

Ošetrovatelská péče o pacienta po hemoroidektomii

Simona Šostoková

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Simona Šostoková**
Osobní číslo: **H17286**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Ošetrovatelská péče o pacienta po hemoroidektomii**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti ošetrovatelské péče a hemoroidektomie.

Připravení metodiky smíšeného designu výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace obsahové analýzy dokumentů (zdravotnické dokumentace).

Ověření kvalitativních výsledků statisticky.

Vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, shrnutí a navržení doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

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

ERZURUMLU, Kenan, Kagan KARABULUT, Gökhan Selcuk ÖZBALCI, et al. The Whitehead operation procedure: Is it a useful technique? Turkish journal of surgery, 2017 [online]. [cit. 2019-08-08]. ISSN 2564-6850. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5602311/>.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

KALA, Zdeněk a Vladimír PROCHÁZKA. Perioperační péče o pacienta v digestivní chirurgii. Brno: NCO a NZO, 2010. 237 s. ISBN 978-80-7013-519-8.

ÓRHALMI, Július. Hemoroidy – konzervativní, či chirurgický přístup? Medicina pro praxi, 2012 [online]. 9 (6-7), s. 269-273. [cit. 2019-09-29]. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201206-0004__Hemoroidy-konzervativni_ci_chirurgicky_pristup.php.

VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ. Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 212 s. ISBN 978-80-244-4770-4.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Pavla Kudlová, PhD.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

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 20.4. 2020

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 ze 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, užíje-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 náhrady chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití 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 jim 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 přihlíádne k větší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je věnována tématu „Ošetrovatelská péče o pacienta po hemoroidektomii“. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část práce se věnuje charakteristice, diagnostice, terapii, komplikacím, rizikovým faktorům a edukaci pacientů s hemoroidy. Praktická výzkumná část se věnuje obsahové analýze zdravotnické dokumentace a na základě této analýzy zkoumá pooperační péči a pooperační komplikace pacientů po operaci hemoroidů. Výstupem je návrh edukačního letáku pro pacienty.

Klíčová slova: dieta, hygiena konečníku, operace, pacient, pooperační péče, rekonvalescence, zdravotnický personál.

ABSTRACT

The bachelor's thesis is devoted to the topic "Nursing care of patients after hemorrhoidectomy." The work consists of theoretical and practical part. The theoretical part deals with the characteristics, diagnosis of therapy, complications, risk factors and education of patients with hemorrhoids. The practical research part is devoted to the content analysis of medical documentation and on the basis of this analysis examines postoperative care and postoperative complications of patients after hemorrhoid surgery. The output is the design of an educational leaflet for patients.

Keywords: diet, rectal hygiene, surgery, patient, postoperative care, convalescence, medical staff.

Chtěla bych poděkovat PhDr. Mgr. Pavle Kudlové, PhD., především za trpělivost a ochotu, odborné vedení, připomínky a cenné rady při tvorbě mé bakalářské práce.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	12
1.1 KLINICKÉ PROJEVY	12
1.1.1 Zevní hemoroidy	12
1.1.2 Vnitřní hemoroidy	13
1.2 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ	13
1.2.1 Anamnéza	14
1.2.2 Fyzikální vyšetření	14
1.3 TERAPIE	15
1.3.1 Konzervativní terapie	15
1.3.2 Semiinvasivní terapie	15
1.3.2.1 Sklerotizace	16
1.3.2.2 Barronova ligatura	16
1.3.2.3 Fotokoagulace	16
1.3.2.4 Bipolární diatermie	16
1.3.2.5 Dopplerem naváděný laser	16
1.3.2.6 Unipolární elektrokoagulace	16
1.3.2.7 Kryochirurgie	17
1.3.3 Chirurgická terapie	17
1.3.3.1 Radiofrekvenční ošetření	17
1.3.3.2 Longova metoda	18
1.3.3.3 Operace dle Pakravana	18
1.3.3.4 Operace dle Langenbecka, Milligen-Morgana	18
1.3.3.5 Operace dle Whiteheada	18
1.3.3.6 Operace dle Miles-Gabriela	18
1.4 KOMPLIKACE ONEMOCNĚNÍ	19
1.4.1 Komplikace související s operačním zákrokem	19
1.4.2 Komplikace vzniklé samovolně	19
1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY	20
1.6 PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ	20
1.7 EDUKACE	21
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	23
2.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE	23
2.1.1 Dlouhodobá příprava	23
2.1.2 Krátkodobá příprava	23
2.1.3 Bezprostřední příprava	24
2.2 PERIOPERAČNÍ PÉČE	24
2.3 POOPERAČNÍ PÉČE	25
2.3.1 Sledování fyziologických funkcí	25
2.3.2 Poloha nemocného	25
2.3.3 Bolest a poruchy spánku	25
2.3.4 Močení	26
2.3.5 Vyprazdňování	26

2.3.6	Hygiena a převazy	26
2.3.7	Výživa	27
2.3.8	Spodní prádlo po hemoroidektomii	27
II PRAKTICKÁ ČÁST		28
3	METODIKA PRÁCE.....	29
3.1	CÍLE PRÁCE	29
3.2	ORGANIZACE VÝZKUMU	29
3.3	METODA KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU	29
3.4	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	30
3.5	ZPRACOVÁNÍ DAT	31
4	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	32
4.1	ANALÝZA POOPERAČNÍCH KOMPLIKACÍ	37
4.1.1	Pooperační komplikace – infekce pooperační rány.....	37
4.1.2	Pooperační komplikace – alergická reakce	39
4.1.3	Pooperační komplikace – dyspnoe a hematom v okolí rány	40
4.1.4	Pooperační komplikace – poškození svěračů konečníku	42
4.2	VÝSLEDKY POOPERAČNÍCH KOMPLIKACÍ	43
4.3	NÁVRH NA VYTVOŘENÍ EDUKAČNÍHO MATERIÁLU PRO PACIENTY	44
4.4	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	45
5	DISKUZE	46
6	ZÁVĚR.....	49
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		50
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK		54
SEZNAM GRAFŮ		56
SEZNAM PŘÍLOH.....		57

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta po hemoroidektomii. Jedním z hlavních důvodů, proč jsem si vybrala právě tuto tematiku, je vysoký výskyt hemoroidů v populaci. Dle autora Örhalmi (2010, s. 269) trpí hemoroidálním onemocněním zhruba jedna třetina populace nad 30 let, a až 50 procent populace nad 50 let. Ke vzniku tohoto onemocnění přispívá především nezdravý životní styl, nepravidelné vyprazdňování, nesprávné stravovací návyky, sedavé zaměstnání a zvýšený stres. Dalším důvodem výběru tématu je také výskyt tohoto onemocnění v mém okolí, kdy často stud brání navštívit lékaře. Tato diagnóza může člověka obtěžovat několik let, než vyhledá odbornou lékařskou pomoc. Jelikož jde o intimnější problém, který postihuje obrovské procento populace, domnívám se, že je dobré včas popřemýšlet, jak se vyhnout hemoroidům i možné hemoroidektomii.

Teoretická část práce se věnuje charakteristice vlastního onemocnění a problematice ošetrovatelské péče o pacienty s tímto typem onemocnění. Jednotlivé kapitoly jsou rozvrženy tak, aby podaly celkovou informaci o dané problematice.

První část teoretické práce je věnována charakteristice onemocnění, klinickým projevům, diagnostice, terapii, komplikacím onemocnění, rizikovým faktorům, preventivnímu opatření a edukaci. Druhá část teoretické práce je věnována ošetrovatelské péči, a to především pooperační péči.

V části teoretické je v prvním rozložení popsána metodika práce, a to především cíle práce, které byly určeny, metodika získávání dat a charakteristika zkoumaného vzorku.

Druhá část empirické části se zabývá samotným výzkumem pomocí zvolené metody, obsahovou analýzou ošetrovatelské dokumentace pacientů po prodělané hemoroidektomii.

Závěrem bakalářské práce je shrnutí získaných poznatků a doporučení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Onemocnění hemoroidy je typické pro lidskou populaci, kterou postihuje zhruba v 50–70 %. Vyskytuje se ve všech věkových kategoriích, nejvíce však mezi 40–65. rokem života. Jedná se o benigní onemocnění, avšak velmi obtěžující, nepříjemné a značně pacienty omezující v jejich obvyklém způsobu života. Nejčastějšími příznaky jsou krvácení, bolest v anální oblasti a úzkost. Volba léčebné metody závisí na stupni hemoroidů (Erzurumlu a kol., 2017, s. 190–194).

Při vzniku hemoroidů hraje roli vliv dědičnosti a také tělesná konstituce člověka. Spouštěcím faktorem mohou být vleklé, chronické potíže s vyprazdňováním, ať už v podobě průjmu nebo zácpy. U žen může být spouštěcím faktorem těhotenství a následný porod. Rizikovým faktorem pro vznik hemoroidů je rovněž velká konzumace kořeněných jídel, silné kávy, alkoholu nebo např. častá jízda na kole či na koni. Vhodný není ani sedavý způsob života (kancelářská práce, prodavačky v supermarketech), ale na druhou stranu ani přehnaně fyzicky náročná práce (Herman a kol., 2011, s. 223).

1.1 Klinické projevy

V začátcích se onemocnění projevuje jen mírnou bolestí a svěděním konečníku, později se přidává světle červené krvácení při vyprazdňování stolice. Krvácení přitom může být znatelné ve stolici nebo v míse či na toaletním papíře. Může mít podobu kapek nebo i stříkanců uvnitř toaletní mísy. Co se týče frekvence, může se vyskytovat jen občas a poté spontánně vymizet nebo naopak může člověka obtěžovat denně. Dalším charakteristickým projevem je nepříjemný tlak v konečníku. Nechybí ani odchod hlenů a špinění prádla (takzvaný syndrom vlhké řitě), v pozdějších fázích onemocnění pak prolaps sliznice s výhřezem uzlů vně konečníku (Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 99–100).

Hemoroidy se dělí na zevní a vnitřní.

1.1.1 Zevní hemoroidy

Zevní hemoroidy jsou tvořeny z análních cév, vyskytují se ve vnějším okolí řitního otvoru, což značně znesnadňuje hygienu a zvyšuje tak riziko zánětu této oblasti (Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 99–108).

1.1.2 Vnitřní hemoroidy

Jedná se o klinicky významnější skupinu. Nachází se uvnitř řitního kanálu, nikdy netvoří souvislý věnec, ale mají tyto tři nejtypičtější lokalizace – vlevo, vpravo vepředu a vpravo vzadu – dle ciferníku hodiny čísla 3, 7 a 11 při poloze pacienta na zádech, pochází z horních a dolních rektálních cév, jež jsou součástí jeho stěn. Podle velikosti těchto zbytnělých cév pak dělíme vnitřní hemoroidy na čtyři základní stupně (Kala, Procházka, 2010, s. 190–198).

1. **stupeň** – nejčastější, hemoroidy nejsou viditelné navenek, někdy si může pacient povšimnout drobného červeného krvácení, zejména při vyprazdňování stolice (Schneiderová, 2014, s. 121).
2. **stupeň** – zbytnělé cévy konečníku se při defekaci vyklenují vně v tuto oblast, v tomto stupni onemocnění se však samy po vyprázdnění vztahují zpět dovnitř konečníku, krvácejí jen občas, objevuje se navíc svědění nebo pálení v oblasti rekta (Kala, Procházka, 2010, s. 50–198; Zeman, Krška, 2011, s. 165; Schneiderová, 2014, s. 121).
3. **stupeň** – při tomto stupni onemocnění se jedná již o závažnější nález, kdy dochází k prolapsu sliznice s žilními uzly vně konečníku, k čemuž nejčastěji dochází při delším stání, zvedání těžkých břemen, statické zátěži a podobně, stále však s možností repozice uzlů. Objevuje se nepravidelné krvácení či hleny v oblasti konečníku a někdy i zánětlivé či trombotické komplikace (Kala, Procházka, 2010, s. 50–198; Zeman, Krška, 2011, s. 165; Schneiderová, 2014, s. 121).
4. **stupeň** – v tomto stadiu je již výhřez uzlů trvalý, repozice zbytnělých cév zpět do konečníku je bez efektu a někdy i manuálně neproveditelná, dochází často k opakovanému krvácení z uzlů, časté jsou v tomto stupni trombotické a především zánětlivé komplikace (Kala, Procházka, 2010, s. 50–198; Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 99–103; Zeman, Krška, 2011, s. 165; Schneiderová, 2014, s. 121).

1.2 Diagnostika onemocnění

V dnešní hektické době již hemoroidální onemocnění postihuje téměř 50 % veškeré populace nad 50 let věku s tím, že případů výskytu hemoroidálního onemocnění před tímto hraničním věkem stále přibývá. Přesnou incidenci je však těžké odhadnout vzhledem k mírným prvotním příznakům, studu a bagatelizaci onemocnění pacienty, kteří se svými potížemi lékaře včas nenavštíví. Zmíněné procento postižených touto chorobou tak zaujímají spíše pokročilé stavy, které již vyžadují náročnější léčebné intervence mnohdy s neodkladným chirurgickým řešením (Korbička a kol., 2010, s. 275).

Diagnostika hemoroidů je zaměřena zejména na vyloučení jiné příčiny než právě hemoroidálního onemocnění. Obdobné příznaky totiž mohou mít i nespecifická zánětlivá onemocnění střeva nebo nádorová onemocnění. Z toho důvodu ve většině případů není dostačující pouze provedení proktologického vyšetření, ale je nutná i endoskopie pro vyloučení jiné příčiny (Korbička a kol., 2010, s. 275).

1.2.1 Anamnéza

Anamnéza je řízeným rozhovorem s pacientem, jehož cílem je zjistit od pacienta co nejvíce podrobností o subjektivních příznacích. Je nutné zjistit, s jakými obtížemi pacient přichází, jak dlouho trvají, jakého jsou charakteru a intenzity, zda se pravidelně opakují, co je spouští. V rámci osobní anamnézy je třeba zjistit, jaký styl života pacient vede (sedavé zaměstnání, fyzicky náročná práce, stres, káva, kořeněná jídla), u žen, zda prodělaly těhotenství a porod, dále zjistit, jestli má pacient obtíže s defekací, které řeší např. užíváním laxativ. V rámci rodinné anamnézy dále zjistit, jestli někdo z příbuzných trpí na hemoroidy či na jiné onemocnění postihující trávicí trakt (zánětlivá střevní onemocnění, karcinom tlustého střeva nebo rekta). V rámci farmakologické anamnézy je nezbytné zjistit, jaké léčivé přípravky pacient užívá, zvláštní zřetel je pak třeba klást na léčiva užívaná k ředění krve (Warfarin), léčiva, zabarvující stolicí (železo), léčiva narušující střevní mikroflóru (antibiotika) (Horák, 2013, s. 51).

Je třeba, aby pacient popsal vzhled krve – jasně červená krev, tmavě červená krev, sraženina, černá stolice; dále, aby popsal intenzitu krvácení, přítomnost bolesti při defekaci a lokalizaci této bolesti. Zjistit, zda pacient sleduje zduření nebo jiné útvary v konečníku. Zda ho trápí svědění. Jaká je konzistence jeho stolice a zda je přítomnost hlenu (Horák, 2013, s. 51).

1.2.2 Fyzikální vyšetření

Vlastní vyšetření musí být prováděno aspekci (diagnostika zevních hemoroidů), digitálním vyšetřením a dále i per rectum. Vyšetření má být provedeno v jedné ze tří základních poloh, které na jedné straně umožňují přehled ve vyšetřované oblasti a na druhé straně zachovávají pohodlí pacienta. Jedná se o polohu na levém boku (Simsova poloha), polohu na všech čtyřech končetinách (genokubitální poloha) a polohu gynekologickou (litotomická poloha) (Korbička a kol., 2010, s. 275).

Při aspekci jsou diagnostikovány zevní hemoroidy, je prohledáváno vnější okolí anální oblasti. Může zde být patrný např. pruritus, anální ekzém, řitní trhliny, anální píštěle nebo anální abscesy (Horák, 2013, s. 52).

Vyšetření per rectum je klasické manuální vyšetření konečníku, díky kterému je možno zhodnotit tonus svěrače a anorektální úhel, je možno nahmatat hemoroidální uzly a určit jejich množství a velikost, lze vysledovat bolestivost i krvácení (Malá a kol., 2013, s. 208).

Nezbytnou součástí je i endoskopické vyšetření, aby se tak vyloučila jiná příčina. Provádí se rektoskopie minimálně do 15 cm rekta. V případě rodinné onkologické anamnézy se provádí totální kolonoskopie (Šlauf, Antoš, Marx, 2014, s. 224).

1.3 Terapie

Po předešlé důkladné diagnostice typu, stupně a rozsahu hemoroidů stanoví lékař nejvhodnější postup následné léčby. Rozhodovat se může dle aktuálního stavu klienta ze tří základních možností, mezi které patří léčba konzervativní, využívaná na počátku onemocnění, léčba semiinvazivní a jako poslední varianta terapie chirurgická (Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 101).

1.3.1 Konzervativní terapie

U konzervativní terapie je nezbytná spolupráce pacienta, od které se také odvíjí úspěch léčby. Je nutné, aby pacient zavedl režimová opatření v podobě dostatku vhodného fyzického pohybu, pacient by dále měl zvýšit příjem tekutin, upravit stravu tak, aby byla bohatá na vlákninu. Tyto mechanismy zamezí vzniku problematické zácpy, která je rizikovým faktorem pro vznik a další rozvoj hemoroidů. Lze aplikovat obklady a koupele pomocí odvaru z dubové kůry, která má adstringentní účinky, nebo nálevu z heřmánku, který působí protizánětlivě a hojivě. Je nezbytné až úzkostné dodržování anální hygieny. Kromě toho lze aplikovat také masti či čípky s obsahem protizánětlivých, analgetických, vazokonstrikčních, venotonických a zklidňujících látek (Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 101; Schneiderová, 2014, s. 120–125).

1.3.2 Semiinvazivní terapie

Principem této terapie je omezit přítok krve do hemoroidální pleteně. Provádí se většinou ambulantně bez nutnosti anestezie. K dispozici je celá řada způsobů jak nebolestivě odstranit zvětšené hemoroidální uzly bez nutnosti operace. K dosažení výsledku je užíváno pouze jiné

fyzikální energie. Jedná se o vytvoření jizvy v oblasti řitního kanálu, v místě odvodných a přívodných cév do hemoroidálního uzlu, což má za následek útlak a fixaci uzlu uvnitř jizvou k zamezení výhřezu navenek (Kouda, 2015).

1.3.2.1 Sklerotizace

Omezení přítoku krve do hemoroidální pleteně formou aplikace sklerotizujícího roztoku pod sliznici do místa stopky hemoroidálního uzlu uvnitř řiti. Ten způsobí aseptický zánět s následnou fibrózou a zajizvením (Schneiderová, 2014, s. 120–125; Kouda, 2015).

1.3.2.2 Barronova ligatura

Jedná se o metodu založenou na principu ligace – zaškrcení – hemoroidálních uzlů druhého stupně, které se podvážou gumovým kroužkem. Následně uzly znekrotizují a samy odpadnou, což je bohužel u menšího množství pacientů (cca 14 %) provázeno bolestivostí, v ojedinělých případech i krvácením, které může být dokonce hemodynamicky významné (Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 101; Kouda, 2015).

1.3.2.3 Fotokoagulace

Vhodná metoda pro menší hemoroidální uzly, používají se infračervené paprsky, které způsobí tepelnou koagulaci stěny žíly, což je pro pacienty nebolestivé (Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 101).

1.3.2.4 Bipolární diatermie

Principem této metody je tepelné působení (Zeman, Krška, 2011, s. 252).

1.3.2.5 Dopplerem naváděný laser

Efektivní metoda, kdy se za pomoci ultrazvukové sondy vyhledá vyživovací artérie hemoroidálního uzlu a cíleně se koaguluje laserem nebo opichem. Tím dojde k omezení průtoku krve uzly a k jejich zmenšení (Schneiderová, 2014, s. 120–122; Kouda, 2015).

1.3.2.6 Unipolární elektrokoagulace

Za pomoci dvou elektrod je aplikován proud o nízkém napětí do vyživovací cévy a dojde ke koagulaci hemoroidálního uzlu, metoda není bolestivá, lze ji používat ambulantně bez nutnosti pracovní neschopnosti, s minimálním rizikem infekčních komplikací (Zeman, Krška, 2011, s. 252; Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 101; Schneiderová, 2014, s. 120–125).

1.3.2.7 Kryochirurgie

Metoda používaná více v minulosti, kdy aplikací chladu do análního kanálu vznikala relativně nebolestivá, ale dlouhodobým výtokem z konečníku obtěžující odumřené hemoroidální tkáň. V dnešní době se od této metody ošetření prakticky upustilo (Kouda, 2015).

1.3.3 Chirurgická terapie

Nejsou-li konzervativní a semiinvazivní terapie, přichází na řadu chirurgické metody. Operace hemoroidů je zákrok, kterým je operativně odstraněna zbytnělá žilní pletěň konečníku, jež způsobuje pacientovi neustupující potíže. Před vlastním operačním řešením je nutné provést specializované vyšetření proktologem či gastroenterologem k posouzení typu a stadia onemocnění, k vyloučení jiné možné příčiny pacientových potíží a především kvůli stanovení následného postupu léčby. Operačních metod v rámci řešení tohoto onemocnění se nabízí v dnešní době několik – viz níže (Schneiderová, 2014, s. 121–122).

1.3.3.1 Radiofrekvenční ošetření

Jedná se o moderní miniinvazivní a velmi šetrnou léčebnou metodu, používanou u některých indikovaných pacientů. Jejím principem je ošetření hemoroidů uvnitř konečníku pomocí speciální elektrody, kdy se postižený úsek sliznice konečníku neodstraňuje, což je důvodem menšího rizika výskytu komplikací po zákroku. Benefitem pro pacienty při použití této léčebné metody je výrazně kratší doba léčení (pacient je vyřazen z běžného života pouze na několik dní) a velmi nízká pooperační bolestivost. Pacient je po předchozích vyšetřeních přijat k hospitalizaci na chirurgické oddělení jeden den před výkonem, kdy je naplánováno anesteziologické vyšetření a zvolen vhodný typ anestézie. Pacient je vyprázdněn dle zvyklosti oddělení. Po výkonu je do konečníku zavedena plastová hadička odvádějící střevní plyny a současně provádějící kompresi operované části konečníku. Druhý den po výkonu je tato hadička odstraněna. Pacient tedy může provádět již běžnou tělesnou hygienu s doporučením často opakovaného sprchování konečníku studenou vodou. Pacient by po zákroku měl užívat přípravky na změkčení stolice a v případě potřeby také analgetika dle doporučení ošetřujícího lékaře (Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 108; Schneiderová, 2014, s. 121–123).

1.3.3.2 Longova metoda

Tento typ výkonu se provádí v krátkodobé celkové anestezii či anestezii spinální a trvá zhruba půl hodiny. Principem této metody je odstranění přebytečné sliznice prolabujícího rekta a následné sešití sliznice jednorázovým cirkulárním staplerem zavedeným do konečníku. Odstraněním přebytečné sliznice se zároveň přeruší drobné cévy, které přivádějí krev do hemoroidální pleteně v konečníku a po odstranění přebytečné sliznice dojde k jejímu vtažení a fixaci zpět na původní místo. Zákrok je vhodný zejména u hemoroidů čtvrtého stupně a slizničního prolapsu konečníku (Král, 2007, s. 678–679).

1.3.3.3 Operace dle Pakravana

Jedná se o jednoduchý operační výkon, který lze provádět bez anestezie či jen v lokální topické anestezii, spočívá v submukózním založení široké opichové ligatury, po jejímž dotažení se předpokládá uzávěr přívodného cévního hemoroidální svazku a jeho taxe do análního kanálu (Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 107).

1.3.3.4 Operace dle Langenbecka, Milligen-Morgana

Postup je typický širokou excizí hemoroidálních uzlů s ponecháním vzniklých defektů v anodermu otevřených sekundárním hojení, kavernózní uzly jsou resekovány v typických lokalizacích včetně sliznice a je proveden vysoký podvaz hemoroidální arterie (Čapov a kol., 2009, s. 38–40).

1.3.3.5 Operace dle Whiteheada

Tato operace je indikována při objemném nálezu hemoroidálních uzlů čtvrtého stupně s fixovaným análním prolapsem, spočívá v cirkumcizi anodermálního přechodu, vypreparováním terminálních větví hemoroidální arterie v predilekčních místech a následné resekcí a konečné cirkulární sutuře (Čapov a kol., 2009, s. 38–40; Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 107).

1.3.3.6 Operace dle Miles-Gabriela

Operace se provádí v anestezii krátkodobé, spinální nebo epidurální, kdy principem této metody je šetrné anodermální obřezání každého hemoroidálního uzlu (Schumpelick, 2013, s. 115).

1.4 Komplikace onemocnění

Přestože jsou negativní reakce na prováděné zákroky či komplikace daného onemocnění vzniklé bez souvislosti s nimi, vždy nežádoucí situací, je třeba s nimi počítat. Někdy je lze očekávat, jindy se objevují zcela nečekaně a jejich dopad záleží jak na schopnosti zdravotnického personálu včas a adekvátně situaci zasáhnout, tak i na uvědomělosti pacientů nežádoucí příznaky hlásit (Štukavec, 2006 s. 517–518).

1.4.1 Komplikace související s operačním zákrokem

Komplikací souvisejících s operačním zákrokem je celá řada. Krvácení z operační rány se řeší tamponádou masťou longetou, pokud se krvácení i nadále stupňuje, je indikována operační revize anální oblasti. Pokud dojde k rozvoji infekce, při které se do dvou až tří dnů od výkonu objevuje teplota, stupňuje se otok, bolestivost, pravděpodobně bude infikována operační revize anální oblasti. Porucha svěračů, v jejímž důsledku může dále dojít k inkontinenci moči i stolice nebo také k retenci moči v močovém měchýři. Stenóza anastomózy až okluze je vzácná, dochází k ní při vystupňování jizevnaté formy hojení. Alergická reakce na podaný dezinfekční prostředek, anestetikum nebo antibiotikum. Trombembolie je závažný stav, rizikem vzniku je zejména u osob upoutaných na lůžko, u žen užívajících hormonální antikoncepci nebo v případě vrozené poruchy koagulace. Dehiscence sutury, přičemž je nutná revize a resutura. Také i anální fisura či rektovaginální píštěle u žen (Štukavec, 2006, s. 517–519; Zeman, Krška, 2011, s. 165; Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 108).

1.4.2 Komplikace vzniklé samovolně

Komplikace vznikající samovolně bez ohledu na prodělaný operační zákrok. Profuzní krvácení z hemoroidů tam, kde nastává slepý uzávěr rektu. Porucha svěračů a následná inkontinence moče nebo stolice. Následně i retence moči v močovém měchýři. Bolestivost v důsledku zánětu, kdy dochází k překrvení a zduření uzlů a následnému městnání krve v hemoroidálních pleteních. Cirkulární trombóza zevních a vnitřních hemoroidů, která může vyústit až nekrózou přilehlé sliznice a kůže. Perianální hematom vzniklý velkým tlakem na stolicí má charakter ohraničeného a výrazně bolestivého zduření v perianální oblasti, po incizi či punkci se pacientům okamžitě a výrazně uleví. Anální fisura pravděpodobně nenastane v důsledku neúmyslného poškození análního kanálu (Arrezo, Podzemny, Pescatori, 2011, s. 163–172).

1.5 Rizikové faktory

Jako každé onemocnění mají i hemoroidy svá rizika, zvyšující jejich výskyt. Mezi nejvýznamnější z nich patří:

- genetické faktory,
- narušená defekace při potravě chudé na balastní látky,
- dlouhodobě průjmovitá stolice či úporná zácpa,
- věk,
- obezita,
- těhotenství,
- tumor v malé pánvi,
- poruchy míšních provazců,
- vaskulární poruchy, např. portální hypertenze (Štukavec 2006, s. 517–519; Kyslan a kol., 2010, s. 150; Zeman, Krška, 2011, s. 277; Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 100).

1.6 Preventivní opatření

Provádění preventivních úkonů či aktivit v rámci tohoto onemocnění a znalost rizik jeho vzniku je vzhledem k obrovskému množství pacientů postižených tímto typem onemocnění velmi důležité. Šanci tomuto onemocnění předejít, nebo jej alespoň zachytit ihned v počátečním stavu a řešit jej tak v co možná nejmenším rozsahu a s minimální závažností, má totiž jen dostatečně a včas informovaný jedinec (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 176). Mezi základní preventivní opatření dle Janíkové a Zeleníkové (2013) patří:

Dodržování vhodného jídelníčku a pitného režimu – přijímat dostatek vlákniny ve stravě formou ovoce, zeleniny, obilnin, otrub či vlákninu ve formě tablet nebo prášků. Konkrétně tedy ovesné vločky, sušené ovoce, ořechy, luštěniny, slupky jablek, mořské řasy, sója, lněné semínko nebo fazole. Vláknina ve stravě pomáhá regulovat vyprazdňování. Vyhýbat se silně kořeněným jídlům a dráždivým látkám. Pečlivě dodržovat pitný režim příjmem ovocných čajů, stolních vod nebo minerálek s projímavým účinkem při zácpě, omezit konzumaci silných čajů, kávy a alkoholu. Doporučuje se vypít 2 až 3 litry tekutin denně (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 176; Schneiderová, 2014, s. 120–124).

Dostatek pravidelné fyzické aktivity – vhodnými aktivitami jako jsou například turistika, plavání či kondiční cvičení. Naopak mezi nevhodné aktivity patří dlouhodobé sezení, ať už

při zaměstnání, cestování nebo některých sportech, stejně jako zvedání těžkých břemen a posilování s velkými váhami. Pohyb by měl vykonáván pravidelně a je důležitý také v prevenci mnoha onemocnění a prevenci obezity (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 176).

Péče o pravidelné vyprazdňování – základem je výše popsaná životospráva a vhodné fyzické aktivity na podporu správné činnosti střev, dále se nedoporučuje číst na toaletách noviny nebo luštit křížovky. Projímadla používat jen je-li to nezbytně nutné, a pokud ano, preparáty střídat. Cílem je naučit se chodit na toaletu ve stejný časový interval, vymezit si na vyprázdnění dostatek času a snažit se vyhnout častému tlačení na stolici. Doporučuje se vypít po probuzení vlažnou minerální vodu a po 20 minutách běžné ranní aktivity usednout na toaletu (Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 101; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 176; Schneiderová, 2014, s. 120–124).

Dodržování hygieny – pravidelné sprchování anální oblasti po defekaci vlažnou vodou bez mýdla po každé stolici nebo alespoň použít vlhčené ubrousky, není-li sprcha k dispozici. Po defekaci ošetřit šetrně toaletním papírem. Nadměrné používání mýdel může vytvořit v anální oblasti alkalické prostředí a zvyšuje riziko výskytu mykóz a dermatitid. Nutné je dostatečně řitní otvor vysušit (Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 101; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 176; Schneiderová, 2014, s. 120–124).

1.7 Edukace

Edukace se v primární prevenci zaměřuje na zdravé jedince. Poskytuje opatření pacientů, jimiž lze onemocněním předcházet, podává informace, jak si udržet zdraví či poskytuje pomoc, aby dokázal klient zkvalitnit svůj život. Edukace v sekundární prevenci je zaměřená na pacienta, který onemocněním již trpí. Cílem je změna chování, především v oblasti zásad správné výživy, rizikového chování a aktivního pohybu. Předmětem edukace je také nácvik konkrétní ošetrovatelské dovednosti, která je důležitá pro zlepšení stavu a k léčbě klienta. Edukačním procesem označujeme činnosti, kdy se pacient učí novějším poznatkům a dovednostem, a druhý edukátor mu toto učení zprostředkovává. Ve zdravotnickém zařízení bývá nejčastěji předmětem učení zdravý nebo nemocný pacient, ale také sám zdravotnický pracovník, který si prohlubuje další znalosti ve svém oboru. Tento proces v ošetrovatelství vede lidi k pochopení, k osvojování si zdravé výživy, správných hygienických návyků, poskytování první pomoci a mnoho dalších. V edukačním procesu pacient získá nové informace, které by měl umět v životě efektivně využít. Měl by si také osvojit teoretické nebo praktické dovednosti a v neposlední řadě získat nové návyky. Kvalita edukačního procesu

vychází ze vzájemné interakce mezi klientem a edukátorem, na společných názorech, hodnotách, zkušenostech a postojích. Měli by společně dosáhnout pozitivního cíle. Personál by měl získat pacientův zájem pro spolupráci a dokázat ho motivovat ke změně jeho negativních zvyklostí. Dobře edukovaný pacient má aktivní přístup, více informací a dá se předpokládat úspěšnější a rychlejší léčba a rekonvalescence než u pacienta bez edukace. Celkově a správně prováděná edukace je pro zdravotnictví přínosem vzhledem ke snižujícím se nákladům na poskytnutí zdravotní péče (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 176).

V rámci operačního a pooperačního období je nutné pacienta edukovat po celou dobu jeho hospitalizace. Je nezbytná před operací, po operaci i po propuštění do domácí péče (Slezáková a kol., 2010, s. 249).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Rozhodnutí o léčebných intervencích v rámci jakéhokoliv onemocnění spadá samozřejmě do kompetence lékaře, nicméně realizace některých z nich a celková ošetrovatelská péče o pacienta je záležitostí všeobecných sester. Existují všeobecné doporučené postupy péče o pacienty s různým typem onemocnění, o něž se sestra ve své práci může opřít, nicméně je třeba myslet na jejich různorodost v rámci jednotlivých zdravotnických zařízeních, nemluvě o individualitě každého pacienta. Jako všeobecný podklad pro ošetrovatelskou péči o pacienta s hemoroidálním onemocněním, rozdělenou dle fází léčebného procesu v souvislosti s operačním zákrokem, lze považovat níže uvedené informace (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 26).

2.1 Předoperační péče

U plánovaných výkonů v zájmu prevence komplikací a nežádoucích stavů by měl být každý pacient před zákrokem důsledně vyšetřen, posouzen ohledně schopnosti podstoupení zákroku bez neúměrného navýšení rizik pro daný výkon či celkový stav a vhodným způsobem na zákrok připraven. Předoperační péči o pacienta můžeme rozdělit dle časového období do následujících fází (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 36; Erzurumlu a kol., 2017, s. 190–194):

2.1.1 Dlouhodobá příprava

- interní předoperační vyšetření ne starší než 14 dní (anamnéza, EKG, RTG plic, fyzikální vyšetření včetně fyziologických funkcí, posouzení chronické medikace a její úprava, laboratorní vyšetření, obsahující základní rozbor moče a krve, včetně určení krevní skupiny),
- odborné vyšetření dle charakteru výkonu (chirurgické, proktologické, gastroenterologické, gynekologické),
- anesteziologické vyšetření ne starší než dva dny před zákrokem (Kyslan a kol., 2010, s. 99; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 26).

2.1.2 Krátkodobá příprava

- probíhá v průběhu 24 hodin před plánovaným výkonem
- fyzická příprava pacienta (lačnění, u rizikových osob zajištění parenterální výživy, vyprázdnění střev klyzmatem a projímadly, celkové provedení hygieny s důrazem na

odlícení obličeje a odlakování nehtů, příprava operačního pole oholením, odmaštěním kůže a dezinfekcí),

- psychická příprava pacienta (minimalizace strachu a stresu z operace),
- anesteziologická příprava (premedikace večer před spaním sedativy a hypnotiky, ráno před výkonem premedikace před samotnou anestezií) (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 34; Erzurumlu a kol., 2017, s. 190–194).

2.1.3 Bezprostřední příprava

- vymočení těsně před výkonem,
- kontrola dokumentace (indikace k výkonu, informovaný souhlas, stranová záměna, aktuální zdravotní stav, výsledky vyšetření, podání medikace dle ordinace lékaře),
- kontrola operačního pole a lačnosti,
- u zákroků střev ráno před výkonem ještě znovu provést očistné klyzma doplněné anální hygienou,
- vynětí zubní náhrady, odložení šperků,
- provedení vysokých bandáží dolních končetin,
- dle ordinace lékaře zavedení žilního vstupu či katetrizace močového měchýře,
- podání premedikace, eventuálně ATB terapie,
- kontrola vitálních funkcí,
- komunikace s pacientem (Kyslan a kol., 2010, s. 82; Slezáková a kol., 2010, s. 39; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 36).

2.2 Perioperační péče

Tuto fázi ošetrovatelské péče o pacienta v průběhu operačního výkonu zajišťují anesteziologické a sálové sestry, mezi nejdůležitější činnosti řadíme zajištění pacienta proti pádu, vzniku dekubitů, infekčních komplikací a hypotermii. Dále sledování a evidence základních životních funkcí pacienta. Sledování průběhu anestezie, vedení dokumentace. Samozřejmostí je sledování průchodnosti endotracheální kanyly a žilních vstupů. Sledují se pacientovy reakce na případné komplikace, zajišťují aplikaci farmak a infuzních roztoků (Slezáková a kol., 2010, s. 39; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 40).

2.3 Pooperační péče

Pooperační péče je z pohledu všeobecných zdravotních sester nejdůležitější fáze, neboť tato péče může významně ovlivnit průběh rekonvalescence pacienta a její délku. Všeobecná sestra si vypracovává určitý ošetrovatelský plán, který lze rozdělit do pěti kroků, a to posuzování stavu pacienta, diagnostika, plánování úkonů, jejich realizace a následné vyhodnocení a zjišťování, zda bylo dosaženo plánovaných cílů (Plevová, 2012, s. 105).

Pooperační péče o pacienta po hemoroidektomii probíhá na standardním oddělení, případně na specializovaných jednotkách intenzivní péče aj. (Slezáková a kol., 2010, s. 36).

2.3.1 Sledování fyziologických funkcí

Bezprostředně po provedené operaci jsou u pacienta sledovány vitální funkce, a těmi jsou puls, dech, krevní tlak, tělesná teplota a stav vědomí. Dále jsou kontrolovány v intervalech stanovených lékařem. Tyto životní funkce jsou zapisovány do dokumentace pacienta (Slezáková a kol., 2010, s. 37).

2.3.2 Poloha nemocného

Při polohování nemocného je nutné brát ohled na typ zvolené anestezie – zda se jednalo o zákrok pod celkovou anestézií nebo v lokální narkóze. Hned, jakmile to stav pacienta dovolí, je nutné ho začít mobilizovat. Nejprve je vhodné pacienta na lůžku usazovat, poté nechat sedět s nohama dolů z postele a pozvolna zkoušet vstávání z lůžka. Vstávání z lůžka je nutné za dohledu všeobecné sestry, aby se předešlo pádu nebo úrazu pacienta. Vhodné úlevové polohy si volí pacient sám podle toho, jak je mu to příjemné. Je však dobré polohy střídát (Zeman, Krška, 2011, s. 267).

2.3.3 Bolest a poruchy spánku

Po operaci hemoroidů se u pacientů objevuje poměrně vysoká citlivost a bolestivost, z toho důvodu je pacientům po operaci naordinována analgezie. Analgetika se podávají bezprostředně po zákroku formou i.v. infuze, později lze i perorálně. Bolest je monitorována a je hodnocena její škála – stupeň, druh bolesti, její lokalizace, charakter a trvání (Vopeláková, Raitmajerová, 2006, s. 55–56).

2.3.4 Močení

Jelikož operace hemoroidů probíhá v oblasti pánve a konečníku, tedy v blízkosti močového měchýře, problémy s močením mohou být u pacientů časté. Po operaci je nutné u pacienta kontrolovat vyprazdňování a údaje o něm zaznamenávat. Obtíže s močením mohou vyvolávat jednak podávaná analgetika a anestetika, která snižují senzibilitu, dále také psychické důvody pacienta, který má například strach z bolestivého močení. Nelékařský zdravotnický pracovník může pacientovi pomoci tak, že ho doprovodí na toaletu, pustí kohoutek s tekoucí vodou a ta ho může stimulovat k močení. Případně je možné přikládat na oblast stydké spony obklady. V případě, že se pacient ani po dobu 8 hodin od operace nevymočí, bude se mu muset zavést permanentní katétr, případně ho jen jednorázově vycévkovat (Zeman, Krška, 2011, s. 292).

2.3.5 Vyprazdňování

První stolice po operaci by měla odcházet cca po 48–72 hodinách, jelikož těsně před operací docházelo k podání laxativ, která měla za úkol vyprázdnit celé tlusté střevo. Aby byla postupně obnovena střevní pasáž, je třeba pacientovi pozvolna podávat stravu a dostatečné množství tekutin, aby stolice byla co nejvíce měkká a kašovitá. Průjem ani zácpa nejsou po operaci žádoucí. Zácpa by způsobovala velmi bolestivé vyprazdňování a podráždění ran. Průjem by mohl působit podráždění a stenózu konečníku, pokud by stolice pouze protékala. Pokud se pacient během 3–4 dní nevyprázdní, bude potom nutné provést vyšetření per rectum pro zjištění, zda se v konečníku nehromadí stolice. Případně se pacientovi podají projímadla. Vyprazdňování je nutné sledovat a zaznamenávat, a to včetně četnosti, konzistence, barvy, zápachu či příměsi (Kelnarová, 2009, s. 151–154).

2.3.6 Hygiena a převazy

Bezprostředně po zákroku, v den operace, je třeba pacientovi pomoci s hygienou přímo na lůžku. Od dalšího dne je ale třeba začít pacienta mobilizovat, doprovázet ho na toaletu a do koupelny a s hygienou mu pomáhat. Pacient musí dbát na dokonalou hygienu konečníku, provádět vlažné sprchy po každé stolici. Po sprše je nutné ránu dostatečně osušit a provést její převaz. Je třeba sledovat a kontrolovat ránu a její okolí při provádění hygieně, a to zejména její nadměrné krvácení, nadměrnou sekreci, patologický sekret vytékající z rány, zčervenání, otok a jiné (Kelnarová, 2009, s. 131–140).

2.3.7 Výživa

V den provedené operace smějí pacienti přijímat pouze tekutiny. Od druhého dne je možné zařadit tekutou nebo kašovitou stravu. Většinou se podává vývar nebo jiné druhy smetanových rozmixovaných polévek, jogurty, pudinky, jogurtové nápoje nebo různé druhy kaší. V dalších dnech lze postupně přidávat bílé pečivo, libové bílé maso (kuřecí, králičí, ryby), omáčky, těstoviny. Je nezbytné zpočátku dodržovat bezezbytkovou dietu, tzn. dietu bez slupek, ovoce, zeleniny, vlákniny a celozrnného pečiva. Díky bezezbytkové dietě není stolice tak objemná a nedráždí střevní sliznici. Pacient musí být dále poučen, aby přijímal stravu v pravidelných dávkách a v malých porcích. Strava má být pestrá, ovoce a zeleninu by měl přijímat ideálně ve formě šťáv, tedy bez slupek a dužiny. Vhodné není používání ostrých, kořeněných jídel, luštěnin, tučných jídel, pití kávy, alkoholu, perlivých vod a černého čaje (Slezáková a kol., 2010, s. 249–250).

2.3.8 Spodní prádlo po hemoroidektomii

Obyčejné spodní prádlo je pro pacienty s hemoroidy i pro pacienty po provedené hemoroidektomii velmi nekomfortní, tlačí je, škrte a působí bolestivost. Proto jsou vhodné speciální kalhotky pro pacienty s hemoroidy nebo po prodělaném zákroku, které na rozdíl od běžných kalhotek obsahují speciální polštářky, které snižují tlak na konečník. Kalhotky obsahují měkkou bavlněnou podložku, která nepůsobí takové stlačení hýždí, snižuje stimulaci análních nociceptorů a bolestivost je tím snížena (Setiyaningsih a kol., 2020, s. 69–70).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA PRÁCE

Prvním krokem při tvorbě bakalářské práce bylo sepsání teoretické části, jejíž vypracování bylo nezbytným krokem pro pochopení celého tématu a stanovení dalších cílů předkládané práce.

Před tvorbou praktické, výzkumné části bylo třeba si definovat, jakým stylem bude docházet ke sběru dat.

3.1 Cíle práce

Hlavním cílem kvalitativního výzkumu bylo zjistit, jak je nastaven ošetrovatelský proces na chirurgickém oddělení Nemocnice s poliklinikou Havířov a zda odpovídá ošetrovatelskému procesu nastudovanému v odborné literatuře v teorii.

Dílčí cíle

Cíl č. 1: Zhodnotit, zda nastavená pooperační péče odpovídá standardu a zda by byla vhodná změna.

Cíl č. 2: Na základě ošetrovatelské dokumentace vybrat pooperační komplikace, zjistit správnost pooperační péče a navrhnout možné zlepšení.

3.2 Organizace výzkumu

Před zahájením kvalitativního výzkumu byla vypracována žádost o umožnění přístupu k informacím ze zdravotnické dokumentace, která musela být Nemocnicí s poliklinikou Havířov schválena (viz příloha P 1).

Následně probíhala analýza z ošetrovatelské dokumentace za přítomnosti vrchní sestry chirurgického oddělení.

3.3 Metoda kvalitativního výzkumu

Výzkum byl proveden metodou obsahové analýzy dokumentů, tedy obsahovou analýzou zdravotnické dokumentace pacientů po prodělané hemoroidektomii v průběhu v předchozích pěti letech. Obsahová analýza dokumentů se řadí mezi základní metody pro získávání relevantních údajů ze zdravotnické dokumentace (Vörösová, Solgajová, Archalousová, 2015, s. 86).

Pro vyhodnocení cíle č. 1, který měl za úkol zhodnotit nastavenou ošetrovatelskou péči (standard léčby je součástí přílohy P 4), byl vytvořen formulář obsahující následující otázky:

- Byly u pacienta po zákroku sledovány základní fyziologické funkce (puls, krevní tlak, tělesná teplota)?
- Byly tyto údaje v pravidelných intervalech 2x denně zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci?
- Byla pacientovi naordinována po zákroku analgetika?
- Měl pacient problémy se spánkem? Pokud ano, byla mu podávána na noc hypnotika?
- Měl pacient po zákroku problémy s močením?
- Bylo nutné pacientovi zavést cévku nebo permanentní katéتر?
- Byla provedena edukace hygieny konečníku?
- Došlo u pacienta k defekaci nejpozději třetí až čtvrtý den po zákroku?
- Byl pacient edukován o výživových opatřeních?

Při zpracování cíle č. 2 budou v ošetrovatelské dokumentaci vyhledány pooperační komplikace, bude zhodnocen průběh péče a navrženo možné zlepšení.

3.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro vyhodnocení vymezených cílů byla zvolena metoda kvalitativní obsahové analýzy dokumentů, tedy sběr dat ze zdravotnické dokumentace pacientů. Pro metodu je typické, že nedochází ke sběru nových dat z terénu (např. jako u dotazování či pozorování), ale jsou vyhodnocena již existující, dříve sesbíraná data. Šlo o retrospektivní studii, kdy předmětem zkoumání byla zdravotnická dokumentace pacientů s hemoroidální diagnózou (Linderová, Scholz, Munduch, 2016, s. 54).

Kritérium pro výběr vzorku bylo následující:

- Ošetrovatelská část dokumentace pacientů s hemoroidální anamnézou, u nichž byl proveden invazivní zákrok hemoroidektomie.
- Rozmezí posledních pěti let (tedy období 2015 až 2020).
- Pacienti byli voleni bez ohledu na pohlaví, věk, rodinnou anamnézu, zdravotní stav či předchozí lékařské zákroky.
- Analyzována byla zdravotnická dokumentace z chirurgického oddělení NsP-Havířov, kde byl povolen výzkum.

Lze rozeznat několik indikátorů v rámci ošetrovatelské péče, např. spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí, spokojenost pacientů s tlumením bolesti, spokojenost pacientů s množstvím a kvalitou poskytovaných informací, ale také spokojenost všeobecných sester, poměr jednotlivých kategorií ošetrovatelského personálu na jednotce, počet hodin, které ošetrovatelský personál stráví na pracovišti při ošetrování, dále také počet nehod, úrazů nebo pádů pacientů (Vašátková, 2003, s. 28).

3.5 Zpracování dat

Pro vypracování praktické části a zpracování dat, která měla být zpracována v bakalářské práci, bylo po domluvě s vrchní sestrou chirurgického oddělení nahlédnuto do zdravotnické dokumentace náhodně 135 pacientů od roku 2015 do roku 2020.

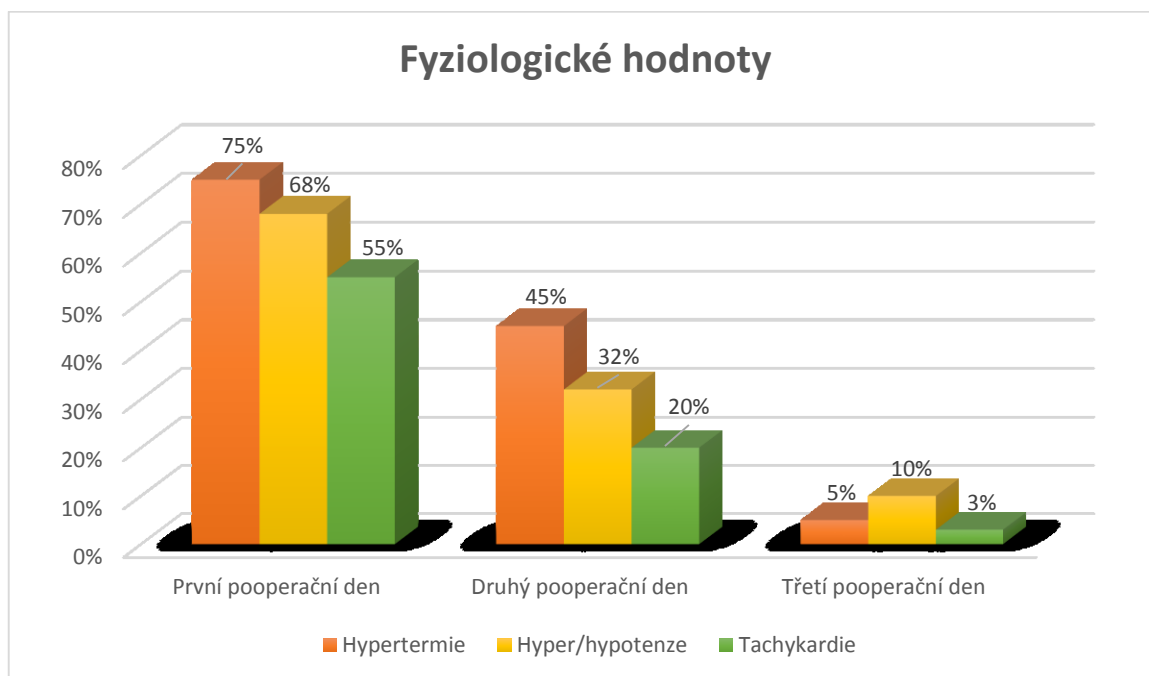
Z každého roku bylo vybráno náhodně minimálně pět ošetrovatelských dokumentací s pacienty, kteří v daném roce prodělali invazivní zákrok hemoroidektomií. Nebyl brán v potaz věk, pohlaví, rodinná anamnéza, ani zdravotní stav či předchozí lékařské zákroky.

Získané odpovědi byly zaznamenány do grafů a propočítány procentuálně v aplikaci Microsoft Word a Microsoft Excel. Edukační materiál byl vytvořen v programu Canva a úpravy byly realizovány v programu Adobe Photoshop.

Na základě stanovených otázek k vyhodnocení cílů, které byly stanoveny pro bakalářskou práci, byly z dokumentace přímo v nemocnici vytvořeny obsahové analýzy s tím, že tato data poslouží jen pro zkoumání cílů bakalářské práce a nikde nebudou zveřejněna jména ani data zkoumaných pacientů a jejich léčby.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

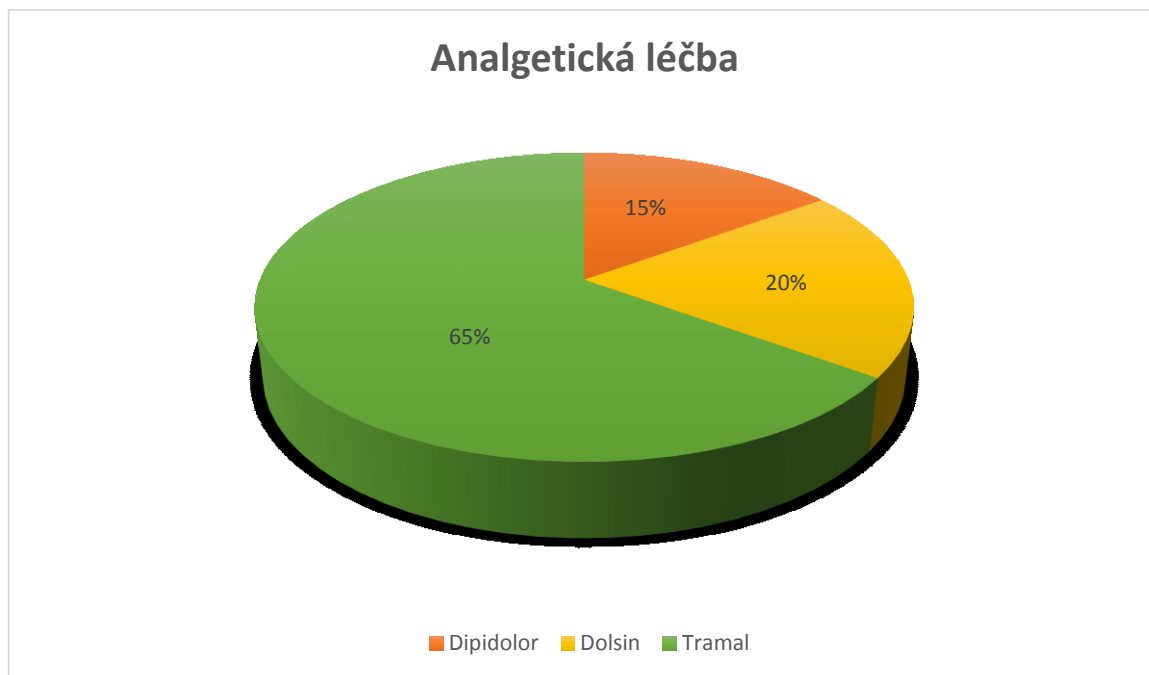
Od roku 2015 do roku 2020 bylo nahlédnuto celkem do 135 ošetrovatelských dokumentací. Otázky v kapitole 3.3 byly zpracovány do tabulky v MS Excel, která je součástí přílohy P 3.



Graf 1 *Fyziologické hodnoty*

Ihned po operaci byly pacientovi zjišťovány základní fyziologické funkce, tedy puls, krevní tlak a tělesná teplota. Vzhledem k pooperačnímu stavu se toto měření provádělo u pacienta v klidu a vleže. Tyto úkony se prováděly dvakrát denně, a to před ranní vizitou a večer před spaním. U pacientů se v prvním dni po operaci projevila subfebrilie, hypertenze či hypotenze. Zvýšenou tělesnou teplotu mělo první den 75 % pacientů (101 pacientů ze 135 zkoumaných). Druhý den po operaci měla zvýšenou tělesnou teplotu už jen necelá polovina pacientů, tedy 45 % (tj. 61 pacientů). Třetí den po operaci už jen sedm pacientů, tzn. 5 %. Výkyvy v krevním tlaku mělo první pooperační den 68 % pacientů (tj. 92 pacientů), druhý den po operaci 43 pacientů, tedy 32 % a třetí pooperační den už jen 13 pacientů, tzn. 10 %. První pooperační den mělo 55 % pacientů tachykardii (tzn. 74 pacientů), druhý den už to bylo jen 27 pacientů (20 %) a třetí den měla zrychlený puls jen 3 % pacientů, tj. čtyři pacienti ze 135 zkoumaných.

Měření tělesných funkcí, především teploty a krevního tlaku, je po provedené hemoroidektomii velmi nutné pro případné zjištění nežádoucích pooperačních stavů (Jirkovský, Hlaváčová, 2012, s. 168).

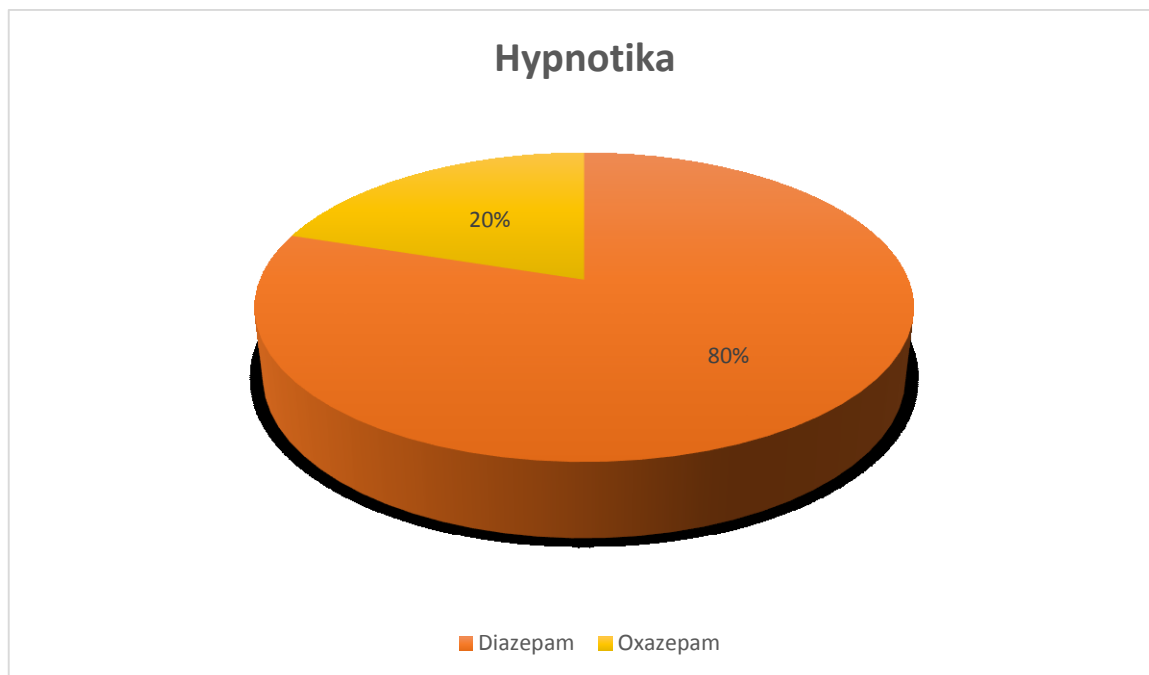


Graf 2 Analgetická léčba

Všem pacientům byla po operaci podána analgetika a lehká hypnotika pro utišení pooperačních bolestí a pro klidnější spánek, který je právě v prvních pooperačních dnech rušen především bolestí. Z toho důvodu je nutné (pokud není určena kontraindikace) pravidelné podávání analgetik. Nejvíce se pacientům podával Tramal (89 pacientů ze 135 sledovaných, což je 65 %), Dolsin (27 pacientů ze 135, což je 20 %) a event. Dipidolor (21 pacientů ze 135, což je 15 %). V prvních dnech pacienti dostávali analgetika formou infuzní a injekční terapie, a poté v tabletové formě. Celkově pacienti zvládali svůj stav uspokojivě.

Veškeré údaje o měření tělesných teplot a podávaných medikamentech se musí pravidelně zaznamenávat do zdravotnické dokumentace. U většiny pacientů po podání léků a odeznění pooperačního stavu byly sledované hodnoty v normálu. Jen u každého 15. pacienta musel být pooperační stav konzultován s lékařem, protože se zde vyskytly i další pooperační komplikace. Veškeré údaje zmíněné výše byly u všech 135 pacientů (100 %) zaznamenány 2x denně do zdravotnické dokumentace.

Analgetika byla podávána pacientům skoro ve všech případech s výjimkou těch, kteří trpěli lékovou alergií. Těmto pacientům byly podány jiné utišující léky na bázi analgetik, na které nebyli pacienti alergičtí. Bolest se monitorovala a hodnotila škálou VAS. Zejména se hodnotil stupeň a druh bolesti, lokalizace a charakter obtíží. V pooperačním období nejčastěji ve formě infuzní terapie.



Graf 3 *Hypnotika*

Většina, 118 pacientů ze sledovaných 135, což je 87 % pacientů, měla po operaci první den problémy s usínáním. V některých případech se jednalo spíše o stresovou situaci, která nespojila ani tak s pooperačním stavem, jako spíše s pobytem nemocnici, uvědoměním si své nemoci či myšlenkami na své blízké (Slezáková, 2010, s. 37).

Současně však 118 pacientů mělo problém se spánkem z důvodu bolestí, hypertermie nebo nepohodlí na nemocničním lůžku (osoby zvyklé spát na zádech se v prvních třech dnech nevyspaly vůbec, nebyly zvyklé spát na boku, popřípadě na břicho). Těmto pacientům byla vypodložena pánev a všem byla podána hypnotika. Nejčastěji používaná hypnotika byla z 80 % Diazepam (95 pacientů) a z 20 % Oxazepam (27 pacientů ze 118).

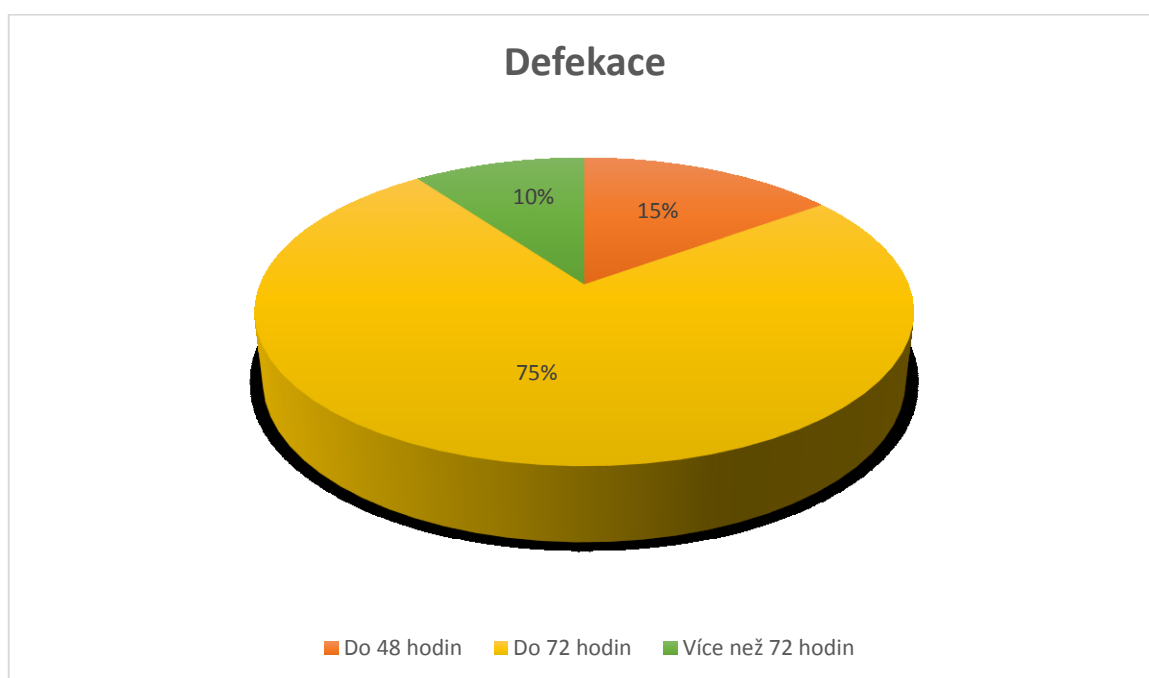


Graf 4 *Využití močové cévky a PMK*

Problémy s močením mělo první pooperační den 123 pacientů (91 %), proto se u většiny z nich zavádí močový katétr nebo cévka. U pacientů se sekundárním onemocněním se pak sledovala 24hodinová diuréza. Kontrola vylučování v pooperačním období je velmi důležitá. Nejpozději do 8 hodin od operace by se měl pacient vymočit. Jak ukazuje Graf č. 4, u 94 pacientů ze 135 (68 %), byl zaveden permanentní močový katétr a jednorázově bylo vycévkováno 32 % pacientů (41 pacientů ze 135). Sestry odchod stolice a plynů ovlivňují zejména pooperační mobilizací. K vyprázdnění by mělo dojít nejpozději do 48–72 hodin po operaci. Po hemoroidektomii je nezbytně nutné co nejdříve začít s osobní hygienou především v operované oblasti. Erudované všeobecné sestry hodnotily a kontrolovaly operační ránu, zejména množství a barvu sekretu. Dále velikost, hloubku, okraje a okolí rány, krvácení, popřípadě zápach rány a pravidelně kontrolovaly osobní hygienu pacientů, protože dodržování základních hygienických pravidel snižuje riziko vzniku infekce v operační ráně, a tím také zkracuje dobu pracovní neschopnosti klienta. Od druhého dne je možné krátké sprchování s použitím nedráždivého mýdla na kůži okolí, proto bylo všem pacientům po každém vyprázdnění doporučeno krátce se osprchovat. Všichni pacienti před plánovou operací byli poučeni o zvýšené osobní hygieně, která je naprosto nezbytná u tohoto druhu zákroku. Při nedodržování základních hygienických návyků je zvýšené riziko pooperačních komplikací (Korbička a kol., 2012, s. 482–489).

Všech 135 pacientů (100 %) bylo edukováno o dostatečné hygieně konečníku.

Vzhledem k tomu, že po hemoroidektomii jsou pacienti propuštěni do domácího prostředí nejpozději tři až čtyři dny po zákroku, sleduje se následná defekace velmi pečlivě. První dny po výkonu dostávali pacienti šetrící kašovitou stravu a postupně běžnou stravu. K obnově stolice mělo dojít nejpozději druhý den od operace. Jak ukazuje Graf č. 5, defekace do 48 hodin proběhla ze 135 sledovaných pouze u 20 pacientů (15 %), do 72 hodin u 102 pacientů ze 135 sledovaných (75 %) a 13 pacientů (10 %) mělo s defekací problémy, proběhla u nich až po více než 72 hodinách. Vzhledem k podávané stravě většina pacientů s defekací problémy neměla, spíše pociťovala bolest.



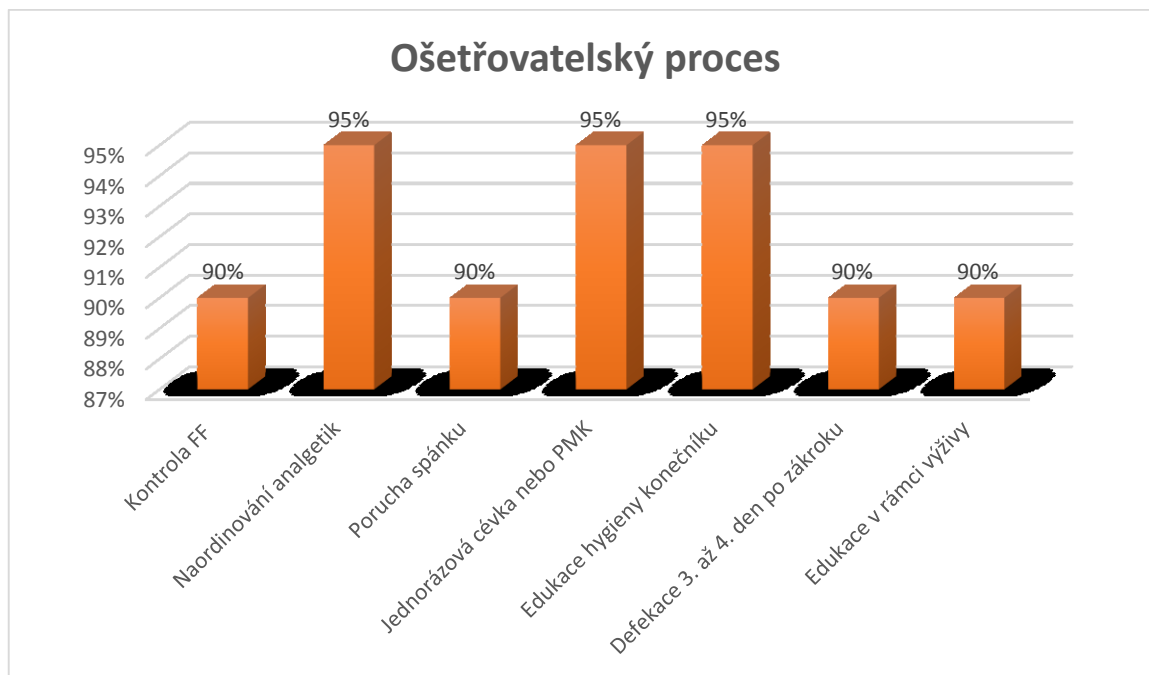
Graf 5 Defekace

Všichni pacienti byli před zákrokem, po zákroku a před propuštěním do domácího prostředí důrazně upozorněni a seznámeni s následnými režimy, které je nutné po operaci dodržovat, ať už se jedná o osobní hygienu, stravování, pohyb nebo pravidelné kontroly u praktického lékaře. Všech 135 pacientů (100 %) bylo edukováno o dodržování správného dietního režimu.

Cíl práce č. 1 byl splněn. Na základě prozkoumané zdravotní dokumentace náhodně vybraných 135 pacientů bylo zjištěno, že v NsP-Haviřov jsou dodržovány nastavené ošetrovatelské procesy v rámci pooperační péče, jež odpovídají teorii.

Všem pacientům byly po operaci měřeny hodnoty fyziologických funkcí a zaznamenávány do zdravotnické dokumentace. Pacientům byla podána analgetika k utišení bolesti a hypnotika pro lepší spánek. První den po operaci jim byl zaveden močový katétr pro lepší

vylučování a byla podávána lehká strava, která nakonec vedla k následné defekaci. Všeobecné sestry pravidelně kontrolovaly ošetřenou ránu a důsledně pacienty nabádaly k pravidelné osobní hygieně, zejména po každém vyprázdnění. Do třetího až čtvrtého dne po operaci došlo u všech pacientů k defekaci a mohli být propuštěni do domácího ošetřování s radami, jak se po operaci chovat, jakou si připravovat stravu, či s doporučením sportovat.



Graf 6 Ošetřovatelský proces

Graf č. 6 ukazuje zhodnocení nastaveného ošetřovatelského procesu v rámci pooperační péče. Dílčí cíl č. 1 byl splněn. Všechny nastavené ošetřovatelské procesy jsou v NsP-Havířov nastaveny správně a pečlivě dodržovány.

4.1 Analýza pooperačních komplikací

Pro zpracování cíle č. 2 bylo vybráno ze zdravotnické dokumentace náhodně vybraných 135 pacientů nejčastější pooperační komplikace, které se vyskytují po hemoroidektomii. Na závěr jednotlivých komplikací bude zhodnocen postup léčby a určena její správnost, popř. bude navrženo zlepšení pooperační péče.

4.1.1 Pooperační komplikace – infekce pooperační rány

Mezi nejčastější pooperační komplikace po operaci hemoroidektomie patří infekce pooperační rány (Šlauf a kol., 2014, s. 223–225).

Pacientka, jinak zdravá žena s mírnou nadváhou a s hypotyreózou, dlouhodobé potíže s vyprazdňováním po druhém porodu, trpěla syndromem vlhkého konečníku a zácpou.

Byly jí diagnostikovány hemoroidy 3. stupně s reponibilním prolapsem hemoroidální pletně. Byla jí doporučena hemoroidektomie. V noci po operaci pacientka špatně spala, při každé změně polohy se budila ostrým píchnutím v konečníku. Na přítomnost bolesti dostala aplikovanou injekci Tramal 1 amp. i.m. Po injekci bolesti ustoupily a pacientka pospávala. Ráno měla pacientka subfebrilii, hypertenzi a z rány mírně krvácela. Byl jí doporučen klid na lůžku, přijímala pouze tekutiny a rána jí byla převázána, vydezinfikována a bylo přiloženo nové sterilní krytí. Opět byl aplikován Tramal 1 amp. i.m. Pacientka dopoledne prospala, před obědem měla opět subfebrilie a udávala silnější bolesti. Byla navržena revize rány z důvodu možné infekce operační rány. Po dohodě s lékařem byla provedena chirurgická revize konečníku v celkové anestezii. Pacientka byla po reoperaci přeložena na 24 hodin na JIP, kde jí byly pravidelně kontrolovány životní funkce, a každé dvě hodiny byla kontrolována operační rána. Operační rána se jevila dobře a pacientka mohla být po 24 hodinách vrácena na standardní pokoj. Opět jí byla podána analgetika, pacientka měla mírnější bolest na stupnici VAS 2–3. Na noc opět dostala Tramal 1 amp. i.m. pro klidnější spánek. Již byla afebrilní. Druhý den se pacientka cítila lépe, s pomocí NLZP si došla na toaletu a provedla základní hygienu. Opět byla provedena kontrola operační rány s uspokojivým nálezem, pacientka si dále na bolesti nestěžovala, byly zhodnoceny na stupnici VAS 1–2.

Uvedené pooperační komplikace jsou časté po hemoroidektomii, a proto byla rychle nasazena premedikace a provedena revize operační rány. Již druhý den po reoperaci vykazovala pacientka příznivý stav a 5. den po reoperaci byla uskutečněna dimise. Vzhledem k tomu, že se nejednalo o žádnou vážnou komplikaci, lze hodnotit postup zdravotnického personálu jako správný. Pro další případy by bylo vhodné důkladněji prohlížet rány a při prvních náznacích možných komplikací ihned informovat sloužícího lékaře. Předěšlo by se tomu, že by pacientka zbytečně pociťovala dva dny bolesti a její rekonvalescence se prodloužila o další dva dny.

Celková péče byla zhodnocena velmi dobře. Jako výborná byla hodnocena pooperační péče a léčba pooperačních komplikací, jako velmi dobrá následné komplikace. Jak bylo uvedeno výše, pacientka nemusela dva dny pociťovat silné bolesti, kdyby se na infekci rány přišlo dříve.

4.1.2 Pooperační komplikace – alergická reakce

Zde se jednalo o pacienta s bronchiálním astma a alergií na pyl a prach. Po operaci dýchal normálně a spolupracoval. Dostal dvě infuze a všeobecná sestra sledovala fyziologické funkce každý 15 minut. TK byl v normě, pospával, operační rána byla bez prosaku, VAS 2-3. Večer měl subfebrilii 37,8 °C z důvodu operačního výkonu, zvýšení rizika infekce z důvodu zavedení flexibilní kanyly a v operační ráně. Pacientovi byla monitorována bolest, podána analgetika Tramal 100 mg i.m., klid na pokoji, byl informován o úlevové poloze a dále byla monitorována dechová frekvence. Druhý den po operaci opět zvýšená TT z důvodu operačního výkonu, dostal na radu lékaře Paramax 500 mg 1 tbl. p.o., dále byl afebrilní, byl sledován kvůli účinku podávaných léků. Byla monitorována TT a pooperační rána. Za pomoci NLZP vstal a byla provedena základní hygiena. Pacient dostal Lactulósa sirup a kašovitou stravu bohatou na vlákninu. Večer si stěžoval na zarudnutí HKK, otok a kožní vyrážku. Před spaním mu byla podána analgetika Tramal 1 amp. i.m. a antihistaminika Dithiaden 2 mg.

Třetí den ráno si pacient stěžoval na bolest, udával VAS 5–6, přičemž exantém přetrvával. Byl mu podán Dipidolor i.m. Kontrola rány bez jakýchkoliv zhoršených příznaků. Pacient pomalu přecházel na tuhou stravu, močit již chodí na toaletu a provádí veškerou hygienu sám. Má abstinenci příznaky kuřáka, kouřit má však zakázáno. Alergie pomalu ustupuje. Večer byl afebrilní jen s menším exantémem, normotenze. Na noc užil Oxazepam a Dithiaden.

Čtvrtý den je bolest v rozmezí VAS 2–3, došlo k defekaci s menším množstvím krve, afebrilní, exantém ustupuje. Pátý den defekace bez příměsi krve, exantém již nepřítomen, pacient se cítí dobře, bolest hodnotí na VAS 1–2.

Alergická reakce patří mezi nejčastější vedlejší účinky po operaci (Informovaný souhlas, 2017).

Mohlo se jednat o alergii na dezinfekční roztok operačního pole, podání anestetik nebo analgetik, či nadměrné větrání pokoje sousedního pacienta při kvetoucích stromech. U tohoto pacienta vznikly alergické reakce pravděpodobně v souvislosti s jeho anamnézou – astma bronchiale s alergickou reakcí na prach a pyly. Správně byla podána analgetika a antihistaminika. V kombinaci těchto léků došlo k rychlému odeznění příznaků a pacient mohl být po pěti dnech propuštěn domů. NLZP tak postupoval správně a v jejich postupu nelze shledat nic závažného.

Celková péče byla zhodnocena známkou jedna, tedy výborná. Na výbornou byla hodnocena i pooperační péče a léčba pooperačních komplikací, stejně tak i následná alergická komplikace.

4.1.3 Pooperační komplikace – dyspnoe a hematom v okolí rány

Mezi další pooperační komplikace může patřit i dušnost pacienta. Dušnost bývá spojována hlavně s obézními pacienty a silnými kuřáky (Informovaný souhlas, 2017).

Pacient, mužského pohlaví, ve věku 59 let, ženatý, dvě dospělé děti. Při přijetí měl hemoroidy 3. stupně, hypertonik, silné postavy, silný kuřák. Subjektivně se cítil dobře, dlouhodobě se léčí s hypertenzí a dechovými obtížemi. Mikce volná, se stolicí má dlouhodobé problémy, časté střídání zácpy a průjmu. V posledních měsících ve stolici objevil krev. Na doporučení praktického lékaře se objednal na invazivní zákrok.

Za velmi stresující považoval hospitalizaci, zda bude moci bez obtíží chodit na toaletu.

Po operaci byl pacient převezen na dospávací pokoj k nabytí plného vědomí. Byla mu nasazena kyslíková maska pro zhoršené dýchání, avšak spolupracoval. Byly mu aplikovány dva infuzní roztoky, sestra sledovala fyziologické funkce co 15 minut, přičemž měl tachykardii. Po odeznění dvou hodin byl pacient plně při vědomí a byl přeložen zpět na standardní oddělení. Večer měl subfebrilie a nadále trvala oxygenoterapie. Pacientovi byla monitorována bolest, přičemž na stupnici VAS byla 5–6, byla mu podána analgetika dle ordinace lékaře, tj. Tramal 100 mg i.m. Byl doporučen klid na lůžku, byl informován o úlevové poloze a i nadále byla monitorována dechová frekvence.

Druhý den po operaci byla zvýšená TT z důvodu operačního výkonu, měl hypertenzi, saturace kyslíkem byla vyhovující. Operační rána byla bez prosaku, bez erytému. Byl proveden převaz operační rány, byla klidná. Pacient dále ventiluje za pomoci kyslíkové masky. Za pomoci NLZP se vertikalizoval, provedl základní hygienu, užil sirup Laktulósa a dostal kašovitou stravu bohatou na vlákninu. Večer si stěžoval na zhoršení bolesti na úrovni VAS 7-8, byl dušný.

Po dohodě s lékařem převezen na JIP se stálým monitoringem VF a bolesti. Dostal infuzní terapii se Syntophyllinem, hypotenzivy a analgetiky. Byl zaveden permanentní močový kátr. V noci mu musela být znovu aplikována analgetika, pacient sténal bolestí.

Třetí den byl zjištěn hematoma v okolí operační rány, lékařem bylo nařízeno sledování rány a hematoma každé dvě hodiny. Většinou se hematomy vstřebávají samy a není nutná reoperace. Dýchání se zlepšilo, pacient již nepotřeboval kyslíkovou masku, hypertenze trvá, mírně subfebrilní. Pacient má tekutou stravu, stále má močový katétr.

Čtvrtý den byl pacient převezen na standardní pokoj, dýchání se upravilo, afebrilní, TK vzhledem k jeho anamnéze v normě, bolest VAS 3–4, částečně vstřebaný hematoma v okolí rány. Pacient dostává kašovitou stravu a sirup Laktulosa a je s pomocí NLZP odveden do koupelny k provedení hygieny. Dále byl poučen o možných polohách v lůžku po hemoroidektomii tak, aby mu to bylo příjemné. Pacient vzhledem k silnému tabakismu má velké abstinční příznaky, občas trpí nauzeou a byl mu nařízen minimální pohyb.

Pátý den je pacient bez teploty, normotenze, mírně dušný, zatím bez defekace. Opět byl podán sirup Laktulosa a přechod k normální vyvážené stravě bez nadýmajících potravin s vysokým obsahem vlákniny. Byl mu odstraněn močový katétr, sestrou byl doprovázen na toaletu kvůli volné mikci, do večera byl bez defekace. Večer afebrilní, bolest VAS 2, provedena večerní hygiena, doporučeno vypít sklenici vlažné vody každou hodinu kvůli lepšímu vyprazdňování.

Šestý den po operaci je pacient afebrilní, normotenzní, bez dušnosti, má mírnou tachykardii kvůli obavám z defekace. Stěžuje si na bolest v podbřišku, defekace negativní. Dostává již tuhou stravu s vysokým obsahem vlákniny, Lactulozu a slabé projímadlo Fenolax. Celý den polehává, má silné abstinční příznaky. Večer u pacienta proběhla defekace s lehkou příměsí krve, bez TT, TK v normě, dýchání nyní obtížnější, připisování stresu a kouření.

Sedmý den je pacient afebrilní, TK v normě vzhledem k jeho anamnéze, mírně dušný – bez závažnějších komplikací, normokardie, mikce volná. Podávána tuhá strava již bez projímadla. Na doporučení lékaře je nutné operační ránu stále dezinfikovat, hematoma již plně ustupuje. Pacient je schopen sám vstát z postele, dojít si na toaletu, vykonat osobní hygienu, kouření zatím s omezením.

Osmý den má pacient fyziologické funkce v normě, defekace je bez příměsí krve, bolest VAS 2–3. Odpoledne dimise s doporučením dodržování intervalů hygieny, stravování, pohybovou aktivitou a bylo doporučeno omezit kouření. Kontrola byla plánovaná po týdnu s případným vyndáním stehů.

U tohoto pacienta se vyskytl problém s hematomem, který se vytvořil v podkoží kolem konečnickové krajiny a většinou dochází k jeho spontánnímu vstřebávání, reoperace je vzácná (Informovaný souhlas, 2017).

Pacientovi byla nařízena důsledná dezinfekce konečníku po každém vyprázdnění. Zde došlo z důvodu silného tabakismu, obezity a sedavého zaměstnání ke stresové situaci, která vyvrcholila druhý den hospitalizace, kdy pacient pociťoval silné bolesti a zhoršené dýchání, a i kvůli jeho vysokému tlaku byl umístěn na JIP, kde se později jeho stav stabilizoval. Po 24 hodinách na JIP se pacient vrátil na standardní oddělení. Dýchání bylo stále zhoršené, kvůli tabakismu a obezitě, neohrožovalo ho však již na životě. Poté se jeho stav začal zlepšovat, kouření mu bylo povoleno šestý den hospitalizace. Vzhledem k jeho věku, anamnéze, obezitě a častému kouření se jeho hospitalizace prodloužila o tři dny. I v tomto případě personál jednal profesionálně, možná vzhledem ke kouření a hypertenzi měl být pacient umístěn na JIP ihned po operaci, aby se předešlo stresovým situacím. Jeho stres měl také za následek, že k defekaci došlo až pátý den hospitalizace, u ostatních pacientů dochází k defekaci obvykle třetí den hospitalizace.

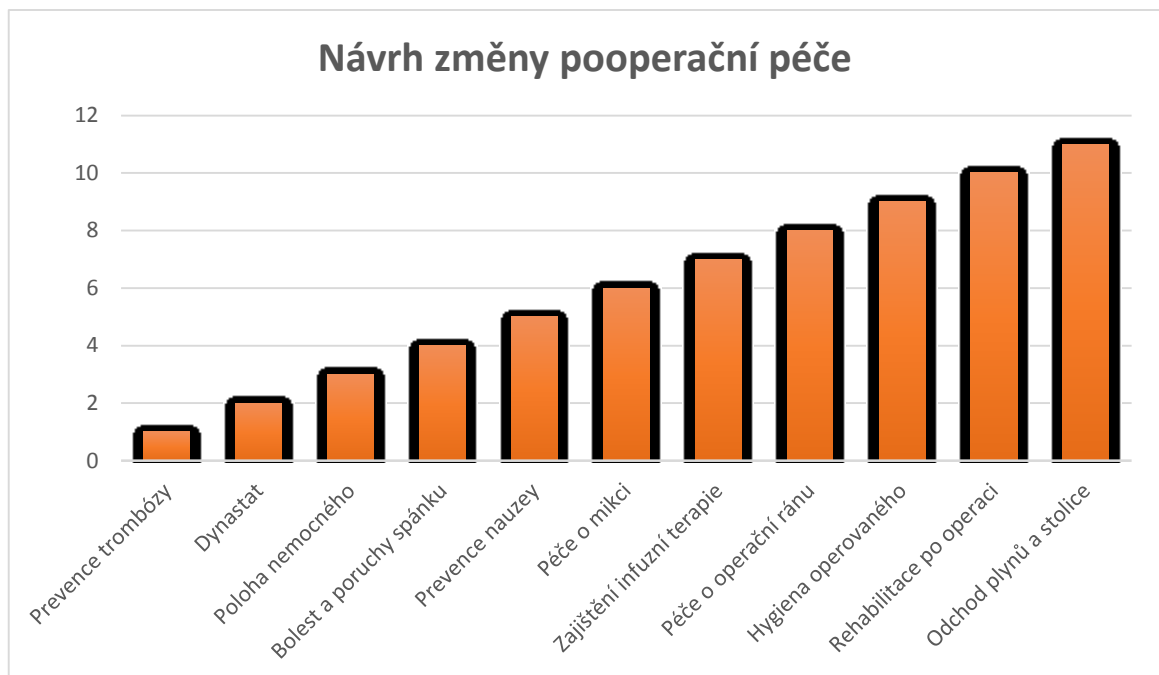
Celková péče byla zhodnocena známkou jedna, tedy výborná. Pacient trpěl po operaci dušností a absencí defekace. U tohoto pacienta se dále projevil stres s pobytem v nemocnici a s operací. Pacient byl obézní a silný kuřák.

4.1.4 Pooperační komplikace – poškození svěračů konečníku

K této komplikaci často dochází po hemoroidektomii. Částečně se lze této pooperační komplikaci vyhnout použitím Longovy metody (Šimša a kol., 2008, s. 64–67).

Léčba závisí na příčině a závažnosti, upravuje se dietou, léky, střevním tréninkem nebo operací. Víc než jeden typ léčby může být nutný pro úspěšnou kontrolu defekace, protože schopnost kontroly je komplexní funkce (Ehrmann, 2000).

Pacient po hemoroidektomii, dodržoval lékařské doporučení, ale občas porušoval stravovací doporučení. Protože u něj nezabrala dieta pro časté porušování, ani léky, bylo přistoupeno k operačnímu zákroku. Prozatím u něj byla provedena oprava poškozených oblastí. Pacientovi bylo zdůrazněno, že dietu musí dodržovat důsledně, jinak bude přistoupeno k připojení na umělý svěrač. Operace byla provedena koncem roku 2019.



Graf 7 Návrh změny pooperační péče

Graf č. 7 ukazuje základní pokyny pro pooperační péči o pacienty. Na prvním místě musí být prevence trombózy, na druhém místě podání léku Dynastat 15 minut před koncem výkonu, který urychluje hojení ran a předchází nauzei i vomitu.

4.2 Výsledky pooperačních komplikací

Pacienti s vybranými pooperačními komplikacemi měli hemoroidy 3. stupně, proto bylo rozhodnuto o chirurgickém odstranění, tzv. hemoroidektomii. Do vybraných kazuistik byli vybráni čtyři pacienti. Žena po dvou prodělaných porodech s mírnou nadváhou, s hypertenzí. Svobodný muž s bronchiálním astmatem a alergií, sportovec, nekuřák. Další starší muž, obézní, silný kuřák s hypertenzí, a v poslední řadě pacient s poruchou svěračů.

U ženy z první kazuistiky proběhla operace v pořádku, pooperační péče probíhala dle standardů, první den po operaci měla pacientka zvýšenou TT a bolesti. Jako pooperační komplikace byla u ní druhý den zjištěna infekce operační rány, a proto musela proběhnout reoperace. Poté problémy u pacientky odezněly a byla sedmý den propuštěna do domácího ošetření. V kazuistice nebyla shledána žádná pochybení, jen by bylo vhodné pro příště ránu častěji kontrolovat, aby pacientka netrpěla zbytečnými bolestmi. V tomto případě by byla vhodná změna pooperační péče nasazením léku, který urychluje rekonvalescenci.

U muže z druhé kazuistiky proběhla operace v normě. Pacient trpěl bronchiálním astmatem a alergií. U pacienta se první den po operaci objevil exantém a erytém z důvodu jeho anamnézy. Pacientovi byla podána antihistaminika. Léčba byla úspěšná, pacient neprojevoval žádné další vedlejší účinky operace. Pátý den po operaci byl propuštěn.

U třetího pacienta proběhla operace taktéž v normě, pooperační péče proběhla standardně. Kvůli pacientově anamnéze hypertenze, tabakismu a obezitě došlo den po operaci ke zhoršenému dýchání a stupňování bolesti. Pacient byl převezen na JIP. Druhý den po operaci se u něj objevil hematom v okolí rány. Rána byl častěji ošetřována, pacient byl po 24 hodinách přeložen na standardní oddělení. Měl problémy s defekací, neobjevila se u něj ani po 72 hodinách, po domluvě s lékařem bylo podáno projímadlo Fenolax. Následně večer k defekaci došlo. Kvůli silnému kouření a obezitě došlo k prodloužení hospitalizace o dva dny. Byl propuštěn do domácího ošetření po sedmi dnech od operace.

U čtvrtého pacienta proběhla operace v normě, bez pooperačních komplikací. Pacient porušoval dietní opatření a především kvůli tomu u něj došlo k poškození svěračů konečníku. Tato komplikace je poměrně častá, proto z těchto důvodů přistupujeme k šetrnějším operacím s využitím laseru, kdy k těmto komplikacím takřka nedochází. Je to však individuální a před zákrokem nelze s určitostí říci, zda bude mít pacient po operaci jakékoliv komplikace. Výsledky pooperační péče u pooperačních komplikací ukázaly profesionální přístup personálu, nedošlo k žádnému pochybení a vše probíhalo standardně.

4.3 Návrh na vytvoření edukačního materiálu pro pacienty

Jako výstup práce bylo navrženo vytvoření edukačního materiálu pro pacienty po hemoroidektomii. Existuje mnoho edukačních materiálů, které dostávají pacienti v čekárnách praktického lékaře, před nástupem na operaci nebo při odchodu z nemocnice. Mnohé nemocnice si edukační materiály tvoří samy (např. Klaudiánova nemocnice, Nemocnice na Františku, Městská nemocnice v Ostravě).

Pacienti by se především neměli bát zeptat svého ošetřujícího lékaře na cokoli, žádná otázka není hloupá, protože dobře informovaný pacient bude brzy spokojeně vyléčený pacient. Každý oddíl edukačního letáku by měl upozornit pacienty na svá specifika. Je nutné dbát na pravidelnou stolici, chodit na ni pokud možno pravidelně, při potřebě si zásadně na toaletě nečist a nevysedávat příliš dlouho. Svou stolicí by měl pravidelně kontrolovat (Ehrmann, 2000).

Je nutné dodržovat pravidelně osobní hygienu, zejména po každém vyprázdnění umýt konečník vodou a nedráždivým mýdlem. Jen při pravidelné a pečlivé hygieně se rána brzy zahojí. Měla by se dodržovat vyvážená strava plná vlákniny, zeleniny a ovoce. Omezit tučná, nadýmavá, kořeněná a smažená jídla, která mají na vylučování velký vliv (Tománková, online).

Edukační leták bude navržen tak, aby obsahoval všechna možná doporučení lékařů, aby byl pro pacienty přehledný a aby z něj získali co nejsrozumitelnější informace.

4.4 Doporučení pro praxi

Edukační leták byl sestaven tak, aby byl pro pacienty výstižný, zajímavý, barevně příjemný, informativní a poutavý. Byl navržen do osmi sekcí – čtyři obdélníky na první straně a čtyři obdélníky na straně druhé. Tento materiál má pacientovi připomenout a informovat ho, že se nemusí ničeho bát, ale že je potřeba dodržovat určité standardy, které mu napomohou s rychlejší rekonvalescencí a vrácení se zpět do normálního života.

Většina pacientů má z operace strach, neumí si představit, co je čeká, prožívají stres a nevědí, zda jejich potíže vůbec vymizí a zda se budou moci vrátit do normálu a za jakých předpokladů. Edukační leták by jim to měl usnadnit.

5 DISKUZE

Výzkumná část práce byla zaměřena na zjištění, formou obsahové analýzy zdravotnické dokumentace, jak probíhá pooperační péče o pacienty po hemoroidektomii. Úspěšná rekonvalescence záleží na přístupu zdravotnického personálu a dodržování standardů pooperační péče.

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda zdravotnický personál dodržuje předepsané zdravotnické standardy, které jsou dané po operačním výkonu (standard viz příloha P 4). Jedná se především o stav pacienta po operaci, zda jsou mu měřeny fyziologické funkce a zapisovány do zdravotnické dokumentace, zda pacienti mají zavedený močový katétr, zda jsou jim aplikována analgetika a hypnotika, zda pacienti dodržují základní hygienické návyky, zvláště omývání konečníku vlažnou vodou a mýdlem a kdy dochází po operaci k defekaci a jak snášejí bolesti.

Odpovědi na tyto otázky byly vyhledány ve zdravotnické dokumentaci, která byla zpřístupněna pod dozorem vrchní sestry chirurgického oddělení. Odpovědi byly zaznamenány a následně zpracovány i do grafické podoby pro lepší znázornění postupu pooperační péče.

Největší komplikace po hemoroidektomii v NsP-Haviřov je zvýšená tělesná teplota, puls, krevní tlak a infekce. Tyto pooperační komplikace jsou u druhu tohoto zákroku poměrně časté. Ke snížení teploty se používají antipyretika, dále i analgetika, která zároveň tlumí bolest po zákroku (Informovaný souhlas, 2017).

Nejpoužívanějšími analgetiky jsou v prvním až druhém dni po operaci podávány Tramal, Dolsin nebo Dipidolor. Bolest se měří dle VAS. Po operaci je nutné počítat u pacientů s bolestí vyšší. Bolesti souvisejí s operací a počátečním nepohodlím.

Na noc pacienti dostávají hypnotika z důvodu klidnějšího spánku.

V předvečer operace je pacientům podáváno klyzma Yall z důvodu pročištění střev. Dále jsou jim nasazovány kompresivní punčochy z důvodu omezení možné trombózy. Po operaci se pacientovi kontroluje často operační rána, aby nedocházelo k infekcím, otoku nebo vzniku hematomu.

Po operaci je nutné často ránu převazovat a čistit, aby se zabránilo případné infekci. Druhý den po operaci je pacientům podávána kašovitá strava. Pro lepší trávení a vylučování je jim podáván sirup Laktulósa. Pokud jsou pacienti bez obtíží, přecházejí třetí den po operaci na

tuhou stravu, která je bez nadýmových potravin, bohatá na vlákninu a zeleninu z důvodu lepšího vyměšování. K defekaci by mělo dojít nejpozději do 48 až 72 hodin po operaci.

Pokud je pacient bez příznaků, odchází většinou čtvrtý až pátý pooperační den do domácí péče. Před propuštěním je pacient informován o dodržování hygienických návyků, vyvážené stravy a přiměřeného pohybu.

Velmi důležité z pohledu zdravotnického personálu je respektování individuální citlivosti každého člověka na bolest. Významnou roli hraje také stud pacienta, který musí být zachován. Po operaci je potřeba naučit nemocného zaujmout úlevovou polohu a nacvičit vstávání z postele z levého nebo pravého boku a pomocí rukou, podávat co nejdříve ordinovaná analgetika a sledovat jejich účinek, k tišení bolesti používat podpůrné psychologické prostředky. Důležité je velmi šetrně provádět převazy ran a aplikaci injekcí (Trachtová a kol., 2003, s. 127).

Možnou změnou v pooperační péči je změna operační metody. Mezi ně patří i Longova metoda, která je k pacientům velice šetrná. Zákrok je téměř bezbolestný, eliminuje se riziko jizev a poškození svěračů konečníku (Toman, online).

Pacient zůstává v nemocnici jeden až tři dny a dva týdny doma na neschopence na rekonvalescenci.

Návrhem ve změně v pooperační péči o pacienta je použití preemptivní pooperační analgezie již na operačním sále podáním léku Dynastat, a to 15 minut před ukončením výkonu i.v. bolusově. Tento lék má několik výhod, především dlouhou dobu účinku (24 hodin), urychluje mobilizaci pacienta, nepůsobí retenci moče, nevyvolává nauzeu a zvracení (Šrajerová, 2005).

Standardy, které jsou nastaveny v rámci pooperační péče, byly u všech pacientů v NsP-Havířov dodrženy. Nemocnice v současné době přistupují k nebolestivým a nechirurgickým metodám, např. soukromá klinika ISCARE v Praze používá metodu Barronovy ligace nebo operaci Longovou metodou. Longovu metodu používají i v nemocnici v Přerově, popř. léčbu s využitím metody HAL – RAR. Doc. MUDr. Šimša s kolektivem z oblastní nemocnice v Kolíně v článku Operační léčba hemoroidů radiofrekvenční koagulací Ligasure (Endoskopie, 2008) provedli studii s výbornými výsledky léčbou radiofrekvenční koagulací.

Některé výkony, které patří k oficiálním léčebným postupům a jsou šetrnější a méně bolestivé pro pacienty, nejsou obsaženy v seznamu zdravotních výkonů a hrazeny nejsou. Nejnovější je metoda ošetření hemoroidů laserem pod ultrazvukovou kontrolou HeLP – HALO Laser, LHP metoda, HAL metoda nebo RAR metoda, popř. přístrojem Hemoron. Lze tedy jen doufat, že v budoucnu budou tyto metody pro pacienty s hemoroidy přístupnější a zdravotní pojišťovny je budou hradit.

Práce si dala za cíl vytvoření edukačního letáku pro pacienty po hemoroidektomii. Pacienti dostávají informace v nemocnicích, společně s informovaným souhlasem i pokyny, které je po operaci nutné dodržovat. I když autorka této bakalářské práce pátrala na webových stránkách, poptávala se i v jiných zdravotnických zařízeních, konkrétní letáky, které by pacientům poutavou formou vysvětlovaly, co je nutné po operaci dodržovat, však nenalezla. Databáze patientských organizací jsou k dispozici na stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR. Z tohoto důvodu se autorka rozhodla, že pro pacienty vytvoří jednoduchý a poutavý edukační leták, který by se mohl předávat pacientům před operací. Najdou v něm veškeré informace, které jim lékař sdělí před operací i po samotném zákroku. Navržený leták byl představen i vrchní sestře, která přislíbila jeho projednání s vedením oddělení s možností vytištění těchto letáků pro pacienty po hemoroidektomii.

6 ZÁVĚR

Cílem práce bylo zhodnotit pooperační péči o pacienty po hemoroidektomii v Nemocnici s poliklinikou Havířov, zjistit zda bylo postupováno správně při pooperačních komplikacích a navrhnout edukační leták s informacemi pro pacienta.

Obsahovou analýzou bylo zjištěno, že zdravotnický personál NsP-Havířov postupuje podle standardů pro pooperační péči po hemoroidektomii. Všechny potřebné úkony, které jsou po operaci standardní, jsou pečlivě zapisovány do zdravotnické dokumentace. Zdravotnický personál se pečlivě věnuje všem pacientům, pečlivě a pravidelně kontrolují rány, vyměňují krytí a pomáhají pacientům s vertikalizací a hygienou.

Na zavedeném způsobu by nebylo z pohledu autorky bakalářské práce potřeba nic měnit, způsoby fungují. Jejím návrhem by bylo léčit pacienty lékem, který urychluje pooperační rekonvalescenci, a to podáním léku Dynastat již na operačním sále. Tento lék účinkuje 24 hodin a urychluje tak léčbu bez vedlejších nepříjemných účinků (Šrajerová, 2005).

Oblíbeným a vysoce účinným analgetikem je opioid Dipidolor, který se podává pacientům individuálně i do třetího dne po operaci.

Na vybraných čtyřech kazuistikách byly popsány čtyři pooperační komplikace, což byla infekce pooperační rány, alergie, hematom v okolí rány a porucha svěračů. Všechny tyto komplikace byly řešeny komplexně, pouze v prvním případě by se dalo důkladným prohlížením rány infekci zabránit či zkrátit dobu bolesti a rekonvalescenci u pacientky.

Na závěr výzkumné práce byl navržen edukační leták pro pacienty, velikost A4, rozvržený do osmi oblastí, který byl co nejjednodušeji zpracován i pro pochopení laiky.

Cíle práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

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

AREZZO, Alberto, Vlasta PODZEMNY a Mario PESCATORI, 2011. Surgical management of hemorrhoids. State of the art. *Ann Ital Chir* [online]. 82, 163-172 [cit. 2019-08-12]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Alberto_Arezzo/publication/51227611_Surgical_management_of_hemorrhoids_State_of_the_art/links/5598f2cf08ae5d8f39340078.pdf.

ČAPOV, Ivan a kolektiv, 2009. Co nového v léčbě hemoroidů z chirurgického pohledu? I. chirurgická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně. *Interní Medicína*, 11(1), 36-41 [online]. [cit. 2020-04-23]. Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/artkey/int-200901-0008_Co_noveho_v_lecbe_hemoroidu_z_chirurgickeho_pohledu.php.

EHRMANN, Jiří. Zácpa, 2000 [online]. II. interní klinika LF UP, Olomouc [cit. 2020-05-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/zacpa-126745>.

ERZURUMLU, Kenan a kolektiv, 2017. The Whitehead operation procedure: Is it a useful technique? *Turkish journal of surgery* [online]. [cit. 2019-08-08]. ISSN 2564-6850. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5602311/>.

HERMAN, Jiří a kolektiv, 2011. *Žilní onemocnění v klinické praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3335-7.

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

INFORMOVANÝ SOUHLAS: Operace hemoroidů, 2017 [online]. *Městská nemocnice Ostrava* [cit. 2020-05-12]. Dostupné z: https://www.mnof.cz/wp-content/uploads/2015/08/informovany_souhlas_operace_hemoroidu.pdf.

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

JIRKOVSKÝ, Daniel a Marie HLAVÁČOVÁ, 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-13-3.

KALA, Zdeněk a Vladimír PROCHÁZKA, 2010. *Perioperační péče o pacienta v digestivní chirurgii*. Brno: NCO a NZO. ISBN 978-80-7013-519-8.

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

KORBIČKA, Jiří a kolektiv, 2010. Základy vyšetření a terapie hemoroidálního onemocnění. *Medicína pro praxi*. 7(6–7), 274–278. ISSN 1214-8687.

KORBIČKA, Jiří a kolektiv, 2012. *Medicína pro praxi: Hemoroidy – časté a nepříjemné onemocnění – konzervativní terapie, chirurgické metody*. Olomouc: Solen, 12(9). ISSN 1214-8687.

KOUDA, Martin, 2015. *Hemoroidální choroba*. Žilní poradna [online] ©We Make Media [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://zilniporadna.cz/clanek/hemoroidalni-choroba-246>.

KRÁL, Jan, 2007. Longova metoda operace hemoroidů a prolapsu sliznice anorekta. *ČLS JEP, Rozhledy v chirurgii*, 86(12). ISSN 0035-9351.

KYSLAN, Karol a kolektiv, 2010. *Chirurgia I*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-312-7.

LINDEROVÁ, Ivica, Petr SCHOLZ a Michal MUNDUCH, 2016. *Úvod do metodiky výzkumu*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. ISBN 978-80-88064-23-7.

MALÁ, Šárka a kolektiv, 2013. Inkontinence stolice. *Gastroenterologie a hematologie*. 67(3), 262–264. ISSN 1804-7874.

ÖRHALMI, Július, 2012. Hemoroidy – konzervativní, či chirurgický přístup? *Medicína pro praxi*. 9(6–7), 269–273 [online]. ©2001–2020 [cit. 2019-09-29]. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201206-0004_Hemoroidy-konzervativni_ci_chirurgicky_pristup.php.

PLEVOVÁ, Ilona, 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3871-0.

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

SCHUMPELICK, Volker, 2013. *Chirurgie – stručný atlas*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4531-2.

SETIYANINGSIH, Rani a kolektiv, 2020. Underwear innovation for hemorrhoids patient. *MEDISAINS* [online]. **17**(3), 67–70 [cit. 2020-04-22]. DOI: 10.30595/medisains.v17i3.6352. ISSN 2621-2366. Dostupné z: <http://jurnalnasional.ump.ac.id/index.php/medisains/article/view/6352>.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3129-2.

ŠIMŠA, Jaromír a kolektiv, 2008. *Endoskopie: Operační léčba hemoroidů radiofrekvenční koagulací Ligasure*, Olomouc: Solen, **8**(17). ISSN 1211-1074.

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

ŠRAJEROVÁ, Ladislava, 2005. Bolest – problém nejen pacientů. *Zdravotnictví a medicína*. [online]. [cit. 2020-05-12]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/bolest-problem-nejen-pacientu-285030>.

ŠTUKAVEC, Jan a Ladislav HORÁK, 2006. Komplikace operace podle Longa – okluze rekta. ČLS JEP. *Rozhledy v chirurgii*, **85**(10). ISSN 0035-9351.

TOMAN, Jiří. *Ambulance*. Nemocnice Nové Město na Moravě [online]. [cit. 2020-05-25]. Dostupné z: <https://www.nnm.cz/ambulance-detail?id=010>.

TOMÁNKOVÁ, Martina. Jak vyzrát na hemeroidy? *Lékárna Typos* [online]. [cit. 2020-05-25]. Dostupné z: <https://www.lekarnatypos.cz/blog/jak-vyzrat-na-hemeroidy-n46>.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2003. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměň. vyd., dotisk. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 80-7013-324-4.

VAŠÁTKOVÁ, Ivana, 2003. *Teorie a praxe moderního ošetrovatelství: Ošetrovatelství*. Praha: Universitas Carolina.

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

VÖRÖSOVÁ, Gabriela, Andrea SOLGAJOVÁ a Alexandra ARCHALOUSOVÁ, 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5538-0.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Aj.	a jiné
Amp.	ampule
ATB	antibiotika
Cm	centimetr
Č.	číslo
ČR	Česká republika
Doc.	docent
EKG	elektrokardiografie
Event.	eventuálně
FF	fyziologické funkce
HAL	podvázání hemoroidálních artérií (Haemorrhoidal Artery Ligation)
HeLP	laserová okluze s dopplerovskou navigací (Haemorrhoid Laser Procedure)
HKK	horní končetiny
i.m.	intramuskulárně
i.v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
LHP	ošetření hemoroidů laserem (Laser Haemorrhoidoplasty Procedure)
Mg	miligram
MS	Microsoft
MUDr.	lékař
Např.	například
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
NsP	nemocnice s poliklinikou
P	puls

PMK	permanentní močový katétr
p.o.	per os
Popř.	popřípadě
RAR	rekto-anální korekce (Recto Anal Repair)
RTG	rentgen
s.	strana
Tbl.	tableta
Tj.	to je
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
Tzn.	to znamená
Tzv.	takzvaný
VAS	vizuální analogová škála
VF	vitální funkce

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 <i>Fyziologické hodnoty</i>	32
Graf 2 <i>Analgetická léčba</i>	33
Graf 3 <i>Hypnotika</i>	34
Graf 4 <i>Využití močové cévky a PMK</i>	35
Graf 5 <i>Defekace</i>	36
Graf 6 <i>Ošetrovatelský proces</i>	37
Graf 7 <i>Návrh změny pooperační péče</i>	43

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1: Souhlas s výzkumem

Příloha P 2: Edukační leták

Příloha P 3: Výsledky výzkumu

Příloha P 4: Standard pooperační péče

PŘÍLOHA P 1: SOUHLAS S VÝZKUMEM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM, POZOROVÁNÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Simona Šostoková	
Téma bakalářské práce	Ošetrovatelská péče o pacienta po hemoroidektomii	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Mgr. Pavla Kudlová, PhD. podpis	
Skupina respondentů	Pacienti po hemoroidektomii. Cílem práce bude zjistit důvod podstoupení hemoroidektomie, zjistit a analyzovat ošetrovatelské problémy pacientů a ošetrovatelských činností prováděných u pacientů po této operaci.	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Nemocnice s poliklinikou Havířov, příspěvková organizace	Souhlasím Nesouhlasím	

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

27 - 11 - 2019

Ve Zlíně dne

.....
Ředitel(ka) Ústavu zdravotnických věd

NELOUČENÍ S POUŽITÍM SOUHLASÍ
Příloha k žádosti o poskytnutí informací
Místní úřad
podpis zástupce zařízení

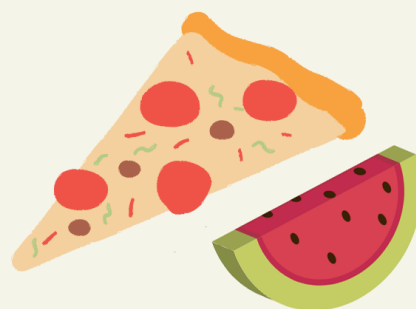
U. 12. 2019

EDUKAČNÍ LETÁK



ZVÝŠENÁ HYGIENA

Provádět pravidelnou vlažnou sprchu několikrát denně a především po stolici. Koupele v heřmánku a dubové kůře. Umístění bavlněné gázy do spodního prádla při odchodu sekrece.



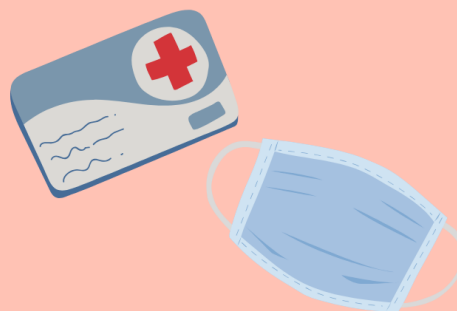
VHODNÝ JÍDELNÍČEK

Dodržovat stravovací návyky a vyvarovat se příjmu potravin s vysokým obsahem vlákniny, vynechání ovoce, zeleniny, celozrnného pečiva, luštěnin a dráždivých kořeněných jídel.



DOSTATEK TEKUTIN

Příjem především neperlivých vod, ovocných čajů a ředěných ovocných šťáv. Zcela vynechat alkoholické nápoje.



LÉKY A KONTROLA

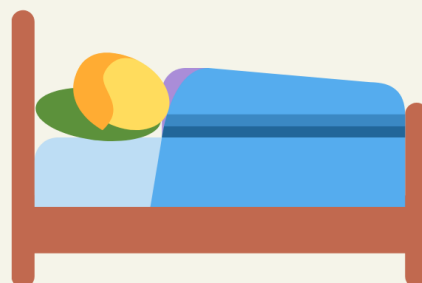
Nezapomínat na dodržování pravidelných kontrol. Analgetika užívat po dobu tří dnů, další léky dle doporučení Vašeho lékaře.

EDUKAČNÍ LETÁK



BOLEST V SOUVISLOSTI S OPERAČNÍM VÝKONEM

O změnách a intenzitě bolesti pravidelně informovat lékaře a dodržovat příjem předepsaných léků.



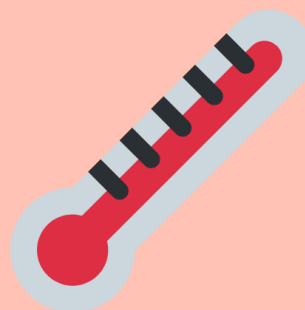
NEPOHODLNOST NA LŮŽKU ČI V SEDU

Natrénovat vstávání z postele přes jeden bok. Využívat k sedu či lehu kulatý polštář s otvorem.



VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE

Dodržovat dostatek tekutin, kašovitá strava a analgetika. Kromě toho podávat případně Laktulózu a Detralex dle lékaře.



PREVENCE INFEKCE

Sledovat teplotu, zimnici, otoky a třesavku. Dodržovat zvýšenou hygienu. Pravidelně převazovat a čistit ránu.

PŘÍLOHA P 3: VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výzkumné otázky	Pooperační péče	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Celkem
Počet pacientů		25	20	30	25	30	5	135
Byly u pacienta po zákroku sledovány základní fyziologické funkce (puls, krevní tlak, tělesná teplota)?	1. den - TK	17	16	22	15	22	1	68%
	1. den - TT	19	15	23	18	24	2	75%
	1. den - P	14	11	18	14	15	2	55%
	2. den - TK	18	6	12	2	3	2	32%
	2. den - TT	16	18	8	12	6	1	45%
	2. den - P	3	7	4	3	6	4	20%
	3. den - TK	2	5	1	2	2	1	10%
	3. den - TT	1	2	0	2	2	0	5%
	3. den - P	1	1	1	0	0	1	3%
Byly tyto údaje v pravidelných intervalech 2x denně zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci?		25	20	30	25	30	5	100%
Byla pacientovi naordinována po zákroku analgetika?	Tramal	16	13	21	14	23	2	65%
	Dolsin	5	5	6	4	4	3	20%
	Dipidolor	4	2	3	7	3	2	15%
Měl pacient problémy se spánkem? Pokud ano, byla mu podávána na noc hypnotika?		22	18	27	23	25	3	87%
	Diazepam	25	20	21	12	12	5	80%
	Oxazepam	5	5	2	4	4	4	20%
Měl pacient po zákroku problémy s močením?		23	19	28	24	26	3	91%
Bylo nutné pacientovi zavést cévku nebo permanentní katetr?	Jednorázová cévka	7	5	7	11	7	4	32%
	PMK	18	15	23	14	23	1	15%
Byla provedena edukace hygieny konečníku?		25	20	30	25	30	5	100%
Došlo u pacienta k defekaci nejpozději třetí až čtvrtý den po zákroku?	Do 48 hodin	3	3	4	6	3	1	15%
	Do 72 hodin	18	16	25	17	24	2	75%
	Po 72 hodinách a více	4	1	1	2	3	2	10%
Byl pacient edukován o výživových opatřeních?		25	20	30	25	30	5	100%

PŘÍLOHA P 4: STANDARD POOPERAČNÍ PÉČE

Pooperační péče – standard (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 47–57)

- Po lehčích a krátkodobých výkonech
- Sledování základních životních funkcí a invazivních vstupů – vědomí, dýchání, TK, puls, močení, drény
- Dostatečné zavodnění pacienta – infuze, per os tekutiny, postupně perorální příjem potravin
- Tlumení bolestí a klidný spánek
- Poloha nemocného po operaci – většinou na zádech či na boku, s mírně zvýšenou polohou hrudníku a hlavy
- Tlumení bolesti – velice důležité pro celkový stav a komfort pacienta. Je třeba začít brzy po probuzení z anestezie, nemělo by dojít k úplné propagaci bolesti, má vliv na spánek
- Nauzea a zvracení – reakce na premedikaci a anestezii do 24 hodin
- Močení – potíže s vyprazdňováním. Pokusit se navodit vymočení přirozenými způsoby – individuálně na sestře, pokud potíže trvají, po 6–8 hodinách se zavádí močový katétr. Pečlivé sledování diurézy
- Defekace – ke spontánní úpravě by mělo dojít 48–72 hodin po operaci, při přetrvávajících potížích – glycerinový čípek, klyzma, Syntostigmin. Pomáhá rehabilitace a včasná mobilizace pacienta
- Vodní a elektrolytová rovnováha – příznaky: žízeň, slabost, nechutenství, ospalost, bolest hlavy
- Prevence tromboembolické nemoci
- Péče o pooperační ránu – kontrola krytí, převazy, proplachy a dezinfekce