodnotili edukaci 2 (1 %) respondenti a pětkou 1 (1 %) respondent. Výsledná známka edukace v průměru je 2,04.

Otázka č. 16: **Byly Vám podány informace o pooperačním režimu (např. pobyt na JIP, přítomnost drénů, kdy Vám budou vytažovat stehy, režim po propuštění z nemocnice)?**

Tabulka 16 Informace o pooperačním režimu

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	91	96
Ne	0	0
Nevím	4	4
Celkem	95	100

Graf 16 Informace po pooperačním režimu



Komentář:

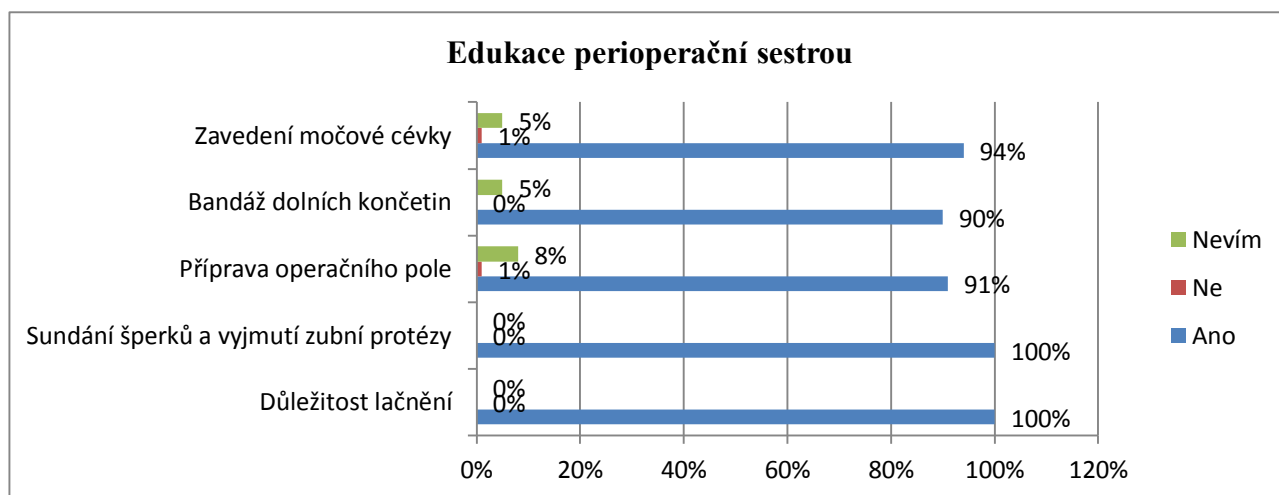
91 (96 %) respondentů bylo informováno o pooperačním režimu, 4 (4 %) respondenti si informace nepamatují či neví a žádný respondent nevěděl, že by mu informace nebyly předány.

Otázka č. 17: Edukovala Vás perioperační sestra v předoperační fázi o?

Tabulka 17a Edukace perioperační sestrou

Edukace perioperační sestrou	Ano		Ne		Nevím		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a) Důležitost být před operací lačný a nekouřit	95	100	0	0	0	0	95	100
b) Sundání náušnic, prstenů, řetízku a vyjmutí zubní protézy	95	100	0	0	0	0	95	100
c) Přípravě operačního pole	86	91	1	1	8	8	95	100
d) Bandáži dolních končetin	90	95	0	0	5	5	95	100
e) Zavedení močové cévky	89	94	1	1	5	5	95	100

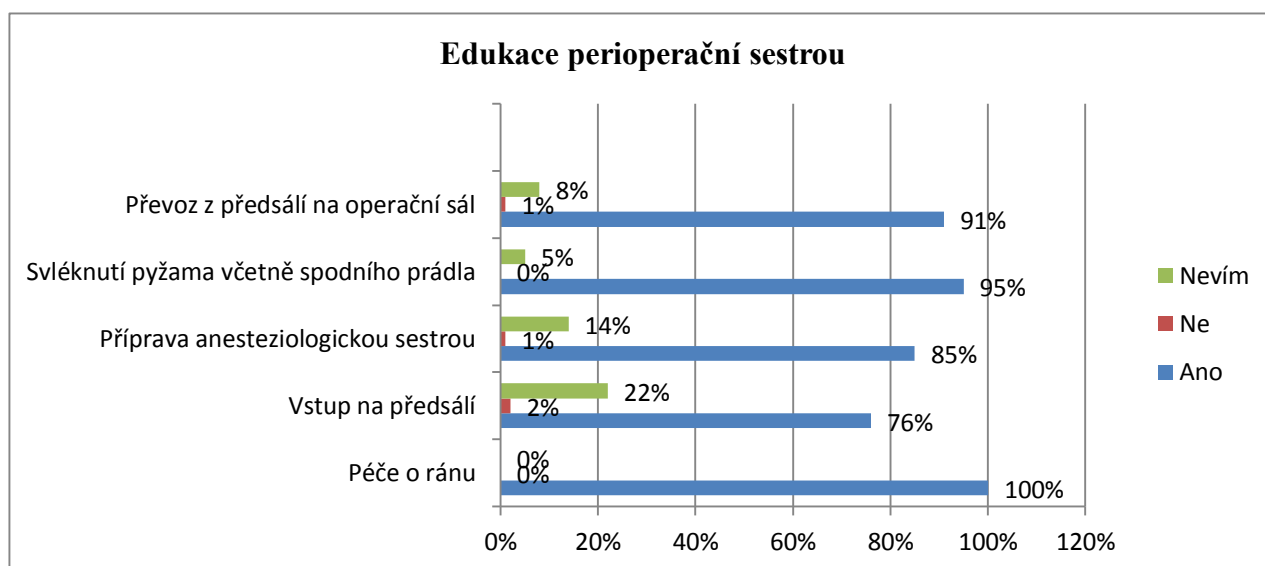
Graf 17a Edukace perioperační sestrou



Tabulka 17b Edukace perioperační sestrou

Edukace perioperační sestrou	Ano		Ne		Nevím		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
f)Péči o ránu	95	100	0	0	0	0	95	100
g)Vstupu na předšálí	72	76	2	2	21	22	95	100
h)Převzetí anesteziologickou sestrou a zajištění žilní linky	81	85	1	1	13	14	95	100
ch)Uložení na lůžku a svléknutí pyžama včetně spodního prádla	90	95	0	0	5	5	95	100
i)Převozu z předšálí na operační sál	86	91	1	1	8	8	95	100

Graf 17b Edukace perioperační sestrou



Komentář:

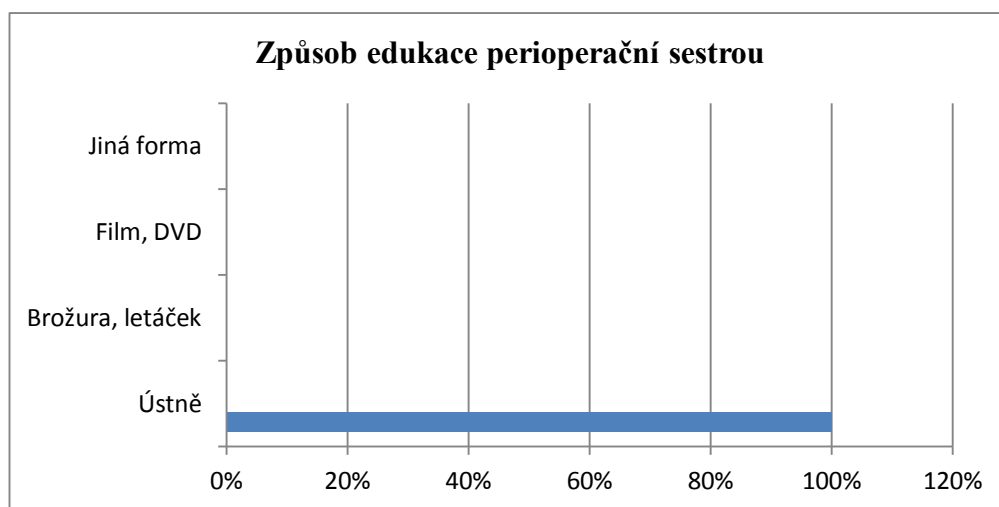
Na otázku 17a odpovědělo 95 (100 %) respondentů „ano“ a stejný počet 95 (100 %) respondentů odpovědělo na otázku 17b. U otázky 17c odpovědělo 86 (91 %) respondentů „ano“, „ne“ 1 (1 %) respondent a „nevím“ 8 (8 %) respondentů. Na otázku 17d odpovědělo „ano“ 90 (95 %) respondentů, „ne“ neodpověděl žádný respondent a „nevím“ 5 (5 %) respondentů. Otázka 17e odhalila odpověď „ano“ u 89 (94 %) respondentů, „ne“ u 1 (1 %) respondent a „nevím“ u 5 (5 %) respondentů. Na otázku 17f odpovědělo 95 (100 %) respondentů „ano“. Výsledná data u otázky 17g uvádí odpověď „ano“ 72 (76 %) respondentů, „ne“ 2 (2 %) respondenti a „nevím“ 21 (21 %) respondentů. Na otázku 17h odpovědělo „ano“ 81 (85 %) respondentů, „ne“ 1 (1 %) respondent a „neví“ 13 (14 %) respondentů. U otázky 17ch odpovědělo 90 (95 %) respondentů „ano“, odpověď „ne“ nevedl nikdo a „nevím“ 5 (5 %) respondentů. Výsledná data u otázky 17i uvádí odpověď „ano“ 86 (91 %) respondentů, „ne“ 1 (1 %) respondent a „nevím“ 8 (8 %) respondentů.

Otázka č. 18: Jakým způsobem probíhala edukace perioperační sestrou?

Tabulka 18 Způsob edukace perioperační sestrou

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ústně	95	100
Brožura, letáček	0	0
Film, DVD	0	0
Jiná forma	0	0
Celkem	95	100

Graf 18 Způsob edukace perioperační sestrou



Komentář:

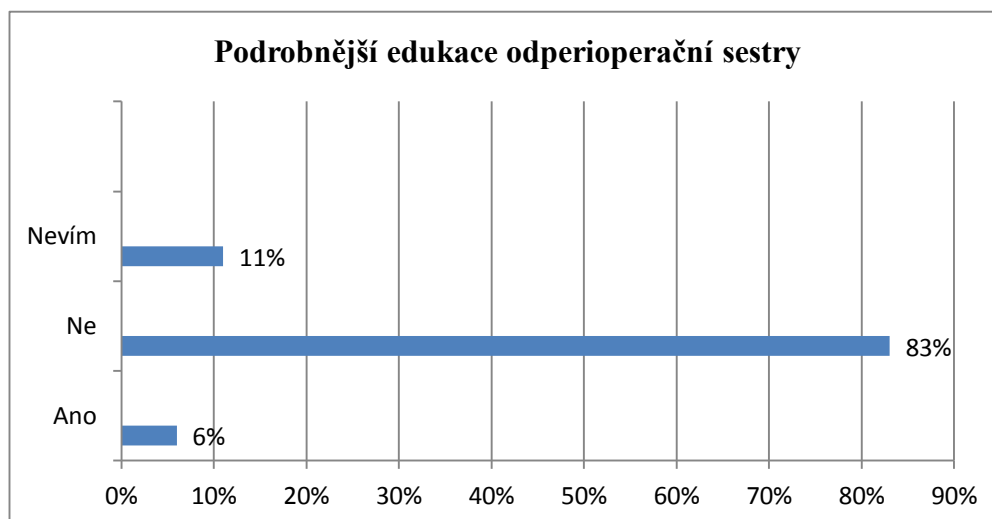
Jak vyplývá z tabulky číslo 18 a grafu č. 18 95 (100 %) respondentů potvrdilo ústní edukaci perioperační sestrou.

Otázka č. 19: **Uvítal(a) byste podrobnější edukaci od sestry perioperační péče?**

Tabulka 19 Podrobnější edukace od perioperační sestry

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	6	6
Ne	79	83
Nevím	10	11
Celkem	95	100

Graf 19 Podrobnější edukace od perioperační sestry



Komentář:

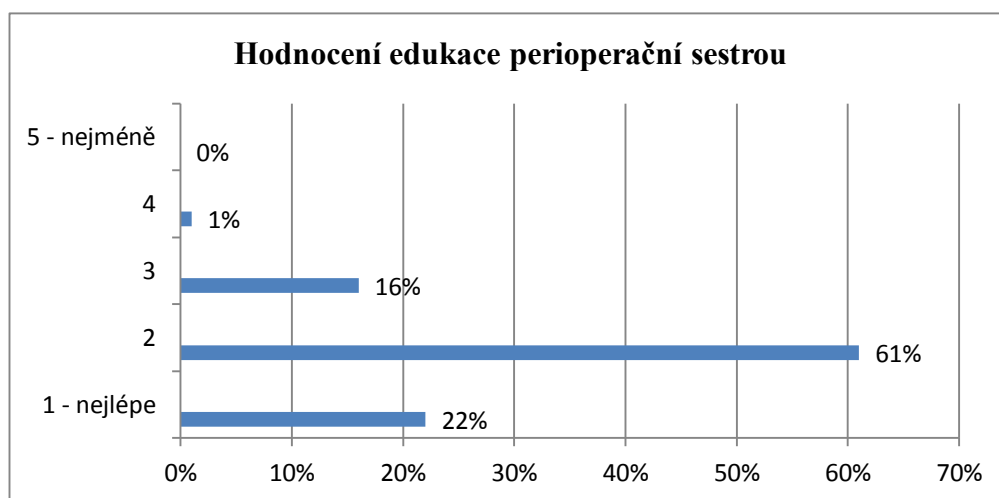
Na otázku číslo 19 odpovědělo „ano“ 6 (6 %) respondentů, „ne“ 79 (83 %) respondentů a „nevím“ 10 (11 %) respondentů.

Otázka č. 20: Jak hodnotíte edukaci perioperační sestrou?

Tabulka 20 Hodnocení edukace perioperační sestrou

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
1 - nejlépe	21	22
2	58	61
3	15	16
4	1	1
5 - nejméně	0	0
Celkem	95	100

Graf 20 Hodnocení edukace perioperační sestrou



Komentář:

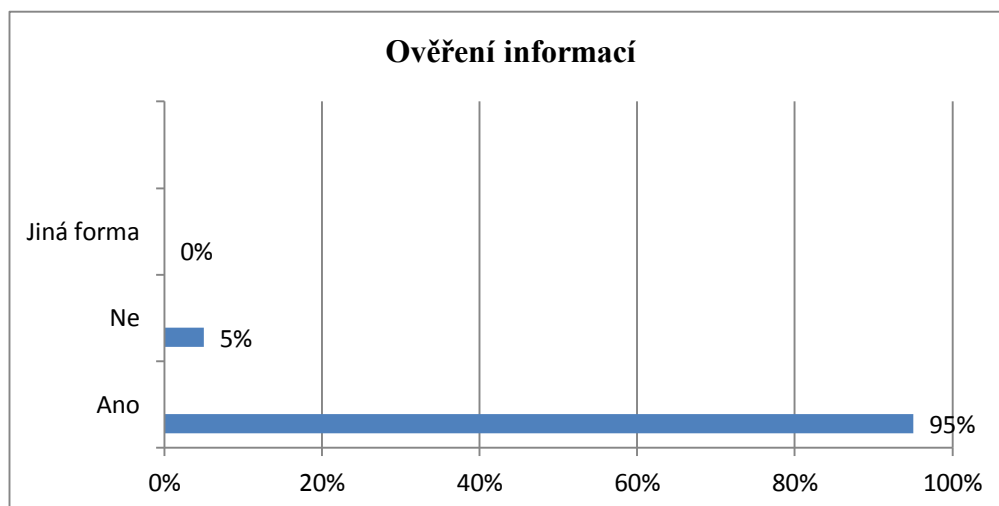
Nejlépe hodnotí edukaci 21 (22 %) respondentů, známkou 2 hodnotí 58 (61 %) respondentů, hodnocení 3 uvedlo 15 (16 %) respondentů, čtyřku hodnotil 1 (1 %) respondent a 5 nehodnotil žádný respondent. Průměrná známka je 1,95.

Otázka č. 21: **Proběhlo u Vás ověření, zda jste podaným informacím rozuměl(a)?**

Tabulka 21 Ověření informací

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	90	95
Ne	5	5
Jiná forma	0	0
Celkem	95	100

Graf 21 Ověření informací



Komentář:

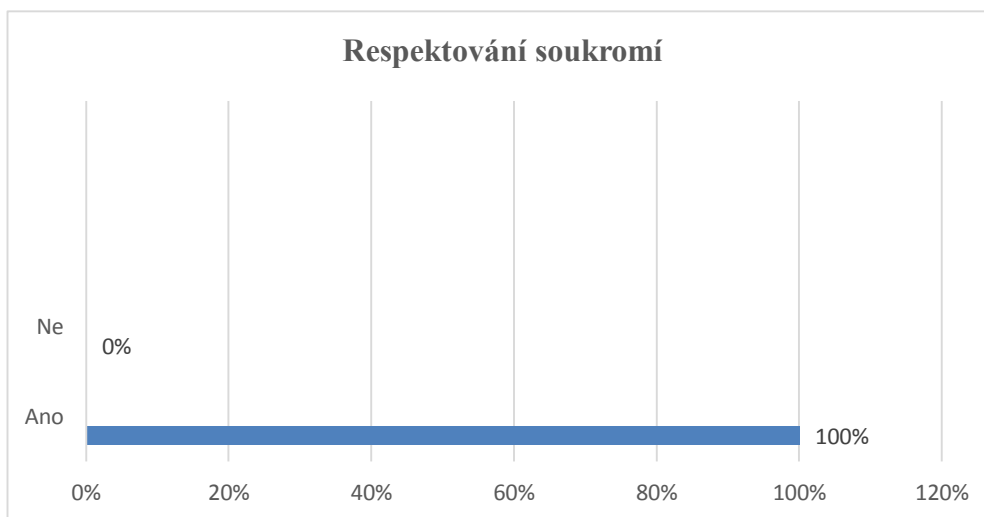
Na otázku č. 21 odpověděli respondenti takto: 90 (95 %) respondentů odpovědělo „ano“ a 5 (5 %) respondentů odpovědělo „ne“, jinou formu ověření informací nevedl nikdo.

Otázka č. 22: Při edukaci perioperační sestrou bylo respektováno Vaše soukromí?

Tabulka 22 Respektování soukromí

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	95	100
Ne	0	0
Celkem	95	100

Graf 22 Respektování soukromí



Komentář:

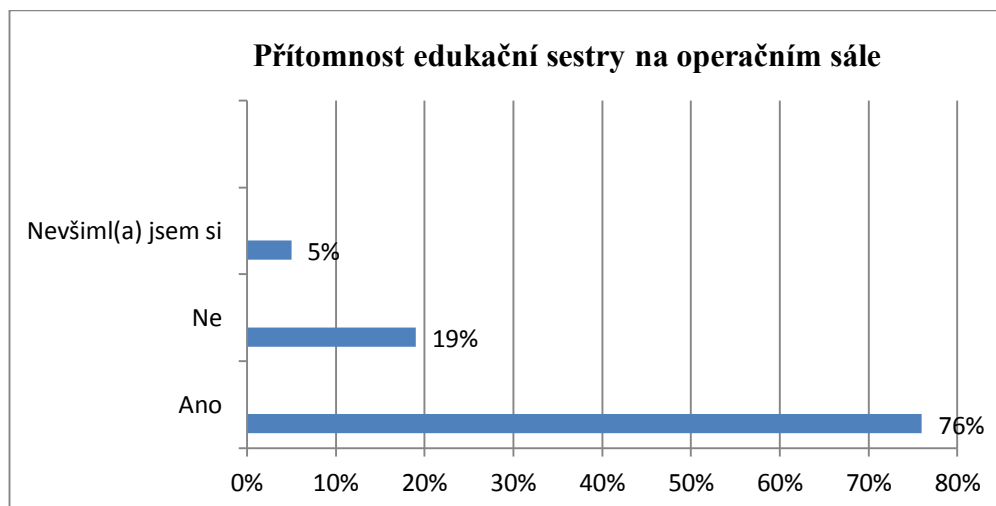
Jak je patrné z tabulky č. 22 a grafu č. 22, 95 (100 %) respondentů uvedlo, že jejich soukromí bylo respektováno.

Otázka č. 23: Sestra, která prováděla edukaci, byla přítomna i na operačním sále a informovala vás o tom, jaký bude další postup?

Tabulka 23 Přítomnost edukační sestry na operačním sále

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	72	76
Ne	18	19
Nevšiml(a) jsem si	5	5
Celkem	95	100

Graf 23 Přítomnost edukační sestry na operačním sále



Komentář:

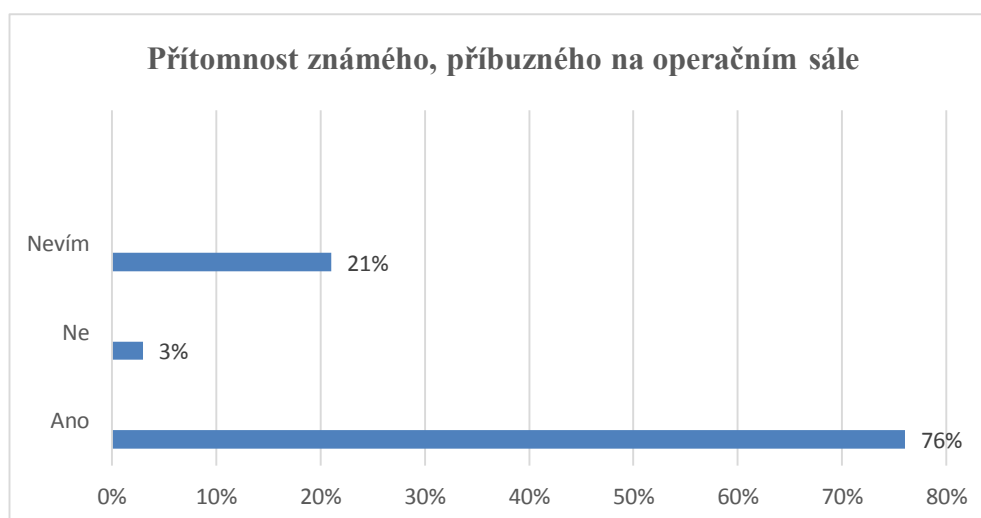
Na otázku č. 23 odpovědělo 72 (76 %) respondentů odpovědí „ano“, „ne“ odpovědělo 18 (19 %) respondentů a přítomnosti sestry si nevšimlo 5 (5 %) respondentů.

Otázka č. 24: **Přivítal(a) by jste přítomnost někoho známého, příbuzného na operačním sále?**

Tabulka 24 Přivítání přítomnosti známého, příbuzného na operačním sále

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	72	76
Ne	3	3
Nevím	20	21
Celkem	95	100

Graf 24 Přivítání přítomnosti známého, příbuzného na operačním sále



Komentář:

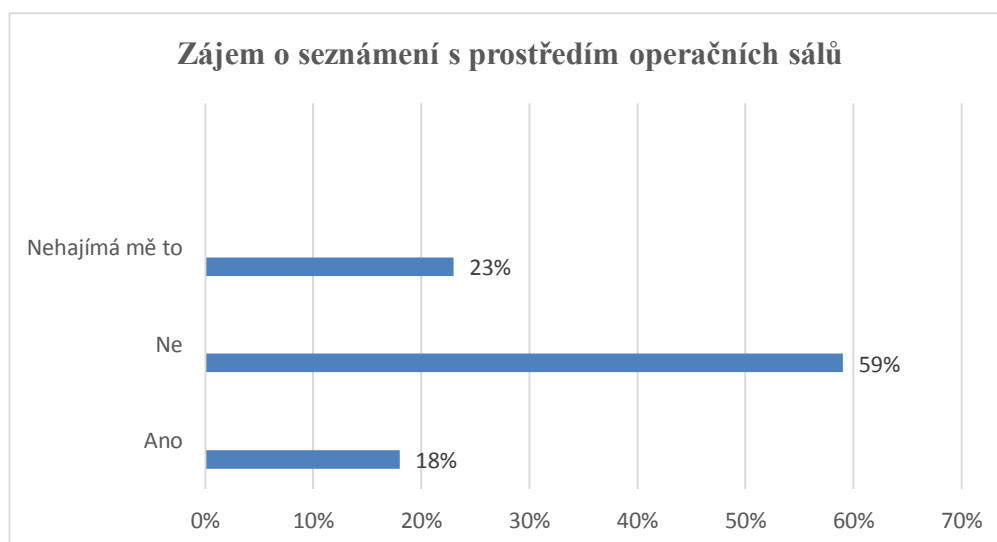
Na tuto otázku č. 24 odpovědělo 72 (76 %) respondentů „ano“, „ne“ odpověděli 3 (3 %) respondenti a „nevím“ odpovědělo 20 (21 %) respondentů.

Otázka č. 25: V případě možnosti, měl(a) by jste zájem seznámit se s prostředím operačního sálu jeho prohlídkou?

Tabulka 25 Zájem o seznámení s prostředím operačních sálů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	17	18
Ne	56	59
Nezajímá mě to	22	23
Celkem	95	100

Graf 25 Zájem o seznámení s prostředím operačních sálů



Komentář:

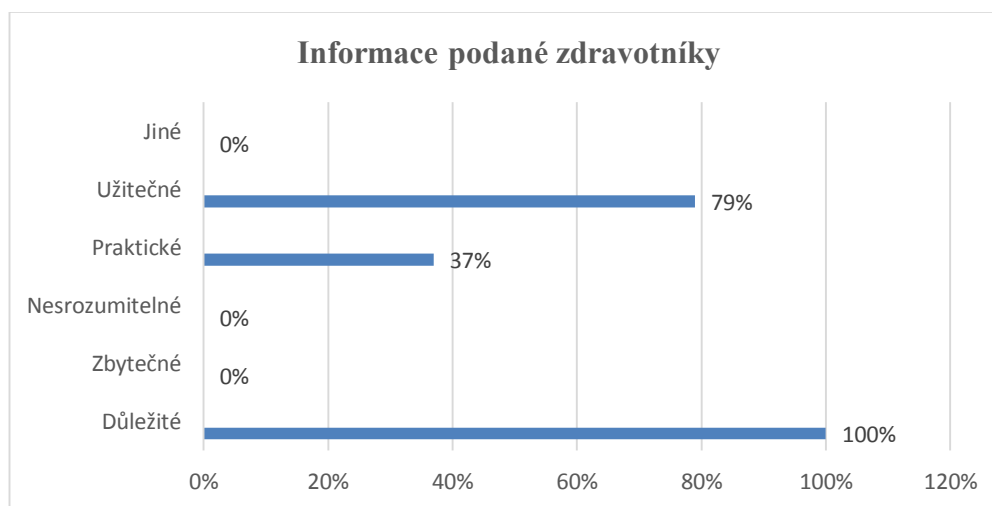
Na otázku č. 25 odpovědělo 17 (18 %) respondentů „ano“, odpověď „ne“ uvedlo 56 (59 %) respondentů a u možnosti „nezajímá mě to“ odpovědělo 22 (23 %) respondentů.

Otázka č. 26: **Informace podané zdravotníky byly pro mě (možno označit více odpovědí současně):**

Tabulka 26 Informace podané zdravotníky

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Důležité	95	100
Zbytečné	0	0
Nesrozumitelné	0	0
Praktické	35	37
Užitečné	75	79
Jiné	0	0

Graf 26 Informace podané zdravotníky



Komentář:

95 (100 %) respondentů uvádí důležitost podaných informací, 35 (37 %) respondentů informace považuje za praktické a 75 (79 %) respondentů považuje informace za užitečné. Žádný respondent neuvedl odpověď zbytečné, nesrozumitelné či jiné.

5 DISKUSE

Diskuze je zaměřená na vyhodnocení stanovených cílů. Tématem bakalářské práce byla edukace pacientů s nádorovým onemocněním tlustého střeva perioperační sestrou. K porovnání průzkumu bakalářské práce, bylo použito výsledků kvantitativního dotazníkového šetření diplomové práce s názvem „Povědomí osob starších 45 let o možnostech prevence kolorektálního karcinomu“ od Bc. Alžběty Mudrákové, kterou obhájila na Masarykově univerzitě v Brně, bakalářská práce Martiny Barnetové s názvem „Informovanost pacientů před operačním výkonem“, kterou obhájila na Masarykově univerzitě v Brně, bakalářská práce Kateřiny Klusákové s názvem „Spokojenost pacientů s komunikací personálu na operačním sále“, kterou obhájila na Masarykově univerzitě v Brně, dále jsem použila výsledků kvantitativního dotazníkového šetření bakalářských prací, které byly zaměřeny na edukaci pacientů v chirurgických oborech, to byly bakalářské práce Lucie Malotové s názvem „Edukace pacienta po odstranění žlučníku“, kterou obhájila na Masarykově univerzitě v Brně, bakalářská práce Markéty Schwarzové s názvem „Úroveň perioperační edukace pacientů všeobecnými sestrami“, kterou obhájila na Vysoké škole Polytechnické v Jihlavě a bakalářská práce od Lenky Feňové s názvem „Edukace žen před plánovanou operací section caesarea“, kterou obhájila na Masarykově univerzitě v Brně. V rámci praktické části bylo zpracováno průzkumné šetření, které mělo zodpovědět otázku, zda jsou pacienti přijatí na chirurgické oddělení, za účelem plánovaného operačního výkonu pro nádor tlustého střeva dostatečně informováni o perioperační péči. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak jsou pacienti s KRK informováni o předoperační přípravě. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaké informace mají pacienti o intraoperační a pooperační péči. Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda jsou pacienti spokojeni s edukací lékaře a perioperační sestry. Průzkumné šetření probíhalo od prosince 2014 do března 2015. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 95 pacientů z toho 63 mužů a 35 žen. *Podle nejnovějších dat GLOBOCAN z roku 2012 stojí česká populace mužů ve výskytu KRK v evropském přehledu na 3. místě za Slovenskem a Maďarskem, u žen potom obsazujeme 10. nejvyšší pozici v Evropě. Populační zátěž je skutečně vysoká, ročně je v ČR nově diagnostikováno kolem 8000 pacientů s tímto karcinomem a zhruba 4000 pacientů na něj zemře. U mužů je incidence i mortalita kolorektálního karcinomu vyšší než u žen (DUŠEK, L. et al., 2015)*

V dotazníkovém šetření odpovídali pacienti ve věku 41 – 80 let, největší skupinou 50 respondentů byli pacienti ve věku 51 – 60 let. Za ní byla skupina 26 respondentů, ve věku 61 – 70 let, 12 respondentů ve věku 71 - 80 let, a poslední skupina 7 respondentů byla ve věku 41 – 50 let. Podle Českého statistického úřadu bylo v roce 2012 největší zastoupení seniorské populace ve věkové skupině od „71 let a více“, což nekoresponduje s naším souborem respondentů, kdy do této věkové kategorie bylo zařazeno pouze 13 % respondentů. U otázky č. 3, nejvyšší dosažené vzdělání, byla nejpočetnější skupina 45

respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou, 30 respondentů má střední odborné vzdělání bez maturity, 15 respondentů má vysokoškolské vzdělání, 4 respondenti vyšší odborné vzdělání a 1 respondent základní vzdělání.

U otázky č. 4 můžeme konstatovat, že 74 respondentů podstoupilo již nějaký operační zákrok v minulosti a 21 respondentů podstoupilo operační zákrok poprvé a mělo novou zkušenost. Výskytem nádorového onemocnění v rodině se zabývala otázka č. 5, kdy 21 % respondentů označilo „pozitivní rodinnou anamnézu“, 69 % respondentů udalo, že se v jejich rodině pozitivní anamnéza nevyskytuje, možnost „nevím“ udalo 10 % respondentů. Výsledek šetření můžeme porovnat s podobným výsledkem diplomové práce od Mudrákové. Průzkumným šetřením jsme u otázky č. 6 potvrdily zjištění choroby náhodným vyšetřením u 78 respondentů a u 17 respondentů byla choroba zjištěna objevením příznaků nemoci, to je téměř jedna pětina respondentů, tuto skutečnost také uvádí odborná literatura.

Dílčí cíl 1. Zjistit, jak jsou pacienti před plánovaným operačním výkonem pro KRK informováni o předoperační přípravě.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 7, 8, 10, 11, 12, 17, 18, 19, 22.

V otázce č. 7 respondenti odpovídali na to, zda hledali nějaké informace o operačním výkonu u nádorového onemocnění tlustého střeva. 90 respondentů informace hledalo a našlo, 3 respondenti hledali, ale nenašli a 2 žádné informace nehledali. Výsledky nám potvrdily, že respondenti různých věkových kategorií jsou schopni vyhledávat informace k dané problematice. 95 respondentů odpovědělo „ano“ na otázku č. 8 o předání informací na chirurgické ambulanci o operačním výkonu před nástupem k hospitalizaci. Výsledek nám potvrdil důležitost edukace od objednání pacienta k operaci na ambulanci až k příjmu pacienta k hospitalizaci. Pacient tak dostává dostatek času na zpracování informací, které získal. U otázky č. 10, 38 respondentů bylo informováno lékařem i všeobecnou sestrou o předoperačním vyšetření, nástupu k hospitalizaci a co vše si vzít sebou do nemocnice, 32 respondentů tyto informace získalo od lékaře, 25 respondentů od všeobecné sestry. Tato výsledná data nám potvrdila edukaci lékařem i všeobecnou sestrou a tím pozornost personálu a kvalitu péče.

U otázky č. 11 bylo předání informací na ambulanci provedeno ústně u 83 respondentů a brožurou či letáčkem u 12 respondentů. K podobnému výsledku dospěla ve své bakalářské práci také Malotová, která uvádí, že verbální způsob komunikace je praktičtější a častější než komunikace nonverbální. Při ústním předávání informací má respondent možnost klást různé doplňující otázky, kterým neporozuměl a dostane na ně okamžitou odpověď. V otázce č. 12 respondenti odpovídali, zda by přivítali více informací o nemoci a operačním zákroku, které jim byly podané na ambulanci, 87

respondentů bylo s informacemi spokojeno, 5 respondentů by více informací přivítalo a 3 respondenti odpověděli „nevím“. Lze konstatovat, že informovanost o operačním zákroku je pro pacienty dostačující. Edukace perioperační sestrou byla položena v otázce č. 17, u všech položek této otázky byla kladná odpověď edukace vyšší jak 75 %, tento fakt nám ukazuje, že většina dotázaných byla edukována perioperační sestrou. Správným poučením pacientů lze zcela jistě předejít případným komplikacím, které mohou vzniknout nedodržením pokynů před operací. K podobným výsledkům došla ve své bakalářské práci i Schwarzová. Otázka č. 18 o způsobu edukace perioperační sestrou uvedlo ústní edukaci 95 (100 %) respondentů tento výsledek nekoreponduje s výsledkem, ke kterému došla ve své bakalářské práci Bernetová, která uvádí ústní formu edukace u 56 % respondentů. V otázce č. 19 respondenti odpovídali, zda by uvítali podrobnější edukaci od sestry perioperační péče, 79 respondentům edukace vyhovovala, 6 respondentů by uvítalo další informace a 10 respondentů „neví“. Zde můžeme konstatovat, že edukace perioperační sestrou je dostačující. Otázka č. 22, zda bylo respektováno soukromí při edukaci perioperační sestrou, 100 % respondentů potvrdilo respektování soukromí, to jsou pro nás velmi potěšující výsledky, které jsou srovnatelné s bakalářskou prací od Klusákové, která uvádí korektní a zdvořilé respektování soukromí u 97 % respondentů.

Dílčí cíl č. 2. Zjistit, jak jsou pacienti před plánovaným výkonem pro KRK informováni o intraoperační a pooperační péči.

K tomuto cíli se vztahují otázky 13, 14, 16, 23, 24, 25.

Otázka č. 13 zda byli pacienti edukováni při příjmu na oddělení lékařem, 95 respondentů bylo edukováno o průběhu operačního výkonu a možnosti volby anestezie během operačního výkonu. O možných komplikacích během výkonu bylo edukováno 77 respondentů, 76 respondentů bylo edukováno o možných komplikacích po operaci. Zde můžeme konstatovat, že edukace byla provedena zejména o průběhu operačního výkonu a o možnosti volby anestezie, stejných výsledků bylo potvrzeno v bakalářské práci od Feňové. U otázky č. 14, zda by pacienti přivítali podrobnější edukaci od lékaře o průběhu operace jsou také srovnatelné s výsledky bakalářské práce od Feňové. Otázka č. 16, kde 91 respondentů udalo informovanost o pooperačním režimu a 4 respondenti udali „nevím, nepamatuji si“, to jsou výsledky srovnatelné s bakalářskou prací od Malotové. Otázka č. 23, zda sestra, která prováděla edukaci, byla přítomna na operačním sále a informovala pacienta o tom, jaký bude další postup, 72 respondentů potvrdilo přítomnost perioperační sestry na sále, která jej edukovala. Tato výzkumná otázka potvrdila článek z časopisu Sestra od Matlochové. U otázky č. 24, zda by pacienti přivítali přítomnost někoho známého či příbuzného na operačním sále, odpovědělo

72 respondentů kladně. Zde můžeme konstatovat zájem pacientů mít někoho blízkého na operačním sále v této nelehké situaci, ale má to svá úskalí, které uvádí ve své publikaci Vondráček (2008, s. 27): *Praxe ukazuje, že přítomnost neoborníků přihlížejících poskytované chirurgické péči vede nejen ke stížnostem, ale i k trestnímu oznámení na zdravotnické pracovníky, kteří péči poskytovali, a proto je oprávněně poskytovateli péče odmítána.* U otázky č. 25, zda by měli respondenti zájem seznámit se s prostředím operačních sálů, odpovělo „ano“ 17 respondentů, 56 respondentů nemá zájem se seznámit s tímto prostředím a „nevím“ udalo 22 respondentů. Zde jsme došli ke stejným výsledkům jako v bakalářské práci od Klusákové.

Dílčí cíl č. 3. Zjistit zda jsou pacienti spokojeni s edukací lékaře a perioperační sestry. K tomuto cíli se vztahují otázky 9, 15, 20, 21, 26.

Otázka č. 9, zda respondenti byli spokojeni s předáním informací na ambulanci, použili respondenti známkování jako ve škole, jedničkou hodnotilo 48 respondentů, dvojkou by oznámkovalo 25 respondentů, trojkou 16 respondentů, čtyřku by dalo 6 respondentů a pětku žádný respondent. Průměrná známka spokojenosti předání informací na ambulanci byla 1,78. V otázce č. 15 respondenti hodnotili edukaci lékaře o operačním, výkonu. Opět respondenti známkovali, jedničkou oznámkovalo 10 respondentů, dvojkou 75 respondentů, trojkou 7 respondentů, čtyřkou oznámkovali 2 respondenti a v této položce byla i jedna pětka, přesto průměrná známka byla 2,04. Hodnocení edukace perioperační sestrou, byla otázka č. 20, kde se respondenti opět vžily do role učitele a známkovali. Jedničkou oznámkovalo 21 respondentů, dvojkou 58 respondentů, trojkou 15 respondentů a čtyřkou 1 respondent, nikdo nedal pětku. Průměrná známka edukace perioperační sestrou byla 1,95. Výsledky těchto výzkumných otázek jsou srovnatelné s výsledky v bakalářské práci od Feňové. U otázky č. 21 proběhlo ověření porozumění edukace u 90 respondentů dotazem „*Rozuměl(a) jste všemu?*“, „ne“ odpovědělo 5 respondentů. Zde můžeme konstatovat, že ověření porozumění edukace se provádí a je velmi důležitá zpětná vazba, zda pacient všemu porozuměl. Takto poučený pacient lépe dokáže rozpoznat příznaky nadcházejících komplikací ještě v začátcích a tím se může uspišit eventuální následná léčba. U otázky č. 26 mohli respondenti označit více odpovědí, 95 respondentů kladlo důraz na to, že informace podané zdravotníky byly pro ně „důležité“, 35 respondentů uvedlo „praktické“, 75 respondentů uvedlo „užitečné“, žádný z respondentů neuvedl možnost „zbytečné“ či „nesrozumitelné“. Tento výsledek můžeme považovat za velmi pozitivní a přínosný jak pro pacienty tak i pro ošetřující personál,

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na edukaci pacientů s nádorovým onemocněním tlustého střeva perioperační sestrou. V bakalářské práci byl vytyčen hlavní cíl, který zněl „Zjistit informovanost pacientů s nádorovým onemocněním tlustého střeva o perioperační péči“. Tento hlavní cíl byl doplněn 3 dílčími cíli.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část popisuje nádorové onemocnění tlustého střeva, etiologii, lokalizaci, symptomatologii, prognózu a prevenci. Dále v teoretické části je popsána edukace, její fáze a edukace perioperační sestrou v praxi. V praktické části jsou stanoveny cíle. Pro získání dat potřebných pro realizaci průzkumu byl použit nestandardizovaný dotazník pro pacienty s nádorovým onemocněním tlustého střeva. Výsledky jsou zhodnocené a popsány pomocí grafů a tabulek. Zjištěná data týkající se sociodemografických otázek potvrzují tvrzení odborné literatury. Otázky, které tvořily jednotlivé cíle přinesly v některých případech překvapivé výsledky. Jak pozitivní tak i negativní. Dle výsledků průzkumu můžeme říct, že pacienti jsou edukováni o perioperační péči, sami jsou si schopni vyhledávat informace o dané problematice, jsou dobře edukováni při ambulantním objednání včetně edukace lékařem o výkonu a komplikacích, jisté nedostatky se vyskytují u edukace perioperační sestrou, která probíhá ve Vojenské nemocnici Olomouc pouze ústně. Proto edukační brožura s fotografickou dokumentací, která vznikla jako výstup této práce bude použita pro praxi, abychom edukovaným pacientům přiblížily prostředí operačních sálů a mohli je lépe připravit k operačnímu výkonu. Správnou edukací pacientů před operačním výkonem v celkové anestezii můžeme předejít případným komplikacím, které mohou vzniknout při nedodržení těchto pokynů před operací a velký vliv má na to i práce perioperační sestry. Předoperační edukace pacientů perioperační sestrou by měla být součástí kvalitní ošetrovatelské péče.

„Dokonce i nemoc se stane přijatelnější, víš-li, že jsou nablízku lidé, kteří na tvé uzdravení čekají jako na svátost.“ (Anton Pavlovič Čechov)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

HOLUBEC, Luboš et al., 2004. *Kolorektální karcinom – současné možnosti diagnostiky a léčby*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0636-9.

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

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

KUBEROVÁ, Helena, ©2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.

KUDLOVÁ, Pavla, TOMANOVÁ, Danuška, 2004. *Strukturní elementy edukace*. In KOLEKTIV AUTORŮ. *Ošetrovatelství perspektivní věda i umění*. Vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1156-7.

LAWRENCE, Way a kol., 1998. *Současná chirurgická diagnostika a léčba 2.díl*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-397-9.

MATLOCHOVÁ, Eva. 2012. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*. Praha. č. 2, s. 41. ISSN 1210-0404.

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

ŠIMKOVÁ, Věra a Eva NAVRÁTILOVÁ, 2007. Edukace pacienta periopareční sestrou. *Sestra*. 2007, č. 7, s. 21. ISSN 1210-0404.

VONDRÁČEK, Lubomír, VONDRÁČEK, Jiří, ©2008. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2629-8.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ, Hilda VORLÍČKOVÁ, a kol., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.

WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ, Ivana ŠTEFKOVÁ, ©2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Galén. ISBN 978-80-7262-894-0.

WICHSOVÁ, Jana et al., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3754-6.

Internetové zdroje:

DUŠEK, L., ZAVORAL, M., MÁJEK, O., SUCHÁNEK, Š., MUŽÍL, J., PAVLÍK, T., ŠNAJDROVÁ, L., GREGOE, J. *Kolorektum.cz – Program kolorektálního screeningu v České*

republice [online]. Masarykova univerzita, Brno, 2015. [cit. 2015-04-21]. Dostupný z www: <http://www.kolorectum.cz> ISSN 1804-0888.

BARNETOVÁ, Martina, 2013. *Informovanost pacientů před operačním výkonem*. [online]. Brno [2015-05-06]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/381418/lf_b/

Český statistický úřad. Vývoj obyvatelstva České republiky v roce 2012. [online]. [cit. 2015-04-05]. Dostupné z <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/4007-12>

FENŇOVÁ, Lenka. 2011. *Edukace žen před plánovanou operací sectio caesarea*. [online]. Brno [2015-05-06]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Dostupné z

http://is.muni.cz/th/326259/lf_b/Bakalarska_prace.pdf?info=1;zpet=https:%2F%2Ftheses.cz%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DEdukace%20%20C5%BEen%20p%20%20C5%99ed%20pl%20C3%A1novanou%20operac%20C3%AD%20sectio%20caesarea%26start%3D1.

KLUSÁKOVÁ, Kateřina, 2010. *Spokojenost pacientů s komunikací zdravotnického personálu na operačním sále* [online]. Brno [2015-05-08]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/258618/lf_b/>.

MALOTOVÁ, Lucie, 2009. *Edukace pacienta po odstranění žlučníku*. [online]. Brno [2015-05-06]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/176627/lf_b_a2/

MUDRÁKOVÁ, Alžběta, 2014. *Povědomí osob starších 45 let o možnosti prevence kolorektálního karcinomu*. [online]. Brno [2015-05-06]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/418067/lf_m/>.

Český statistický úřad. Vývoj obyvatelstva České republiky v roce 2012. [online]. 20. 3. 2014 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/4007-12>

SCHWARZOVÁ, Markéta, 2014. *Úroveň perioperační edukace pacientů všeobecnými sestrami*. [online]. Jihlava [2015-05-06]. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická. Katedra zdravotnických studií. Dostupné z <https://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/20696/thema/4083>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
CA 19-9	tumor-asociovaný antigen
CEA	karcioembryonální antigen
CRM	Clear rectal margin
cit.	citováno
CT	Výpočetní tomografie
č.	číslo
DME	of the mesorectal extension
KRK	kolorektální karcinom
MRI	magnetická rezonance
např.	například
PET	pozitronová emisní tomografie
RFA	radiofrekvenční ablace
RTG	rentgenové vyšetření
s	strana
TEM	transanální endoskopická mikrochirurgie
TME	totální mezoraktální excize
TOKS	test okultního krvácení do stolice
tj.	to je
tzv.	tak zvané

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	<i>Pohlaví respondentů</i>	35
Tabulka 2	<i>Věk respondentů</i>	36
Tabulka 3	<i>Vzdělání respondentů</i>	37
Tabulka 4	<i>Operační zákrok v minulosti</i>	38
Tabulka 5	<i>Výskyt nádorového onemocnění tlustého střeva v rodině</i>	39
Tabulka 6	<i>Zjištění choroby</i>	40
Tabulka 7	<i>Informace o operačním výkonu</i>	41
Tabulka 8	<i>Předání informací na chirurgické ambulanci</i>	42
Tabulka 9	<i>Spokojenost s předáním informací</i>	43
Tabulka 10	<i>Podání informací</i>	44
Tabulka 11	<i>Předání informací na ambulanci</i>	45
Tabulka 12	<i>Více informací podaných na ambulanci</i>	46
Tabulka 13	<i>Edukace lékaře při příjmu na oddělení</i>	47
Tabulka 14	<i>Podrobnější edukace od lékaře o průběhu operace</i>	49
Tabulka 15	<i>Hodnocení edukace lékaře o operačním výkonu</i>	50
Tabulka 16	<i>Informace o pooperačním režimu</i>	51
Tabulka 17a	<i>Edukace perioperační sestrou</i>	52
Tabulka 17b	<i>Edukace perioperační sestrou</i>	53
Tabulka 18	<i>Způsob edukace perioperační sestrou</i>	55
Tabulka 19	<i>Podrobnější edukace od perioperační sestry</i>	56
Tabulka 20	<i>Hodnocení edukace perioperační sestrou</i>	57
Tabulka 21	<i>Ověření informací</i>	58
Tabulka 22	<i>Respektování soukromí</i>	59
Tabulka 23	<i>Přítomnost edukační sestry na operačním sále</i>	60
Tabulka 24	<i>Přivítání přítomnosti známého, příbuzného na operačním sále</i>	61
Tabulka 25	<i>Zájem o seznámení s prostředím operačních sálů</i>	62
Tabulka 26	<i>Informace podané zdravotníky</i>	63

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	<i>Pohlaví respondentů</i>	35
Graf 2	<i>Věk respondentů</i>	36
Graf 3	<i>Vzdělání respondentů</i>	37
Graf 4	<i>Operační zákrok v minulosti</i>	38
Graf 5	<i>Výskyt nádorového onemocnění tlustého střeva v rodině</i>	39
Graf 6	<i>Zjištění choroby</i>	40
Graf 7	<i>Informace o operačním výkonu</i>	41
Graf 8	<i>Předání informací na chirurgické ambulanci</i>	42
Graf 9	<i>Spokojenost s předáním informací</i>	43
Graf 10	<i>Podání informací</i>	44
Graf 11	<i>Předání informací na ambulanci</i>	45
Graf 12	<i>Více informací podaných na ambulanci</i>	46
Graf 13	<i>Edukace lékaře při příjmu na oddělení</i>	47
Graf 14	<i>Podrobnější edukace od lékaře o průběhu operace</i>	49
Graf 15	<i>Hodnocení edukace lékaře o operačním výkonu</i>	50
Graf 16	<i>Informace o pooperačním režimu</i>	51
Graf 17a	<i>Edukace perioperační sestrou</i>	52
Graf 17b	<i>Edukace perioperační sestrou</i>	53
Graf 18	<i>Způsob edukace perioperační sestrou</i>	55
Graf 19	<i>Podrobnější edukace od perioperační sestry</i>	56
Graf 20	<i>Hodnocení edukace perioperační sestrou</i>	57
Graf 21	<i>Ověření informací</i>	58
Graf 22	<i>Respektování soukromí</i>	59
Graf 23	<i>Přítomnost edukační sestry na operačním sále</i>	60
Graf 24	<i>Přivítání přítomnosti známého, příbuzného na operačním sále</i>	61
Graf 25	<i>Zájem o seznámení s prostředím operačních sálů</i>	62
Graf 26	<i>Informace podané zdravotníky</i>	63

SEZNAM PŘÍLOH

- P I** Nestandardizovaný dotazník pro pacienty o předoperační edukaci
- P II** Povolení dotazníkového šetření
- P III** Edukační brožura „*Edukace pacienta s nádorovým onemocněním tlustého střeva perioperační sestrou*“

PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK

Dotazník pro pacienty o předoperační edukaci

Dobrý den,

jmenuji se Renáta Minxová a jsem studentkou 3. Ročníku studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Tímto Vás prosím o pečlivé vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem Edukace pacienta s nádorovým onemocněním tlustého střeva perioperační sestrou. Veškeré informace, které mi prostřednictvím tohoto dotazníku poskytnete, budou zcela anonymní a budou použity výhradně k výzkumným účelům v rámci mé bakalářské práce.

Správné odpovědi prosím zaškrtněte.

Děkuji Vám za ochotu a čas strávený vyplňováním dotazníku.

1. Jste muž žena

2. Uveďte, prosím, Váš věk

3. Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

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

4. Podstoupil(a) jste již v minulosti nějaký operační zákrok?

- a) ano – uveďte, v jakém roce
- b) ne

5. Vyskytlo se ve Vaší rodině nádorové onemocnění tlustého střeva?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

6. Jak Vám byla choroba zjištěna?

- a) Při náhodném vyšetření
- b) Objevily se u mě příznaky nemoci (střídání průjmů a zácpy, nadýmání, bolesti břicha, stužkovitá stolice)

7. Hledal(a) jste nějaké informace týkající se operačního výkonu u nádorového onemocnění tlustého střeva?

- a) ano, hledal(a), ale nenašel(a)
- b) nehledal(a)
- c) ano, hledal(a) a našel(a)

8. Byly Vám na chirurgické ambulanci předány informace týkající se Vašeho operačního výkonu před nástupem k hospitalizaci? Pokud nikoliv, odpovězte na otázku č. 10.

- a) ano
- b) ne

9. Jak jste byl(a) s předáním informací spokojen(a):

Známky 1 (nejlépe), 5 (nejméně)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

10. Informace o předoperačním vyšetření, nástupu k hospitalizaci a co vše si vzít sebou do nemocnice Vám byly podány:

- a) lékařem
- b) všeobecnou sestrou
- c) lékařem i všeobecnou sestrou
- d) nikdo mne neinformoval

11. Jakým způsobem Vám byly předány informace na ambulanci?

- a) ústně
- b) brožurou, letáčkem
- c) jinou metodou, uveďte jakou

12. Přivítal(a) by jste více informací o nemoci a operačním zákroku, které Vám byly podané na ambulanci?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Edukoval Vás při příjmu na oddělení lékař o? (zvolenou odpověď zakroužkujte)

a)	průběhu operačního výkonu	ano	ne	nevím
b)	možných komplikacíh během	ano	ne	nevím

	operačního výkonu			
c)	možných komplikací po operaci	ano	ne	nevím
d)	možnosti volby anestezie během operačního výkonu	ano	ne	nevím

14. Přivítal(a) by jste podrobnější edukaci od lékaře o průběhu operace?

a) ano – uveďte, prosím, o čem.....

b) ne

c) nevím

15. Jak hodnotíte edukaci lékaře o operačním výkonu:

Známky 1 (nejlépe), 5 (nejméně)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

16. Byly Vám podány informace o pooperačním režimu (např. pobyt na JIP, přítomnost drénů, kdy Vám budou vyťahovat stehy, režim po propuštění z nemocnice)?

a) ano

b) ne

c) nevím, nepamatuji si

17. Edukovala Vás perioperační sestra v předoperační fázi o: (zvolenou odpověď zakroužkujte)

a)	důležitosti před operací být lačný a pokud jste kuřák, nekouřit	ano	ne	nevím
b)	sundání náušnic, prstenů, řetízků, vyjmutí zubní protézy	ano	ne	nevím
c)	přípravě operačního pole	ano	ne	nevím
d)	bandáži dolních končetin	ano	ne	nevím
e)	zavedení močové cévky	ano	ne	nevím
f)	pěči o ránu	ano	ne	nevím
h)	vstupu na předsálí	ano	ne	nevím
ch)	tom, že si Vás převezme anesteziologická sestra, která Vám zajistí žilní linku	ano	ne	nevím
i)	uložení na lůžko a o svléknutí pyžama včetně spodního prádla	ano	ne	nevím

j)	převozu z předsálí na operační sál	ano	ne	nevím
----	--	-----	----	-------

18. Jakým způsobem probíhala edukace perioperační sestrou:

- a) pouze ústně
- b) brožura, letáček
- c) film, DVD
- d) jiná forma, uveďte jaká

19. Uvítal(a) byste podrobnější edukaci od sestry perioperační péče ?

- a) ano – uveďte, prosím, o čem.....
- b) ne
- c) nevím

20. Jak hodnotíte edukaci perioperační sestrou:

Známky 1 (nejlépe), 5 (nejméně)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

21. Proběhlo u Vás ověření, zda jste podaným informacím rozuměl(a)?

- a) ano, dotazem „Rozumněl(a) jste všemu?“
- b) ne
- c) jiné, uveďte, prosím jaké.....

22. Při edukaci perioperační sestrou bylo respektováno Vaše soukromí ?

a) ano

b) ne

23. Sestra, která prováděla edukaci, byla přítomna i na operačním sále a informovala Vás o tom, jaký bude další postup?

a) ano

b) ne

c) nevšiml(a) jsem si

24. Přivítal(a) by jste přítomnost někoho známého, příbuzného na operačním sále ?

a) ano

b) ne

c) nevím

25. V případě možnosti, měl(a) by jste zájem seznámit se s prostředím operačního sálu jeho prohlídkou ?

a) ano

b) ne

c) nezajímá mě to

26. Informace podané zdravotníky byly pro mě (možno označit více odpovědí současně):

a) důležité

b) zbytečné


c) nesrozumitelné

d) praktické

e) užitečné


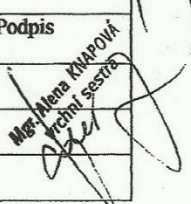
f) jiné, uveďte:.....

PŘÍLOHA II: POVOLENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (kombinovaná forma studia).

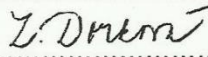
Jméno a příjmení studenta	Mínxová Renáta		
Téma bakalářské práce	Edukace pacienta s nádorovým onemocněním tlustého střeva perioperační sestrou		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.		
	 podpis		
Skupina respondentů	Pacienti		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	 Mgr. Měna RŮŽKOVÁ vrchní sestra
VN OLOMOUC	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input checked="" type="checkbox"/>		
CMIR - OPD	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input checked="" type="checkbox"/>		
	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input checked="" type="checkbox"/>		

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 28-04-2015

Youblesit v období od 12/2014 do 3/2015

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



 Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
 ředitelka Ústavu zdravotnických věd
 VOJENSKÁ NEMOCNICE
 Mgr. Hana Zrníková
 náměstek ředitelky
 pro ošetrovatelskou vědu
 Sušilovo nám. 5, 771 01 Olomouc

 razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA III: EDUKAČNÍ BROŽURA

Edukační brožura pro pacienty s břišní operací pro nádorové onemocnění tlustého střeva.

Hlavním cílem tohoto edukačního materiálu je seznámit „Vás“ pacienty s prostředím operačních sálů, které je pro mnohé zahaleno rouškou tajemství a zkreslených představ.

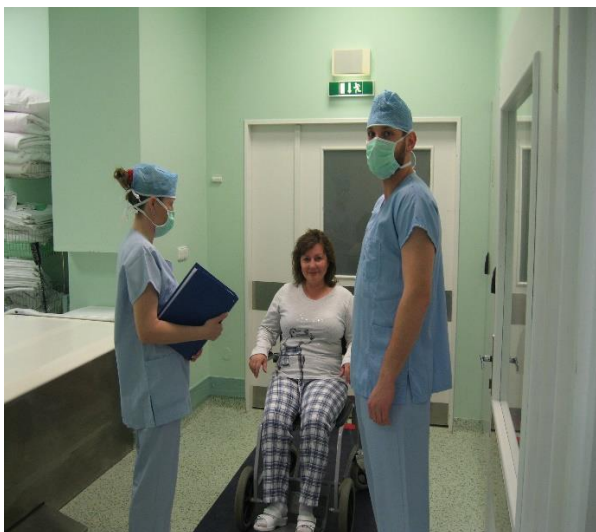
Chirurgickou léčbu tohoto onemocnění lze provádět klasickou operací přes břišní stěnu nebo laparoskopicky. U obou typů operace lékař odstraní nádor s částí zdravé tkáně tak, aby měl jistotu, že se nádor nerozšíří dál. Střevo se zase spojí a obnoví se jeho činnost. V některých případech je nutné provést kolostomii tj. vyvedení střeva ven na břišní stěnu. Vždy odebraná část střeva je zaslána na histologické vyšetření jehož výsledek bývá do 10 – 14 dnů.

Co Vás čeká v den operace ?

Po ranní přípravě všeobecnou sestrou na chirurgickém oddělení (oholení operačního pole, v případě laparoskopického výkonu vyčištění pupku, osprchování, nasazení kompresních punčoch a aplikaci nízkomolekulárního heparinu jako prevence TEN, sundání šperků, vyjmutí zubní protézy i jiné protézy, vyjmutí kontaktních čoček, sundání naslouchadla, ženy nenalíčené s odlakováním nehtů, v některých případech máte zajištěnou žilní linku na levé horní končetině již na oddělení a jste informován(a), že po operaci budete uložen(a) na jednotku intenzivní péče, kde budou monitorovány Vaše životní funkce), Vás sestra sveze na sedačce na operační sál.



Zde si Vás od všeobecné sestry převezme anesteziologická sestra společně se sanitářem operačních sálů. Ověří si Vaše jméno.

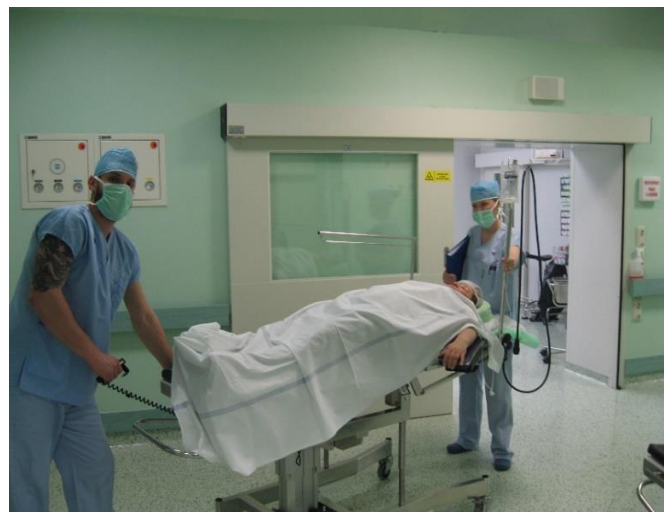


Po té vás sanitář operačních sálů zavede do úseku anesteziologické přípravy. Zde si svléknete pyžamo včetně spodního prádla a na operační lehátko uleháte nahý/nahý. Nemusíte se obávat studu, ihned po uložení jste přikryt(a) prostěradlem. Zde se Vás anesteziologická sestra zeptá na případné alergie, zavede kanylu do žíly a aplikuje infúze dle anesteziologické ordinace, kanyla v žíle dále slouží k aplikaci léčiv během operačního výkonu, ale i v pooperačním období, nasadí manžetu na měření krevního tlaku. Pokud Vám bylo lékařem doporučeno zavedení epidurálního katétru k léčbě pooperační bolesti, tento výkon je zde také proveden.





Po této přípravě, přikrytí vlasů operační čepicí jste sanitářem operačních sálů v doprovodu anesteziologické sestry převezen na operační sál.



Zde si Vás opět přebírá anesteziologická sestra a anesteziologický lékař. Opakovaně se Vás zeptají na Vaše jméno, případné alergie a zda jste od pŕlnoci nejedl(a), nepil(a). Sestra Vám opět nasadí na pravou paži manžetu na měření krevního tlaku, na hrudník Vám nalepí svody na měření srdeční činnosti a na prst pravé ruky Vám bude nasazeno čidlo na měření nasycení krve kyslíkem tzv. saturace. Zde se již setkáte s perioperační sestrou, která Vás edukovala o tom co Vás čeká na operačním sále, sanitář operačních sálů pod dohledem obíhajcí sestry nebo obíhajcí perioperační sestra Vám nalepí na stehno „neutrální elektrodu“. Není to nic nepříjemného, jen Vás to lehce zastudí.



Popruh, který máte přiložen přes dolní končetiny zajišťuje Vaši bezpečnost na operačním stole.

Pokud Váš výkon bude proveden laparoskopicky, bude použito laparoskopické věže.



Takto jsou připravena vysterilizována instrumentária k Vašemu operačnímu výkonu.



Po ukončení operace budete přeložen(a) na jednotku intenzivní péče (JIP). Nemusíte mít žádnou obavu z přesunu z operačního lehátka na lůžko JIP. Tento překlad probíhá za pomoci překládacího stolu, který Vás sám nabere a převezve na lůžko.



Po převozu na JIP bude personál monitorovat Váš celkový zdravotní stav - měřit fyziologické funkce jako je krevní tlak, tep a tělesnou teplotu. Dále personál bude monitorovat bolest – její charakter a intenzitu, vědomí, krvácení z rány a odpad z drénu atd. Při bolesti a jakýchkoliv jiných potížích ihned informujte všeobecnou sestru. Po laparoskopické operaci se může objevit „nafouknutí“ břicha, což je způsobeno naplněním dutiny břišní vzduchem, zbytek vzduchu v dutině břišní se postupně vstřebá a nepříjemné potíže vymizí. Tekutiny dostanete nejdříve za 2 hodiny po operaci. Močový katétr a drény z rány jsou ponechány na dobu nezbytně nutnou, jejich odstranění indikuje lékař. Vstávat z lůžka budete již první pooperační den za dopomoci všeobecné sestry.

Zdroj: Vlastní tvorba