

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Věra Procházková, DiS.

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Věra Procházková, DiS.

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S NÁHRADNÍ
DERIVACÍ MOČE PO RADIKÁLNÍ CYSTEKTOMII**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zlata Kožíšková

PLZEŇ 2019

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Procházková Věra, DiS.

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s náhradní derivací moče po radikální cystektomii

Vedoucí práce: Mgr. Kožíšková Zlata

Počet stran – číslované: 81

Počet stran – nečíslované: 22

Počet příloh: 18

Počet titulů použité literatury:

Klíčová slova: radikální cystektomie – močový měchýř – nádorové onemocnění – ošetrovatelská péče – ošetrovatelský proces – deficit sebepéče – stomie – edukace

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienta po radikální cystektomii s náhradní derivací moče.

Teoretická část přináší informace o anatomii močového ústrojí, o nádorovém onemocnění močového měchýře a jeho diagnostice, předoperační a pooperační péči o pacienta, edukaci a základní přehled o stomických pomůckách.

Praktická část je zaměřena na ošetrovatelský proces u pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče, na specifika ošetrovatelské péče a jejich edukaci. V práci jsou uvedené dvě kazuistiky, kdy v jedné je popsána ošetrovatelská péče o pacienta s derivací ortotopickou ileální neovezikou dle Hautmanna a ve druhé je popsána ošetrovatelská péče o pacienta s derivací ureteroileostomií dle Brickera. Součástí práce bude edukační materiál pro pacienty s vybranou náhradní derivací moče.

Abstract

Surname and name: Procházková Věra, DiS.

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Nursing care for a patient with alternative urine derivation after radical cystectomy

Consultant: Mgr. Kožíšková Zlata

Number of pages – numbered: 81

Number of pages – unnumbered: 22

Number of appendices: 18

Number of literature items used:

Keywords: radical cystectomy – urinary bladder – cancer – nursing care – nursing process – self-care deficit – stoma – education

Summary:

This bachelor thesis deals with nursing care of a patient after radical cystectomy with alternative urine derivation.

The theoretical part provides information about anatomy of urinary system, urinary bladder cancer and its diagnostics, preoperative and postoperative patient care, education and basic overview of ostomy aids.

The practical part is focused on nursing process in patients after radical cystectomy with alternative urine derivation, on the specifics of nursing care and their education. There are two case reports about the nursing care of a patient with a derivative of orthotopic ileal neovezics according to Hautmann is described and the second one describes a nursing care of a patient with a ureteroileostomy derivative according to Bricker. The bachelor thesis will be educational material for patients with selected alternative urine derivation.

Předmluva

Pracuji na Urologické klinice Fakultní nemocnice v Plzni a téma bakalářské práce jsem zvolila z důvodu, přibývání nemocných s nádorovým onemocněním močového měchýře. Zhoubné nádory močového měchýře jsou 9. nejčastějším nádorovým onemocněním ve světě. Během posledních 30 let došlo až k trojnásobnému nárůstu tohoto onemocnění.

Radikální cystektomie je jedním z řešení nádorového onemocnění močového měchýře a péče o nemocného je specifická. Hlavní cílem práce je zmapovat a určit zásadní oblasti v péči o pacienty s náhradní derivací moče po radikální cystektomii.

Poděkování

Děkuji Mgr. Zlatě Kožíškové za odborné vedení práce, poskytování rad, materiálních podkladů a trpělivost. Dále děkuji kolegyním a lékařům Urologické kliniky Fakultní nemocnice Plzeň. Děkuji své rodině a přátelům za velkou podporu při studiu a psaní této práce.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 MOČOVÝ SYSTÉM.....	15
1.1 Horní cesty močové	15
1.2 Dolní cesty močové	15
2 NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE.....	17
2.1 Diagnostika nádorů močového měchýře.....	17
1.1.1 Vyšetření moče	17
1.1.2 Zobrazovací metody	18
1.1.3 Endoskopické metody	18
1.1.4 Histologické a cytologické vyšetření.....	18
3 LÉČBA NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE	19
3.1 Povrchové nádory	19
3.2 Invazivní nádory	19
3.3 Derivace moče	20
3.4 Radioterapie a chemoterapie.....	21
3.5 Paliativní léčba.....	21
4 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE	23
5 FAST TRACK.....	25
6 POOPERAČNÍ PÉČE	27
7 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE	29
8 OŠETŘOVÁNÍ UROSTOMIE	31
9 EDUKACE	33
9.1 Edukace stomika	35
9.2 Předoperační edukace	36
9.3 Pooperační edukace	36
10 STOMICKÉ POMŮCKY	38
11 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL V. HENDERSONOVÉ	40
PRAKTICKÁ ČÁST	42
12 METODIKA PRÁCE	42
12.1. Formulace problému.....	42
12.1 12.2 Cíl výzkumu	42

12.2	Charakteristika sledovaného souboru.....	43
12.3	Organizace výzkumu.....	43
12.4	Kazuistika č. 1	45
12.5	Kazuistika č. 2	72
	DISKUZE	91
	ZÁVĚR.....	95
	SEZNAM PŘÍLOH	99
	PŘÍLOHY	100

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Prorůstání primárního nádoru močového měchýře 100

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Klasifikace tíže flebitidy dle Maddona (7).....	48
---	----

SEZNAM ZKRATEK

aa	arteriae
BCG	bacillus Camette – Guérin
BMI.....	Body Mass Index
CT	výpočetní tomografie (computed tomography)
D	dech
EKG.....	elektrokardiografie
ESPEN.....	Evropská společnost po parenterální a enterální výživu
G	Gauge – označení velikosti periferních žilních katetrů
CH.....	Charier – označení velikosti permanentních močových katetrů
i.v.	intravenózně, do žíly
ICD	Implantabilní kardioverter-defibrilátor
LHK.....	levá horní končetina
P	puls
p.o.	perorálně, ústy
PET	pozitronová emisní tomografie
PET/ CT.....	hybridní kombinované vyšetření metodami PET a CT současně
PHK	pravá horní končetina
PMK	permanentní močový katetr
PSA.....	prostatický specifický antigen
Rh	Rhesus faktor
TK.....	tlak krve

TUR transureterální resekce

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienta po radikální cystektomii s náhradní derivací moče. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části je popsána předoperační příprava včetně metody Fast track, jejímž cílem je snížení četnosti pooperačních komplikací využitím moderních postupů a multioborovým přístupem. Dále je popsána pooperační péče a komplikace, které mohou po radikální cystektomii vzniknout. Součástí teoretické části je popis postupu při ošetřování urostomie, která je jednou z možností náhradní derivace moče po radikální cystektomii. Důležitou součástí ošetrovatelské péče je edukace pacienta v předoperačním a pooperačním období. V teoretické části je uveden přehled stomických pomůcek. V poslední kapitole teoretické části je popsán ošetrovatelský model Virginie Hendersonové, který byl použit při rozhovoru s pacienty.

V praktické části jsou vypracované dvě kazuistiky u pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče.

Od roku 2014, kdy jsem začala na Urologické klinice pracovat, bylo do 31. 12. 2018 provedeno 149 radikálních cystektomií. U 15 pacientů byla provedena derivace ortotopickou ileální neovezikou dle Hautmanna a u 78 pacientů byla provedena derivace ureteroileostomií dle Brickerera. U ostatních pacientů byl proveden jiný způsob derivace moče.

Při vypracování bakalářské práce byla použita odborná literatura a zdroje informací, které jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MOČOVÝ SYSTÉM

Močový systém rozdělujeme na horní a dolní cesty močové. Mezi horní cesty močové patří ledviny a močovody, mezi dolní cesty močové močový měchýř a močová trubice. Základní funkcí je odstranění odpadních látek z krve (Čihák, 2016, s.247).

1.1 Horní cesty močové

Ledviny (renes) jsou párový orgán a tvarem jsou podobné fazolovému bobu. Jsou uloženy v retroperitoneálním prostoru, horní třetina ledviny leží na bránici a dolní dvě na bederním svalu. Pravá ledvina bývá o kousek výš než levá. Základní stavební jednotkou ledvin je nefron. V ledvinách se filtrací krevní plazmy vytváří moč, jejíž množství kolísá mezi 1000–2000 ml v závislosti na příjmu a ztrátách tekutin a iontů kůží a plicemi. Vytvořená moč odchází přes ledvinné kalichy, ledvinnou pánvičku, močovodem do močového měchýře. Močí jsou z krve vylučovány produkty látkové výměny, soli a nadbytečná voda. Ledviny tak pomáhají udržovat vnitřní prostředí organismu. Mají i funkci endokrinní, produkují a uvolňují do krve renin, který ovlivňuje krevní tlak a také erythropoetin ovlivňující tvorbu červených krvinek (Čihák, 2016, s. 248, 261–263).

Močovod (ureter) je trubice dlouhá přibližně 25-30 cm a v průměru 4-7 mm široká. Odvádí definitivní moč z ledvinné pánvičky a moč je v malých objemech pomocí hladké svaloviny peristalticky posunována do močového měchýře (Čihák, 2016, s. 274).

1.2 Dolní cesty močové

Močový měchýř (vesica urinaria) je nepárový orgán, tvořící dočasný rezervoár moče uložený v malé pánvi za symfýzou. Je vystlán sliznicí, která je krytá přechodným epitelem, je složena v řasy a za živa má jasně červenou barvu. Kolem krčku močového měchýře je vytvořen svěrač z hladké svaloviny (musculus sphincter vesicae). Tvar močového měchýře je závislý na stupni náplně, stavu svalové vrstvy, na pohlaví, na věku, na poloze a náplni okolních orgánů. Fyziologická kapacita močového měchýře, při které se dostaví nucení na močení je 250–300 cm³, bez mimořádného roztažení pojme 500–700 cm³. U žen je močový měchýř větší a širší než u mužů. Funkcí močového měchýře je především vyprazdňování moče, které je obstaráváno vlastní svalovinou močového měchýře tvořenou třívrstevným souborem hladké svaloviny ve vrcholu, spodině a těle měchýře. Cévní zásobení je zajištěno

aa. vesicales superiores vyživující horní polovinu měchýře a aa. vesicales inferiores vyživující dolní část těla a fundus měchýře (Čihák, 2016, s. 277–278, 280, 283).

Močová trubice u ženy (urethra femina) a u muže (urethra masculina) je rozdílná. Znalost rozdílu močové trubice u ženy a u muže je důležitá a má zásadní význam při zavádění permanentního katetru. Ženská močová trubice je dlouhá 3–4 cm a široká kolem 6 mm. Jde z močového měchýře, před vagínou k zevnímu vyústění mezi malými stydkými pysky. Má hvězdovitý tvar, který tvoří řasy sliznice a je fixována vazivovým spojením s okolím. Má tři úseky, které jsou pojmenovány podle průběhu močové trubice – úsek intramurální (pars intramuralis), úsek pánevní (pars pelvica), úsek hrázový (pars perinealis). Močová trubice muže je nejen močovou vývodnou cestou, ale také vývodnou cestou pohlavní. Je dlouhá 20–22 cm a končí na vrcholu žaludu penisu. Při ochablém penisu je průběh uretry esovitý. Šířka je za průběhu nestejná, střídají se zúžená a rozšířená místa. Stejně jako ženská močová trubice, má i mužská své úseky. U muže rozdělujeme úseky čtyři – úsek intramurální (pars intramularis), úsek prostatický (pars prostatica), úsek bulbární (pars intermedia), úsek penilní (pars spongiosa) (Čihák, 2016, s. 287–289, 325, 327).

2 NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Nádory močového měchýře jsou druhým nejčastějším maligním nádorem urogenitálního systému. Vyskytuje se v každém věku. Častěji postihuje muže, až 3krát častěji než ženy. Etiopatogeneze není známa a dědičnost karcinomu močového měchýře nebyla prokázána. Existuje celá řada rizikových faktorů, mezi které patří aromatické aminy (anilin, naf-tylamin, benzidin), metabolity tryptofanu, výfukové plyny, léčba cyklofosfamidem. Rizikový je i dlouhodobý nízký přísun tekutin, kdy se při zvýšené koncentraci moče zvyšuje riziko vzniku. Vysoce rizikové je kouření, které zvyšuje riziko vývoje až 4krát, je jím způsobeno 25-60 % karcinomů močového měchýře (Kawaciuk, 2009, s. 361; Hora, 2013, s.99).

Nádory dělíme na primární, kam spadají epitelální karcinomy (90-95 %), uroteliální karcinomy (90 %) a na nádory sekundární, které vznikají v důsledku prorůstání nádorů z okolí (gynekologické, střevní) nebo vzácně metastáz (plíce, žaludek, endometrióza) (Hora, 2013, s. 100).

2.1 Diagnostika nádorů močového měchýře

Nejčastějším příznakem je asymptomatická hematurie, která se objevuje až u 85 % nemocných. Při vyšetření dostatečného množství moče mají téměř všichni nemocní se zjištěným nádorem močového měchýře mikroskopickou hematurii. Druhý nejčastější soubor obtíží je dysurie, polakisurie a urgence. Mezi další známky invazivního nádoru močového měchýře patří narůstající bolest v boku nebo bedrech, edémy dolních končetin, hmatná rezistence v malé pánvi. Nádor, který je hmatný při bimanuálním vyšetření, obvykle postihuje hlubokou svalovinu a má horší prognózu (Kawaciuk, 2009, s. 365–366).

1.1.1 Vyšetření moče

Při ambulantním vyšetření pacienta s urologickým problémem je vhodné vyšetřit moč orientačně pomocí diagnostických proužků, díky nim lze zjistit patologické komponenty moče. Při mikroskopickém vyšetření moče, které je základní metodou vyšetření moče je nejvhodnějším vzorkem první ranní moč (Hanuš, 2015, s.10).

Na cytologické vyšetření je možné odeslat moč spontánně vymočenou, katetrizovanou, výplachovou nebo odebranou tzv. kartáčkovou metodou („brush“ cytologie), kdy se tenký cirkulární kartáček otře o místo, které působí podezřele. Přesnost výsledku závisí na způsobu odběru, na rychlosti a technice zpracování. Z důvodu možného rozkladu či destrukce buněčného materiálu by se na cytologii neměla posílat k vyšetření první ranní moč.

Cytologie může být negativní při dobře diferencovaných nádorech, z 50 % pozitivní bývá u středně diferencovaných a ve více než v 90 % u špatně diferencovaných nádorů. Výplachová moč se používá hlavně při dispenzarizačních kontrolách po transureterálních resekcích pro neinvazivní nádory (Hanuš, 2015, s.10–11; Kawaciuk, 2009, s.367).

1.1.2 Zobrazovací metody

Jednou ze základních neinvazivních a rychlých zobrazovacích metod je ultrasonografie. U ultrasonografického vyšetření močového měchýře je důležitá jeho dostatečná náplň. Ultrasonografie má však nízkou výpovědní hodnotu a přesnější je CT, které zobrazí extravezikální propagaci tumoru, pánevní lymfadenopatii, postižení horních močových cest. CT vyšetření je nutno provádět vždy s vylučovací fází. Při podezření na kostní metastázy se používá scintigrafické vyšetření skeletu nebo lze využít k celotělovému stagingu hybridní vyšetření PET/CT (Kawaciuk, 2009, s.366)

1.1.3 Endoskopické metody

Každá bezbolestná hematurie by měla být vyšetřena endoskopicky. Rozhodující diagnostické vyšetření je cystoureteroskopie, při které je potřeba zaznamenat lokalizaci, počet a morfologii nádorových lézí. U nádorových lézí, které nejsou v běžném světle nápadné, se k zvýraznění používá fotodynamická diagnostika. Používá se 3% roztok kyseliny 5- aminolevulové (5- ALA), který se do měchýře aplikuje 2-3 hodiny před vyšetřením (Kawaciuk, 2009, s.367).

1.1.4 Histologické a cytologické vyšetření

Podkladem pro další léčbu a dispenzarizaci nemocných je histologické a cytologické vyšetření odebraných vzorků nádorové tkáně z močového měchýře. Pomocí bioptických kleštíček se provádí studená biopsie, kdy je výjimečně odebrán vhodný vzorek nádoru. Rozhodující vhodné vzorky jsou zajištěny při primární transureterální resekcí nádoru, kdy je možné odebrání samostatného vzorku ze svaloviny měchýře a spodiny nádoru (Kawaciuk, 2009, s.367).

3 LÉČBA NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Při volbě léčebného postupu je nutné brát ohled na celkový stav nemocného, věk a na kvalitu dalšího života. Dále musíme brát v úvahu rozsah nádoru, případné postižení lymfatických uzlin, patologické stádium a stupeň histologické diferenciaci. Pomocí TNM klasifikace (Příloha č. 1), při které hodnotíme primární tumor, rozsah postižení regionálních mízních uzlin a vzdálené metastázy, dělíme nádory na povrchové a invazivní. Podle dělení rozlišujeme jejich léčbu (Kawaciuk, 2009, s.364, 368).

3.1 Povrchové nádory

Základem léčby je transureterální resekce nádoru (TUR). U nízké rizikových nádorů je nemocný pravidelně kontrolován pomocí endoskopie. Nejprve po třech měsících, poté po 6-12 měsících. U vysoce rizikových nádorů po TUR následuje intravezikální imunoterapie, která spočívá v aplikaci BCG vakcíny nebo intravezikální chemoterapie kdy se do močového měchýře aplikuje Epirubicin, Mitomycin C (Kawaciuk, 2009, s.369,371; Hora 2013, s. 101).

Podání bacillus Calmette – Guérin (dále jen BCG) vakcíny má 2 fáze. První, indukční spočívá v 6 podání v týdenních intervalech, poté je provedena kontrolní cystoskopie. V druhé, udržovací fázi se podávají 3 aplikace v týdenních intervalech vždy v 3, 6 a 12 měsících. Celková doba aplikace BCG vakcíny jsou tři roky, v případě selhání je indikována radikální cystektomie. U aplikace Epirubicinu nebo Mitomycinu C se začíná 4 aplikacemi v týdenních intervalech, poté se pokračuje v jedné dávce po 4 týdnech a celková doba podávání je 12 měsíců. Pokud nejsou účinné dva cykly aplikace BCG vakcíny nebo se objeví časná recidiva vysoce rizikového nádoru je nezbytná indikace k radikální cystektomii (Kawaciuk, 2009, s.371; Hora, 2013, s.101).

3.2 Invazivní nádory

Invazivní nádory postihují svalovinu močového měchýře, mohou prorůst do okolí. Prognóza není moc příznivá, je nutné radikální řešení. Pokud nejsou léčeny, 85 % pacientů zemře do dvou let. U invazivního karcinomu močového měchýře existují dva základní koncepty léčby. První usiluje o zachování močového měchýře, kdy se opakovanými transureterálními resekce snažíme odstranit maximum nádorové hmoty v kombinaci s radioterapií a chemoterapií (Hora, 2013, s.101; Hanuš, 2015, s.130).

Druhým řešením je radikální cystektomie nebo – li odstranění močového měchýře. Ta by měla být provedena do 12 týdnů od diagnostikování invazivního karcinomu močového

měchýře. Je to výkon zatížený vysokým procentem komplikací. U muže se při výkonu odstraňuje kromě měchýře i prostata se semennými váčky. U ženy se odstraňuje měchýř, děloha, vaječníky, vejcovody a proximální přední část pochvy. Součástí radikální cystektomie je také pánevní lymfadenektomie spočívající v odstranění mízních uzlin z okolí pánevních cév a vnitřní boční stěny pánve. Lymfadenektomie přináší informace o rozsahu onemocnění, v případě metastatického uzlinového postižení je kurativní jen v případě malého postižení, při pokročilejším nálezů je pak indikována adjuvantní chemoterapie (Kawaciuk, 2009, s. 372; Hanuš, 2015, s.130; Hora, 2013, s.102).

Po provedení radikální cystektomie je nutné zajistit náhradní derivaci moče (Hora, 2013, s.102).

3.3 Derivace moče

Je několik možných variant náhrady močového měchýře a zajištění derivace nebývá jednoduchým problémem (Kawaciuk, 2009, s.373).

Mezi možnosti derivace řadíme sigma – rectum pouch (ureterosigmoideostomie) kdy je kontinence zajišťována análním svěračem. Dále pak heterotopické neveziky s kontinentním kutánním stomatem, u kterých je vytvořen nový měchýř, jsou do něj implantovány oba močovody a vývod, který je nejčastěji do pupku je upraven tak, aby nedocházelo k samovolnému odtoku moči. Pacient se musí v pravidelných intervalech cévkovat a není potřeba používání stomické pomůcky (Kawaciuk, 2009, s.374; Hora, 2013, s.102).

Mezi nejčastější derivační operace patří vytvoření ortotopické ileální neveziky (Studerova derivace, Hautmannova derivace) a ureteroileostomie (Brickerova derivace) (Kawaciuk, 2009, s.374; Hanuš, 2015, s.131).

Ortotopická ileální nevezika je preferovanější, avšak nelze ji provést, pokud je při operaci odstraněna i uretra. Neměla by být vytvořena u pacientů s poškozeným příčně pruhovaným svěračem, se stresovou inkontinencí, s tumorem v hrdle měchýře u ženy, s renální insuficiencí s kreatininem nad 150 $\mu\text{mol/l}$, s chorobami tenkého střeva (Crohnova nemoc), u pacientů se sníženým intelektem a sníženou mobilitou (Hanus, 2015, s.131).

Ureteroileostomie se vytváří u pacientů, kde je prováděna současně i ureterektomie, také u starších a více nemocných. K vytvoření uretroileostomie je potřeba vyjmout kličku ilea na cévní stopce, vyjmutá část je dlouhá kolem 15 cm. Je vytvořen rezervoár, který se umísťuje pod střevní anastomózu, aby se obnovila kontinuita ilea. Orální konec je uzavřen,

močovody jsou našity po stranách orálního konce a aborální konec je vyšit na povrch břišní stěny jako stomie. Moč zde odchází trvale a pacient je edukován v používání stomických pomůcek (Hanuš, 2015, s.131–132).

Dle způsobu derivace je rozlišná i ošetrovatelská péče v pooperačním období.

3.4 Radioterapie a chemoterapie

Po selhání intravezikální léčby nebo v případě, že by pro pacienta nebyla operace únosná, se v některých případech u pacientů, kteří odmítají cystektomii s určitými výhradami přistupuje k radioterapii. Ta ovšem může nemocnému zhoršit kvalitu života. Pokud je zvolena jako jiná možnost léčby, zajistí přibližně pětileté přežití se zachováním vlastního močového měchýře. Při vysokých dávkách záření, je riziko způsobení těžkého postradiačního zánětu močových cest a následné svraštění močového měchýře (Kawaciuk, 2009, s.375).

Chemoterapii lze podat před radikálním výkonem, avšak nevýhodou je odklad definitivní léčby. Neoadjuvantní chemoterapie spočívá v podání dvou cyklů chemoterapie před radikálním výkonem a tři cyklů po výkonu, ale vliv na delší přežití nemocného nemá. Po radikální cystektomii lze u vybraných pacientů s pokročilých karcinomem měchýře a postižením lymfatických uzlin podat adjuvantní chemoterapii a dosáhnout tak zlepšení přežití (Kawaciuk, 2009, s.375).

3.5 Paliativní léčba

Paliativní léčba nebo – li paliativní péče, je aktivní péče, která je poskytována nemocnému trpícímu nevléčitelnou nemocí v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem je zmírnit bolest, zachovat důstojnost, poskytnout podporu nemocnému a jeho blízkým. Umírání je přirozená součást lidského života a každý prožívá závěrečnou část svého života individuálně. V paliativní péči je kladen důraz na kvalitu života nemocného. Je důležité znát do jaké míry pacient porozuměl vlastní situaci. Součástí péče je otevřená, vstřícná a empatická komunikace s pacientem i s příbuznými, psychosociální podpora, terapie bolesti a jiných symptomů, péče o kvalitu života (Skála, 2011).

Komunikace je zde nástrojem léčby je rozhodující v tom, jak pacient pochopí svůj zdravotní stav a jak spolupracuje při léčbě. Při správné komunikaci můžeme snížit vznik konfliktu, předejdeme frustraci a vyčerpání. Musíme poskytnout prostor pro dotazy, naslou-

chat, být empatičtí k pacientovi i rodině. Elisabeth Kübler – Rossová popsala pět fází adaptace na nemoc – popření, agrese, smlouvání, deprese, smíření. Při informování pacienta o nevléčitelné emoci je vhodné být věcný a otevřený, informace podávat postupně a nechat čas na přijetí nové situace. Můžeme využít protokol SPIKES což je soubor pravidel pro sdělení špatné zprávy a na emoce pacienta odpovídáme pomocí strategie NURSE (Příloha č. 2) (Vokurka, 2018, s.81).

Paliativní léčba je v České republice poskytována v hospicích, prostřednictvím domácí hospicové péče nebo denním stacionářem paliativní péče (Skála, 2011).

Cílem paliativní péče u nemocných s karcinomem močového měchýře je zastavení hematurie, залéčení infekce močových cest, odstranění rozšíření horních cest močových, zajištění důstojného zbytku života. Léčba zahrnuje paliativní transureterální resekci nádoru močového měchýře, koagulaci krvácení, zavedení punkční nefrostomie, aktinoterapii. Je důležité zajistit léčbu bolesti (Hora & kolektiv, 2013, s.103).

4 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE

V předoperační přípravě je důležité, o jaký výkon se jedná. Výkony jsou rozděleny na plánované, urgentní a neodkladné z vitální indikace. Důsledná předoperační příprava může zabránit vzniku pooperačních komplikací (Čoupková, 2010, s. 34).

Předoperační příprava dlouhodobá začíná při indikaci operačního výkonu lékařem, kdy je nemocný odeslán k internímu předoperačnímu vyšetření. Interní vyšetření, které by nemělo být starší déle než jeden měsíc před termínem operace, zahrnuje vyšetření krve (krevní obraz, biochemie, koagulační screening, krevní skupina a Rh faktor), vyšetření moče (chemicky, kultivačně), fyzikální vyšetření pacienta, EKG vyšetření, rentgenové vyšetření srdce a plic. Pokud je pacient sledován v odborné poradně, bývá předoperační vyšetření doplněno o další speciální vyšetření dle požadavků lékaře. Někdy může být pacientovi doporučen odběr vlastní krve – autotransfuze, kdy její výhodou je zamezení přenosu infekčních chorob nebo alergické reakce (Čoupková, 2010, s. 34).

Krátkodobá příprava zahrnuje přípravu fyzickou, anesteziologickou a psychickou. Jedná se o období 24 hodin před výkonem. U fyzické přípravy pacienta před radikální cystektomií klademe důraz na lačnění, kdy pacient přijímá enterální výživu formou sippingu a popíjením sladkých tekutin, které se vstřebávají v horních částech trávicího traktu a lze je podávat perorálně ještě několik hodin před operací. Prázdnění se provádí opakovaným očistným klyzmatem nebo podáním vyprazdňovacího roztoku perorální cestou. Dle stavu soběstačnosti provádí pacient sám nebo s pomocí zdravotního personálu celkovou hygienu. Podle zvyklosti oddělení probíhá také příprava operačního pole, jeho oholení a desinfekce. Důležitá je prevence tromboembolické nemoci, kdy jsou pacientovi přiloženy bandáže nebo elastické punčochy. Pacientovi je profylakticky ordinován nízkomolekulární heparin, který je aplikován subkutánně (Čoupková, 2010, s.35; Těšínský, 2011; Kvasnička, 2010).

Den před výkonem přichází anesteziolog za pacientem na oddělení, seznamuje ho s anestezií a jejím možným rizikem, zhodnotí zdravotní stav pacienta. Doplní anesteziologické ordinace a předepíše premedikaci, která spočívá v podání léků jako přípravy na výkon s cílem výkon usnadnit nebo snížit riziko vzniku komplikací při výkonu (Čoupková, 2010, s.35).

Cílem psychické přípravy pacienta je minimalizování strachu z operace. Na této přípravě se podílí sestra i lékař. Je důležité nebagatelizovat otázky pacienta týkající se výkonu, pooperačního průběhu, anestezie, pohybového režimu po výkonu (Čoupková, 2010, s.35).

Období 2 hodiny před operací nazýváme bezprostřední předoperační přípravou. Probíhá kontrola dokumentace, operačního pole, kontrola lačnění, vyprázdnění, kontrola chrupu a případné vyjmutí zubní protézy, přiložení bandáží nebo elastických punčoch. Pokud jsou žádány operátérem speciální úkony, jako je zavedení permanentního močového katetru nebo nasogastrické sondy, provedeme je a zaznamenáme do dokumentace. Je aplikována premedikace dle anesteziologa a podány léky ve formě, kterou určil (Čoupková, 2010, s.35).

5 FAST TRACK

Fast track je soubor moderních postupů, jejichž cílem je snížení četnosti pooperačních komplikací, zkrátit celkovou dobu hospitalizace a zlepšit pohodlí pacientů. Jde o metodu takzvané akcelerované rehabilitace v perioperační péči, označována je také jako ERAS (enhanced recovery after surgery) a charakterizuje ji multioborový přístup, na kterém se podílí tým lékařů, sester, fyzioterapeutů a nutričních terapeutů. Před operací je důležitou součástí důkladné poučení o operaci a jejích následcích, protože si mnoho pacientů nedokáže představit změnu, která ho po operaci čeká a v případě ureteroileostomie, co obnáší péče o ni. Pacientovi musíme věnovat dostatek pozornosti, dostatečně a opakovaně pacienta a jeho rodinu edukovat. Pokud je plánována derivace ortotopickou ileální neovezikou má pozitivní vliv i předoperační rehabilitace svalů pánevního dna (Fast Track,2013; Míka, 2013).

Předoperační příprava střeva pomocí klystýrů a osmoticky aktivních látek, jejímž cílem je snížení rizika možné kontaminace při operaci a infekčních komplikací, může být podle fast track protokolu vynechána, protože možnost kontaminace bakteriemi ze střeva je skoro stejná jako u střeva, které připraveno nebylo. Tato příprava způsobuje tělesný diskomfort a dehydrataci nemocného, která je napravována pooperační rehydratací, aby byla udržena oběhová stabilita. Ke snížení rizika vzniku infekce střevními bakteriemi jsou profylakticky ordinována antibiotika, kdy by doba podání, neměla přesáhnout 72 hodin. Pokud jsou podávána déle, jde o terapeutické podání (Míka,2013; Šerclová, 2009).

U fast tracku není standardně doporučováno lačnění od půlnoci, protože neexistují důkazy o tom, že by podání tekutin pacientovi 2-3 hodiny před výkonem, zvýšilo riziko aspirace oproti pacientům, kteří lační 12 hodin a více. Na výsledek operace a vznik pooperačních komplikací má vliv i nutriční stav pacienta, pokud je špatný, je riziko vzniku komplikací vyšší, a proto je součástí protokolu předoperační nutriční podpora. Evropskou společností pro parenterální a enterální výživu (dále jen ESPEN) je doporučováno předoperační popíjení tekutin, například Nutricia preOp, které je preferováno oproti intravenóznímu podávání tekutin. Zhodnocení nutričního stavu před operací a jeho úprava vede ke snížení morbidity a mortality (Míka,2013; Šerclová, 2009).

Součástí fast track protokolu je včasné zahájení enterální nebo parenterální výživy, je tím myšleno podání výživy do 24 hodin po operaci a cílem je překonat období střevního klidu, kdy může dojít k atrofii sliznice a následnému vzniku pooperačního ilea. Pro podání

enterální výživy musí být funkční gastrointestinální trakt. Podání stravy per os je pro pacienta méně stresující a je prokázáno, že včasné enterální podání výživy snižuje vznik komplikací a délku pobytu v nemocnici oproti parenterální výživě (Míka,2013; Šerclová, 2009).

Častou komplikací v souvislosti s radikální cystektomií bývá paralytický ileus způsobený manipulací se střevem, operačním stresem, celkovou anestezií a opioidními analgetiky. Mezi faktory snižující riziko vzniku ilea patří epidurální analgezie, minimální manipulace se střevem, zavedení nasogastrické sondy a také podávání žvýkaček v pooperačním období. Podáním žvýkaček se zvyšuje pohyblivost žaludku, zvyšuje se hladina gastrointestinálních hormonů a jsou stimulována hladká svalová vlákna střevního traktu. Tato metoda je velmi levná, a proto může být využita u mnoha velkých břišních operací (Míka, 2013).

6 POOPERAČNÍ PÉČE

Po výkonu zůstává pacient pod odborným intenzivním dohledem, dokud není oběhově stabilní, dostatečně samostatně nedýchá a dokud nejsou patrné obranné reflexy. Po dlouhém a obtížném operačním výkonu jsou pacienti hospitalizováni na jednotce intenzivní péče nebo na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, při nutnosti umělé plicní ventilace. Součástí pooperační péče je pobyt na dospávacím nebo pooperačním pokoji k zajištění bezprostřední pooperační péče. V chorobopisu nemocného je proveden zápis operátora s ordinacemi léků, infuzí, transfuzí, převazů, odstranění drénů a katetrů (Čoupková, 2010, s.37).

Z operačního sálu je pacient předán při vědomí a spontánně dýchající. Do pooperační péče patří sledování fyziologických funkcí – vědomí, tep, tlak, tělesná teplota, saturace kyslíkem, které se provádí v pravidelných intervalech dle ordinace anesteziologa a dále dle ošetřujícího lékaře. Hodnoty jsou zaznamenávány do dokumentace. Sledujeme také stav operační rány, odvod z drénu, nasogastrické sondy, diurézu, barvu kůže a sliznic, pomocí hodnotících škál hodnotíme bolest a invazivní vstupy (Příloha č. 3, tab. 1) (Čoupková, 2010, s.37).

Bolest bývá po operaci častým jevem a sledujeme ji stejně jako fyziologické funkce. Nikdy ji nepodceňujeme. Neustupující bolest může znamenat akutní zánět nebo krvácení. U pacienta sledujeme verbální i neverbální projevy bolesti. Používáme verbální škály, vizuální škály nebo dotazníky (Příloha č. 4). Dle ordinace lékaře jsou pacientovi podávány analgetika a v případě poruch spánku hypnotika (Čoupková, 2010, s.37).

V pooperačním období je důležitá péče o dutinu ústní z důvodu omezení příjmu tekutin před i po operaci. Aktivně vedeme pacienta k jejímu čištění je – li to možné. Po anestezii se může objevit nauzea a zvracení, kdy při nedostatečném probuzení hrozí aspirace zvratek. Léky v ranném pooperačním období aplikujeme nejčastěji parenterálně. Sestra zajišťuje celkovou hygienu těla a nezbytnou součástí je i úprava lůžka v rámci prevence proleženin (Čoupková, 2010, s.37).

Vyprazdňování moče je po vytvoření ortotopické ileální neoveziky zajištěno permanentním močovým katetrem, který je odstraňován dle ordinace lékaře. Při derivaci dle Bricquera je sledován výdej moče z urostomie.

U pacientů může dojít k dočasné zástavě plynů a odchodu stolice, způsobené dočasným zastavením střevní peristaltiky a nejčastějším příznakem je vzednutí břicha, bolest a

nevolnost. Na podporu obnovy střevní peristaltiky podáváme léky, vyzýváme pacienta k aktivní změně polohy na lůžku a je důležitá včasná mobilizace (Čoupková, 2010, s.38).

V pooperačním období také sledujeme bilanci tekutin, kdy po velkém chirurgickém zákroku na zažívacím traktu nebo v případě, že má pacient po výkonu nauzeu či zvrací je perorální příjem nahrazen parenterálním (Čoupková, 2010, s.38).

Dbáme na prevenci tromboembolické nemoci. Již před výkonem jsou pacientovi přiloženy bandáže nebo elastické punčochy a aplikovány antikoagulantia. Podle rozsahu operačního výkonu je důležitá včasná mobilizace, kdy za asistence rehabilitačních pracovníků provádí pacient dechovou rehabilitaci, cvičí na lůžku a postupně nacvičuje sed, stoj a chůzi (Čoupková, 2010, s.38–39).

Založení stomie představuje velký zásah do psychiky nemocného, která je navíc ovlivněna typem osobnosti, přístupem pacienta k nemoci, bolestí, prognózou onemocnění a možným nedostatkem informací. Pacient se musí vyrovnat s novým způsobem vyprazdňování, smířit se s novou životní situací a naučit se správně zacházet se stomickými pomůckami. Stomická nebo zkušená sestra je první, která by měla pacienta podpořit, poskytnout cenné informace a pomoci zvládnout začátky v péči o stomii. Je důležité se s onemocněním smířit a mít vhodnou pomůcku. S vyrovnáním se stomií mohou pacientovi pomoci zkušení dobrovolníci ve spolcích stomiků. Důležitá je při péči spolupráce a podpora rodiny (Zachová, 2010, s.116–117; ČESKÉ ILCO, 2017)

7 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE

Malá část časných komplikací po radikální cystektomii souvisí se samotnou derivací moče. Většinou jsou to komplikace spojené s náročností samotného výkonu (Čermák, 2012).

Často se můžeme setkat s ileem, který vzniká jako reakce na dlouho trávající výkon spojený s manipulací se střevem. Při operaci je zavedena nasogastrická sonda, která by měla být ponechána jen v krátkém pooperačním čase, protože pacienti polykají kolem sondy vzduch, který sonda neodvede, a tím dochází k roztažení žaludku a naplnění střev plynem. Také by měla být včas zahájena enterální výživa přípravky vstřebávajícími se ve dvanácterníku a horní části ilea (Čermák, 2012).

Při zvýšené sekreci z drénu musíme myslet na možný únik moče. Může jít o sekreci peritoneální, lymfatickou nebo urinózní a je nezbytné provést biochemický rozbor. Při vyšší hodnotě kreatininu, než je norma, je potřeba hledat místo úniku. Nejprve propláchneme ureterální stenty a katétr do rezervoáru. Místo úniku hledáme pomocí zobrazovacích metod. Pokud neustává hemoragická sekrece z drénu a objeví se pokles v krevním obraze, je nutné vyšetřit koagulační parametry a při větším krvácení, je potřeba přistoupit k operační revizi (Čermák, 2012).

Pokud je pacient oligurický až anurický, je potřeba vyšetřit celou močovou soustavu, abychom vyloučili překážku horních cest močových, případně při derivaci ileální neovezikou retenci moče v rezervoáru. Před operací musí mít pacient negativní kultivaci moče, je prázdněn a jsou mu před nebo při operaci aplikována širokospektrá antibiotika. I přes tato opatření může dojít k rozvoji urosepsy, kdy příčinou může být obstrukce horních cest močových nebo nahromadění infikované tekutiny v břišní dutině, například hematomu (Čermák, 2012).

Radikální cystektomie s pánevní lymfadenektomií může být komplikována žilní trombózou nebo plicní embolií. Pokud máme podezření na tuto komplikaci je potřeba provést vyšetření žil pomocí Dopplerovské ultrasonografie, vyšetření krve a provést CT nebo scintigrafické vyšetření plic (Čermák, 2012).

Jednou z pozdních pooperačních komplikací bývají metabolické změny. Z důvodu použití části tenkého střeva může dojít k poruše tvorby a vstřebávání vitamínů, minerálů a vstřebávání žlučových kyselin. Pacient proto musí být po zbytek života důsledně kontrolován. V rámci kontroly je prováděno ultrasonografické vyšetření urotraktu, cystografie,

scintigrafické vyšetření ledvin a kontrola acidobazické rovnováhy (dále jen ASTRUP). Pokud je využito více než 50 cm části ilea, je doporučováno kontrolovat hladinu vitamínu B₁₂, který se vstřebává v terminálním ileu. Po 3-5 letech od operace se mohou projevovat neurologické nebo hematologické poruchy způsobené jeho nedostatkem. Doplnění spočívá v injekční aplikaci 100µg/ měsíc do svalu. Také může dojít k nedostatku vitamínu D, kdy je jeho vstřebávání zhoršené, a to způsobuje poruchu kostní mineralizace (Čermák, 2012; Gakis, Stenzl, 2011).

Pokud má pacient příznaky uroinfekce je nutné vyloučit lithiázu a obstrukci horních cest močových a zahájit léčbu antibiotiky. Mnoho praktických lékařů ji zahajuje i v případě, že je pacient bez příznaků pouze na základě pozitivního nálezu leukocytů a bakterií v moči. Při opakovaných uroinfekcích nereagujících na antibiotickou léčbu, mohou být náhodně objeveny konkrementy, které jsou zapříčiněné uroinfekcí, tvorbou hlenu nebo nedostatečným vyprázdněním neoveziky (Čermák, 2012).

Na vytvoření ortotopické ileální neoveziky je potřeba větší část ilea, které i přesto, že je využito pro derivaci moče, má vlastnost střeva a tvoří hlen. Hlen se hromadí a pacient není schopný jej vymočít a jsou nutné proplachy rezervoáru 50ml fyziologického roztoku a je nutné aktivní odsátí (Čermák, 2012).

U derivace dle Brickera po čase může vzniknout parastomální kýla, ta způsobuje potíže s nalepením a těsností pomůcky. Je nutná chirurgická úprava břišní stěny s minimální jizvou, která by způsobovala další komplikace s přilnavostí pomůcky (Čermák, 2012).

8 OŠETŘOVÁNÍ UROSTOMIE

Urostomie je vyšití aborálního konce tenkého střeva na povrch břišní stěny, z jehož části je vytvořen rezervoár a na orální konec jsou našity močovody. V prvních dnech po operaci se o stomii stará sestra, které pacienta zároveň edukuje o výměně pomůcky (Otradovcová, 2006, s.21).

Ošetřování urostomie bývá složitější z toho důvodu, že moč je agresivní, může poškozovat kůži a odtéká ze stomie neustále, proto je nazývána inkontinentní. Tvoří se na ní hlen. Je důležité zabránit vzniku a rozšíření infekce, která by se mohla rozšířit do ledvin a poškodit je. Rychlé a správné ošetření urostomie je náročnější než při ošetřování kolostomie nebo ileostomie a vyžaduje zručnost pacienta. Výměna pomůcky je vhodnější ráno, kdy je stomie méně aktivní (Otradovcová, 2006, s.22).

Sestra provádí výměnu pomůcky u lůžka, pokud už pacient mění pomůcku sám je vhodné výměnu provádět v klidném a diskrétním prostředí se zrcadlem a lehátkem. Nejvhodnějším místem je koupelna, kdy se pacient může před nalepením nové pomůcky osprchovat. Před výměnou je důležité připravit si pomůcky, které budeme potřebovat (Příloha č.5) – sáček na odpad, tupo – tupé nůžky, které bývají součástí firemních taštiček, čtverce z netkané textilie, čisticí roztok nebo ubrousky, ochranný film, stomický sáček. Před sundáním použitého sáčku, který sundáváme vždy shora dolů, si připravíme nový, u kterého vystihneme otvor o 2–5 mm větší, než je stomie. Sundáme použitý sáček, odstraníme hlen, který se vytvořil a stomii osprchujeme nebo omyjeme vlažnou vodou. K osušení použijeme jemný ručník nebo čtverce z netkané textilie, abychom stomii nepoškodili a zároveň pomocí odstraňovače odmastíme a dočistíme a je – li potřeba, okolí oholíme. Kůži čtverci osušíme a pokud je nějak iritována, tak ošetříme dle stavu například pomocí pudru nebo ochranného filmu, který používáme před nalepením pomůcky vždy. Z nového, připraveného sáčku sundáme fólii z lepící plochy, na kterou nesaháme, ujistíme se, že je pokožka suchá a přiložíme pomůcku. Sáček přitlačíme nejprve těsně u stomie a následně po celé ploše podložky. Je dobré na pár vteřin podložku přitisknout celou dlaní. Zkontrolujeme přilnutí pomůcky a sáček s odpadem hodíme do infekčního odpadu (Otradovcová, 2006, s.30–31).

Urostomici nemusí dodržovat speciální dietu, je důležité pít dostatečné množství tekutin, a to i kyselých, například čaj s citronem, aby se předcházelo vzniku infekce močových cest. Z tekutin se nedoporučuje alkohol a černá káva. Potraviny mohou ovlivnit barvu i zápach moče a je důležité urostomika o této skutečnosti informovat (Otradovcová, 2006, s.22).

9 EDUKACE

Termín edukace byl přijat z anglického výrazu „education“, znamená to celoživotní vzdělávání a rozvoj osobnosti. Edukace pacientů je součástí léčby a ošetrovatelské péče, je důležité řídit se pravidly a zásadami stejnými jako při jakémkoliv výukovém procesu (Svěráková, 2012, s.23).

Přístup pacienta k edukaci je vždy částečně ovlivněn nemocí. Na to, aby byla edukace účinná a správně provedená, nemůže sestra předat pouze velké množství informací, musí spolu s pacientem sestavit edukační plán, který pacientovi pomůže přijmout změnu (Svěráková, 2012, s.24).

Při edukační činnosti je důležité využít i poznatky z jiných vědních oborů, především z etiky, psychologie, sociologie a komunikace. Pacient se musí naučit žít ve změněných podmínkách a sestra mu pomáhá vybudovat si nové návyky. Pacient má na edukaci právo a je důležité, aby byl plně informován o svém zdravotním stavu. Při edukaci je potřeba snížit obavy pacienta z budoucnosti. Součástí je i poučení o důležitosti dodržování léčebného režimu, užívání léků, dodržování diety, změny životního stylu. U dospělých může být motivace ke změně chování složitá z důvodu svých naučených zvyklostí a nedostatečné motivaci ke změně (Svěráková, 2012, s.24, 29).

Motivace je pro úspěšnou edukaci důležitá. Důvodem ke zvládnutí naučení se nových úkonů a změně může být pro pacienta například návrat domů, návrat do práce, možnost starat se o svou domácnost, sport (Svěráková, 2012, s.32).

V edukačním procesu je velmi důležitá jeho příprava, jde o usnadnění práce pro sestru a motivuje pacienta, který vidí, že se mu sestra plně věnuje. Když pacient vidí, že se mu sestra a ostatní personál věnuje, přistupuje k edukaci zodpovědněji. Při přípravě edukačního plánu sestra zjistí při rozhovoru s pacientem jeho názor na vlastní zdraví, ochotu se učit a přijmout změnu, jeho společenskou a ekonomickou situaci. Významnou roli hraje i věk pacienta, kdy jinak přistupujeme k mladým lidem a jinak k pacientům vyšší věkové kategorie, kteří mohou mít problém se sluchem či zrakem, s udržení pozornosti nebo s manuální zručností v případě nutnosti naučení se praktického úkonu (Svěráková, 2012, s.32).

Při edukaci se musí sestra řídit určitými zásadami. Nejdůležitější je individuální přístup. Sestra musí být trpělivá, empatická a taktní. Na edukaci by si měla vyhradit dostatek času a najít klidné místo, připravit si potřebné pomůcky a materiály. Edukaci může ovlivnit

aktuální psychický stav pacienta, a proto je důležité plán upravovat podle potřeb pacienta (Svěráková, 2012, s.34).

Klíčovým momentem v edukaci je vyhodnocení. Sestra provádí průběžné hodnocení a musí provést i hodnocení závěrečné, kdy se přesvědčí o tom, že pacient vše pochopil. Při hodnocení lze využít písemný test, pokládání otázek anebo je pacient vyzván k praktickému provedení výkonu, například nalepení stomické pomůcky. Při hodnocení nešetříme chválou (Svěráková, 2012, s.35).

Po provedení edukace zaznamenáme informaci o provedení do dokumentace. Každý člen týmu je informován a v případě edukace jiným členem týmu nedochází k opakování informací, které pacient dostal. Záznam je také ochranou sestry v případě, že by na sestru byla podána stížnost za nedostatečné poskytnutí informací. Je vhodné, aby pacient na konci každé edukace svým podpisem stvrdil absolvování edukace, že pochopil vyložené informace anebo provedl praktický nácvik výkonu. Součástí záznamu o edukaci by měl být i popis reakce pacienta (Svěráková, 2012, s.35–36).

Aby mohla sestra zastávat roli edukátorky musí mít znalosti medicíny a ošetrovatelství na vysoké úrovni. Měla by mít dostatek empatie a projevit ochotu pomoci pacientovi. Důležité jsou komunikační schopnosti a sestra by měla mít smysl pro dávkování informací. Při edukaci se může objevit mnoho překážek jak ze strany zdravotníka, tak ze strany pacienta. U zdravotníků může chybět lidský přístup při ošetrování, podceňování edukace, nevhodná komunikace, nezajištění dostatku soukromí, ignorování potřeb, málo času na edukaci a spěch. Ze strany pacienta bývá překážkou stres a obavy z nemoci, osobnost pacienta, nepřijetí nemoci, emoční labilita, bolest, celkový stav nemocného, komunikační bariéra a také věk (Svěráková, 2012, s.36–38).

Nejčastější metodou v edukaci bývá mluvené slovo, kdy pacientovi podáme potřebné informace a při vzájemné diskuzi probereme to, čemu pacient nerozumí nebo si chce ujasnit informace. Dále můžeme použít audiovizuální pomůcky – CD/ DVD, kde pacient vidí nácvik praktické činnosti. Mluvené slovo i audiovizuální pomůcky lze doplnit letáčky, brožurami a plakáty, každý obor má své specifické pomůcky a edukační materiály. Aby byl cíl edukace splněn, je doporučeno kombinovat jednotlivé metody edukace (Svěráková, 2012, s.38).

Edukace může být individuální, kdy výhodou je bližší kontakt s pacientem, snazší pochopení jeho potřeb. Při skupinové edukaci je výhodou výměna zkušeností a názorů jiných pacientů. Tato edukace je prováděná formou přednášky, besedy, kurzu nebo cvičením (Svěráková, 2012, s.39).

Dle amerického sociálního psychologa Kurta Lewina, by měla změna probíhat ve třech stádiích. První stádium nazvané „rozmrazování“ je období, kdy lékař seznámí pacienta s diagnózou. Pacient si postupně uvědomuje potřebu změny svého chování. Důležitá a často rozhodující je v této fázi motivace, příprava a ochota sžít se s problémem a řešit ho. U motivace hraje důležitou roli i charakter onemocnění. Nutnost změny pochopí pacient snáz, když jeho tělo reaguje například na dietní chybu okamžitě, než když i přes to, že dietu poruší nemá žádné potíže. Ve druhém stádiu, takzvaném „stádiu pohybu“ je změna naplánována a pomalu, postupně realizována. Pacient se učí nové informace a úkony. Do edukace jsou v této fázi zapojováni členové rodiny, pečovatelky a výjimečně asistenti pedagoga, kdy mu jsou svěřeni děti se zdravotním znevýhodněním. Třetí stádium označené termínem „znovuzmrazování“ je charakteristické postupným ustálením změn, které jsou zařazovány do denních činností. Pacient si zvyká na změnu a jsou viditelné známky zlepšení stavu. Nikdy nesmíme zapomínat na pochvalu, která je pro pacienty důležitá (Svěráková, 2012, s.29).

9.1 Edukace stomika

U stomika je důležitá edukace v oblasti psychomotorické, kdy se sestra zaměřuje na zvládnutí praktického výkonu. V této oblasti se pro hodnocení dá využít taxonomie dle Davea, která má pět fází. První fází je Imitace, kdy stomik pozoruje a napodobuje praktické činnosti a tím se je učí při plné asistenci sestry. Druhá fáze – Manipulace, pacient je schopný dle slovního návodu zvládnout postupně se zdokonalující činnost. V další, třetí fázi – Zpřesňování, pacient činnost vykonává skoro sám a je přesnější, ve čtvrté fázi – Koordinace, provádí výměnu téměř sám. Poslední, pátou fází je Automatizace, kdy jsou některé části edukace prováděny zcela automaticky (Zachová, 2010, s.47).

Sestra i pacient by měli vědět, že edukace je klíč ke zlepšení životní kvality a pacient, který je dobře poučený bude odcházet s jistotou a schopností postarat se sám o sebe (Zachová, 2010, s.47).

9.2 Předoperační edukace

Edukace stomasestrou před operací je pacientovi a rodině nabídnuta již při objednání na operaci. Pacient se sestrou domluví na době návštěvy a ta zajistí vhodné a klidné místo (stomická ambulance). Optimální čas je 30 minut až jedna hodina. Pacient je seznámený se stomií a je mu ukázán její model, ukážeme mu dostupný sortiment stomických pomůcek a doplňkových pomůcek, poskytneme brožury a informujeme o stravování. Při edukaci seznámíme pacienta s předoperačním vyprázdněním střeva, pooperační edukací a dáme prostor na otázky (Otradovcová, 2006, s.24).

Zároveň získáme informace o sociálním prostředí nemocného, a pokud je nevyhovující, již při hospitalizaci kontaktujeme sociální sestru, se kterou domlouváme domácí ošetřování po propuštění. Pacientovi je nabídnuta možnost konzultace s psychologem. Podání dostatečného množství informací pacientovi i rodině, vede k lepší spolupráci obou stran po operaci (Otradovcová, 2006, s.24).

Pokud jde o plánovaný výkon, je vhodné budoucího stomika přijmout alespoň dva dny před operací. V den operace ráno navštíví pacienta stomická sestra, která by se měla seznámit s dokumentací nemocného, aby měla stejné informace jako lékař a zakreslí pacientovi místo pro založení stomie. Při zakreslení musí pacient vždy stát a musí s ním souhlasit. Tento výkon provádí pouze certifikovaná stomická sestra nebo lékař – operatér! Pacient si také může vyzkoušet pohyb s nalepeným stomickým sáčkem – leh, sed, dřep (Otradovcová, 2006, s.25).

9.3 Pooperační edukace

Stomická sestra přichází za pacientem každý den. Pacienta k edukaci nemůžeme nutit a jeho spolupráce je dobrovolná. Dle stavu pacienta sestra provádí první edukaci na lůžku. Hlavní cíl je, aby byl pacient soběstačný v péči o stomii. Musíme mít na paměti, že každý pacient je jiný, a proto i edukace musí být individuální (Otradovcová, 2006, s.28).

V prvních dnech provádí výměnu stomického sáčku sestra a pacient se dívá, poté provádí pacient výměnu za asistence sestry, a nakonec výměnu pomůcku sám. Sestra ho kontroluje a chválí. Při propuštění odchází stomik vybavený pomůckami na jeden až tři měsíce, datem kontroly po operaci, kontaktem do poradny a na stomickou sestru (Otradovcová, 2006, s. 29, 30).

V edukaci je důležitá i následná reedukace, kdy pacient dochází na kontrolu do stomické poradny. S pacientem se celá edukace ve zkrácené formě projde znovu a odstraní se případné chyby v postupu. Při propuštění je vhodné stomikovi předepsat některé pomůcky pouze na měsíc, důvodem je možnost změny tvaru stomie a jejího okolí, nevyhovující pomůcka, alergická reakce na pomůcku (Zachová, 2010, s.79).

Je vhodné pacienta informovat o chartě práv pacienta se stomií (Příloha č. 6) a o patientské organizaci ILCO, kde může získat doplňující informace a setkat se s jinými stomiky (Otradovcová, 2006, s.33).

10 STOMICKÉ POMŮCKY

V dnešní době mají k dispozici stomici na výběr pomůcky od několika firem. Na českém trhu je 8 firem, které nabízejí stomické pomůcky – B – Braun, Coloplast, ConvaTec, Dansac, Distrimed, Eakin, Sabrix, WELLAND Medical (Otradovcová, 2006, s.39).

Moderní stomické pomůcky by měly splňovat určité požadavky mezi které patří zachycení moče, stolice nebo sekretu. Měl by být velikostně i tvarově variabilní a flexibilní, s pomůckou by se mělo snadno zacházet, neměla by stomika omezovat v pohybu, měla by být vytvořena z hypoalergenního materiálu a eliminovat zápach. Je kladen důraz na diskretnost a dostupnost pomůcky. Stomik má možnost zvolit systém jednodílný, dvoudílný anebo systém adhezivní technologie (Otradovcová, 2006, s.39–40).

U jednodílného systému je podložka pevně spojena se sáčkem a při naplnění se mění celý. Výměna pomůcky je prováděna každý den. Sáčky mohou být průhledné, neprůhledné, výpustné se sponou nebo suchým zipem, nevýpustné, s filtrem nebo bez (Příloha č.7) (Otradovcová, 2006, s. 39).

Dvoudílný systém je specifický tím, že podložka a sáček jsou zvlášť a spojují se plastovým těsnícím kroužkem (Příloha č.8). Podložka může být nalepena 3-5 dní a sáček se mění při naplnění. Je možné použít různé typy sáčků – výpustný, nevýpustný, ale musí se shodovat velikostí spojovacího kroužku. Dvoudílný systém lze doplnit přídržným páskem. Podložky mohou být celoželatinové, flexibilní s okrajem z mikroporu a středem ze želatiny anebo konvexní (Příloha č.9), které mají tvar misky a používají se u komplikovaných stomií. Druh sáčků je stejný jako u jednodílného systému (Otradovcová, 2006, s. 39–40).

U systému adhezivní technologie chybí spojovací kroužek a sáček se s podložkou spojují přímým nalepením sáčku na podložku (Příloha č.10) (Otradovcová, 2009, s.40).

Důležitá je stomická kosmetika, kdy mluvíme o čistících a ochranných pomůckách. Patří sem odstraňovače, ochranné filmy, pasty – lepící, nelepící, ochranné krémy, ochranné pudry, jemné mycí pěny, hydrokoloidní rouška nebo destička, jemná netkaná textilie, přídržný pásek (Otradovcová, 2006, s.40).

Pacient by měl mít možnost vyzkoušet během hospitalizace různé druhy pomůcek a sám si zvolit, se kterou se mu dobře pracuje a vyhovuje mu (Otradovcová, 2006, s.30).

Stomik by měl být informován a pomůckách všech firem na českém trhu, měl by znát preskripci pomůcek, což znamená že je lze předepsat maximálně na tři měsíce a taky ho informujeme o měsíčních limitech pomůcek, které používá. Pacient s urostomií, který používá jednodílný systém má nárok na 30 urostomických sáčků a 10 nočních sáčků. Pokud urostomik používá dvoudílný systém nebo systém adhezivní technologie dostává na měsíc 15 podložek, 30 urostomických sáčků a 10 nočních sáčků (Otradovcová, 2006, s.32).

Pokud je potřeba navýšit limit pomůcek, musí být podána žádost s odůvodněním re- viznímu lékaři. Pacient má také právo na sociální příspěvek, o který se žádá na humanitárním odboru městského úřadu v místě bydliště. Pacienta poučíme o správném uložení pomůcek, o oblékání, o společenském životě, o cestování a o vhodnosti udržení tělesné hmotnosti. Pokud je pacient pracující, ujistíme ho, že je možný návrat do práce (Otradovcová, 2006, s.32–33).

11 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL V. HENDERSONOVÉ

Virginia Hendersonová se narodila roku 1897 v Kansas City, USA. V roce 1921 dosáhla základního ošetřovatelského vzdělání a v roce 1934 ukončila vzdělání magisterské v oboru ošetřovatelství. V letech 1959–1971 se věnovala výzkumu v ošetřovatelství a v roce 1960 vydala „Basic Principle of Nursing Care“ (Základní principy ošetřovatelské péče). V publikaci „The Nature of Nursing“ (Charakter ošetřovatelství) z roku 1966 definovala funkci sestry. Bylo jí uděleno čestné členství v asociaci amerických sester (ANA – American Nursing Association) za vzdělávání v ošetřovatelství a celoživotní přínos výzkumu. Zemřela v roce 1996 v Brandfordu, USA. Virginia Hendersonová je nazývána Florence Nightingelovou 20. století (Pavlíková, 2006, s. 43, 51).

Model V. Hendersonové řadíme mezi modely humanistické. Pacient je zde uznáván jako osobnost, má právo na svobodu a štěstí, rozvoj svých sil a schopností. V. Hendersonová nesouhlasila s poskytováním péče jen podle služebních předpisů a tím, že nemá pacient zajištěnou plnohodnotnou ošetřovatelskou péči a není chráněn před nebezpečím. Pacient by měl být středem pozornosti sester a vzdělaných zdravotníků. Při hledání odpovědí na své otázky ohledně ošetřovatelství, jeho úlohy a funkce sestry využila své zkušenosti sestry, učitelky a výzkumné činnosti na univerzitě Yale (Pavlíková, 2006, s.43–44).

Cílem ošetřovatelství je nezávislost pacienta v uspokojování potřeb. Je důležité myslet na to, že duše a tělo jsou neoddělitelné součásti a k pacientovi patří i jeho rodina a tím tvoří jeden celek. Sestra pomáhá udržovat nebo navracet samostatnost při obstarávání vlastních potřeb pacienta (Pavlíková, 2006, s.45).

Model Virginie Hendersonové se zabývá 14 základními potřebami, které jsou uspokojovány jedincem osobitým způsobem prostředí je v modelu vnímáno jako souhrn vnějších vlivů a podmínek, ve kterých se pacient nachází. Zdraví je soběstačnost, samostatnost a nezávislost, kdy je pacient schopný plnit bez pomoci 14 základních potřeb (Pavlíková, 2006, s.45–46).

Každý pacient je osobnost a své potřeby uspokojuje individuálně, ale jsou vlastní všem. Bez ohledu na lékařskou diagnózu má každý pacient své potřeby, které jsou ovlivněny kulturou a osobností pacienta. Základní lidské potřeby tvoří čtyři základní složky – biologická, psychická, sociální a spirituální. Při uspokojování biologických potřeb pacienta se

zaměřujeme na devět potřeb. Do této oblasti spadá pomoc pacientovi normálně dýchat, pomoc při příjmu potravin a tekutin, pomoc při vylučování, pomoc při pohybu a udržování vhodné polohy, pomoc při spánku a odpočinku, pomoc s výběrem vhodného oblečení a při jeho svlékání a oblékání, pomoc při udržování fyziologické teploty, pomoc při hygieně a udržování upravenosti, ochrana před nebezpečím a předcházení zranění. Při uspokojování psychických potřeb by sestra měla pacientovi pomoci s komunikací s ostatními osobami, podpořit ho ve vyjádření jeho emocí, potřeb a obav, měla by vyslechnout názor pacienta. Nikdy nesmí obavy pacienta bagatelizovat. Je důležité pacienta podporovat v objevování a učení nových věcí, podporovat zvědavost vedoucí k normálnímu vývoji a zdraví. Sociální potřeby pacienta uspokojujeme tím, že ho sestra motivuje a pomáhá mu při práci, navrhuje denní činnosti a odpočinek tak, aby přes den byl bdělý a v noci mohl spát. Uspokojování spirituálních potřeb pacienta spočívá v tom, že pokud je pacient věřící, nemělo by mu být bráněno v modlitbě a vyznávání jeho víry. Pokud požádá, měla by mu být umožněna pastorační služba (Pavlíková, 2006, s. 46–48).

Sestra byla V. Hendersonovou nazvána „profesionální matkou“, protože reaguje na potřeby pacienta stejně tak, jako matka na potřeby dítěte. Sestra je jedinečná a její funkci definovala Virginia Hendersonová slovy: „*Jedinečnou funkcí sestry je pomoc (asistence) zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti přispívající k jeho zdraví nebo k uzdravení či klidné smrti, které by jedinec vykonával sám, bez pomoci, kdyby měl na to dostatek sil, vůle a vědomostí. A sestra vykonává tuto funkci tak, aby jedinec dosáhl nezávislosti co nejdříve.*“ (Pavlíková, 2006, s.49).

Obsahem teorie základní ošetrovatelské péče jsou základní potřeby jedince ovlivněné osobností a kulturou a jsou uspokojovány různými způsoby. V situaci, kdy nemá jedinec sílu nebo dostatek vůle uspokojit své potřeby sám z důvodu porušení zdraví nebo projevům nemoci, přichází do kontaktu se zdravotníkem. Sestra určí rozsah nesoběstačnosti, zhodnotí, co ovlivňuje potřeby pacienta, naplánuje péči a realizuje ji. Plán po celou dobu péče upravuje dle stavu pacienta a konzultuje ho s ním, vznikají vztahy sestra – pacient, sestra – lékař, sestra – ošetrovatelský tým a cílem je obnovit samostatnost pacienta co nejdříve a pokud to nelze, doprovázejí ho na cestě ke klidné smrti (Pavlíková, 2006, s. 50).

PRAKTICKÁ ČÁST

12 METODIKA PRÁCE

12.1. Formulace problému

Tumor močového měchýře postihuje jedince ve všech věkových kategoriích. Odborná literatura uvádí, že postihuje častěji muže než ženy a je druhým nejčastějším onkologickým onemocněním v Evropě. Mezi chirurgické metody léčby tumorů močového měchýře je řazena radikální cystektomie. Při odstranění močového měchýře je nutné zajistit náhradní derivaci moče, jejíž úkolem je zajistit odvod moče z močových cest, v ideálním případě nahrazuje i funkci močového měchýře, kdy splňuje funkci rezervoáru moče.

Pro bakalářskou práci byli záměrně vybráni dva pacienti – muže, hospitalizované na Urologické klinice Fakultní nemocnice Plzeň, u kterých byl zjištěn karcinom močového měchýře a bylo nutné provést operační výkon se zajištěním náhradní derivace moče. V první kazuistice je popisována péče o pacienta s náhradní derivací moče ortotopickou ileální neovetikou dle Hautmanna a ve druhé kazuistice je popisována ošetrovatelská péče o pacienta s náhradní derivací ureteroileostomií dle Brickera. Ošetrovatelská péče je o tyto pacienty velice náročná, v některých oblastech péče se shoduje, v některých oblastech je rozdílná, zcela specifická pouze pro zvolenou náhradní derivace moče.

12.1 12.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem práce je určení zásadních oblastí v ošetrovatelské péči o pacienta po radikální cystektomii s vybranou náhradní derivací moče.

Dílčí cíle:

1. Zpracovat u 2 vybraných pacientů kazuistiku
2. Stanovit ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie
3. Navrhnout vhodné ošetrovatelské intervence a cíle
4. Vypracovat vhodný edukační materiál pro pacienty po radikální cystektomii s vybranou náhradní derivací moče

Výzkumné otázky:

1. Byla u vybraných pacientů ošetrovatelská péče na základě stanovených cílů korektní?
2. Jaké shody a rozdíly byly nalezeny v ošetrovatelské péči o vybrané pacienty?
3. V jakých oblastech je edukace pro pacienty s náhradní derivací moče klíčová?

12.2 Charakteristika sledovaného souboru

Pro bakalářskou práci byli vybráni záměrně dva pacienti. Hlavním kritériem pro výběr byla indikace k operačnímu výkonu – radikální cystektomie s náhradní derivací moče. Záměrně byli vybráni kandidáti – muži s rozdílnou derivací moče. U jednoho pacienta zajišťovala náhradní derivace moče jak jímací i evakuační. U druhého pacienta zajišťovala funkci evakuační.

12.3 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal od 8. 10. 2018 do 16. 11. 2018. Výzkumné šetření bylo provedeno se souhlasem manažerky pro vzdělávání a výuku nelékařských zdravotnických pracovníků FN Plzeň (příloha č.12), byl uskutečněn pod dohledem vrchní sestry Urologické kliniky a samozřejmě se souhlasem pacientů (Příloha č.13).

Pro sběr dat byla použita případová studie. Informace byly získané individuálním rozhovorem s pacientem, při kterém byly použity otázky zaměřené na oblasti ošetrovatelského modelu Virginie Hendersonové. V průběhu rozhovoru bylo dodrženo soukromí pacienta. Rozhovor trval přibližně 30-40 minut, informace byly zaznamenávány v písemné formě. Dále byly informace získávány pozorováním pacienta, analýzou lékařské i ošetrovatelské dokumentace a od zdravotnického personálu.

Rozhovor

Metoda založená na shromáždění dat přímým pokládáním otázek. Při osobním kontaktu nezískáme jen potřebné informace, ale dokážeme zachytit i hlubší kontext odpovědi. Rozhovor se jako výzkumná metoda liší od běžného tím, že má jasný odborný cíl. V ošetrovatelství je často používán polostandardizovaný rozhovor, kdy je část otázek „napevno“ a

část jsou okruhy, které umožňují klást doplňující otázky, kterými lze studii doplnit. S provedením rozhovoru musí respondent souhlasit. Rozhovor musí být přátelský, tak aby respondent necítil obavy a napětí. (Žiaková, 2009, s. 151, 155, 158).

Pozorování

Činnost vedoucí k získání nových nebo doplňujících informací. Cílem pozorování je upřesnit si získané informace. Během pozorování můžeme získat informace o fyzickém a psychickém stavu pacienta, můžeme pozorovat verbální projevy. (Žiaková, 2009, s. 164, 166).

12.4 Kazuistika č. 1

Pohlaví: muž
Rok narození: 1951
Věk: 68 let

Lékařské diagnózy

C67.9 Skvamózní karcinom (vycházející z uroteliálního karcinomu), stav po transureterální resekci
C61 Acinární adenokarcinom prostaty
I21.9 Akutní infarkt myokardu, stav po infarktu myokardu r. 1989
Z95.0 Přítomnost elektronického kardiostimulátoru – ICD 7/2018
Z92.4 Stav po opakovaných operacích tříselných kýl na obou stranách, v r.2017 laparoskopická hernioplastika vlevo
N28.1 Dvě drobné cysty na levé ledvině, dle CT největší 12 mm

Chronická medikace

Anopyrin 100 mg (antitrombotikum) p.o.	1-0-0 vysazen
ConcorCor 5 mg (sympatolitikum) p.o.	½-0-0
Fraxiparine 0,6 ml (antikoagulancium) s.c.	jedenkrát denně
Nolpaza 40 mg (antacidum) p.o.	1-0-0
Ramipril Actavis 2,5 mg (ACE inhibitor) p.o.	1-0-0
Torvacard Neo 40 mg (hypolipidemikum) p.o.	0-0-1
Trombex 75 mg (protidestičkové léčivo) p.o.	1-0-0 vysazen

Medikace v průběhu hospitalizace

Augmentin 1,2 g (antibiotikum) i.v. po 8 hodinách	8-16-24
Augmentin 1 g (antibiotikum) p.o. po 8 hodinách	8-16-24

ConcorCor 5 mg (sympatolitikum) p.o.	½-0-0
Controloc 40 mg (antacidum) i.v po 12 hodinách	8-20
p.o.	1-0-1
Cyklo3Fort (venofarmakum) p.o.	2-2-2
Degan 10 mg (antiemetikum) i.v po 12 hodinách	8-20
p.o.	1-0-1
Fraxiparine 0,6 ml (antikoagulancium) s.c.	20
Ibalgin 400 mg (antiflogistikum) p.o. při zvýšené TT	
Ketonal 100 mg (antirevmatikum) i.v dle potřeby	
Marcaine 0,5 % 25 mg/ 5 ml (injekční roztok) do epidurálního katetru	
Meropenem 2 g (antibiotikum) i.v. po 8 hodinách	8-16-24
Metronidazol 500 mg (antibiotikum) i.v. po 8 hodinách	8-16-24
Morfin 1 % 7,5 mg (analgetikum, opiát) i.m.	7:15 hodin
Noradrenalin 1 mg/ml (koncentrát pro infuzní roztok) i.v. při hypotenzi 0,4 mg/h	
Perfalgan 1 g (analgetikum, antipyretikum) i.v. dle potřeby	
Sefotak 2 g (antibiotikum) i.v. po 8 hodinách	8-16-24
Sufenta 10 mg/ 2 ml (injekční roztok) do epidurálního katetru	
Zinnat 500 mg (antibiotikum) p.o. po 12 hodinách	8-20

Infuzní terapie v průběhu hospitalizace

První den hospitalizace podán krystaloidní roztok intravenózně (Ringerův roztok) v celkovém objemu 1000ml rychlostí 200 ml/h

Při operačním výkonu byly pacientovi podány intravenózně krystaloidní roztoky (Ringerův roztok, Fyziologický roztok) v celkovém objemu 3700 ml. Po příjezdu z dospávacího pokoje

na pooperační pokoj byl podán krystaloidní roztok (Plasmalyte roztok) v celkovém objemu 1000 ml rychlostí 65 ml/h.

První pooperační den podány krystaloidní roztoky intravenózně (Hartmannův roztok, Plasmalyte roztok) v celkovém objemu 2500 ml rychlostí 100–130 ml/h.

Druhý pooperační den podány krystaloidní roztoky intravenózně (Hartmannův roztok) v celkovém objemu 2000 ml rychlostí 130 ml/h.

Třetí pooperační den podány krystaloidní roztoky intravenózně (Hartmannův roztok, Plasmalyte roztok, Ringerův roztok) v celkovém objemu 2000 ml rychlostí 130 ml/h.

Čtvrtý pooperační den podány krystaloidní roztoky intravenózně (Hartmannův roztok, Plasmalyte roztok) v celkovém objemu 1500 ml rychlostí 130 ml/h.

Pátý pooperační den podán krystaloidní roztok intravenózně (Ringerův roztok) v celkovém objemu 1000ml rychlostí 130 ml/h

Šestý pooperační den podán krystaloidní roztok intravenózně (Ringerův roztok) v celkovém objemu 500 ml rychlostí 130 ml/h

Sedmý pooperační den podán krystaloidní roztok intravenózně (Ringerův roztok) v celkovém objemu 500 ml rychlostí 130 ml/h

Pacient se dostavil ke svému urologovi pro makroskopickou hematurii. Byla mu provedena cystoskopie a následně byl pro prvozáchyt nádoru močového měchýře přijat k hospitalizaci na Urologickou kliniku, kdy byla na operačním sále provedena transureterální resekce nádoru močového měchýře a odebrán vzorek na histologii. Histologické vyšetření prokázalo papilární uroteliální karcinom, hodnocený dle TNM klasifikace jako nádor prorůstající povrchovou svalovinou měchýře, bez průkazu metastáz do uzlin a vzdálených metastáz (pT2a cN0 cM0). Byl podán jeden cyklus neoadjuvantní chemoterapie, která byla přerušena pro bolesti na hrudi a tachykardii. Pacient byl vyšetřen kardiologem a byla provedena urgentní skiografie s nálezem stenózy pravé koronární tepny, nález byl vyřešen angioplastikou se zavedením stentu a implantací elektronického kardiostimulátoru (dále jen ICD). Onkologem bylo doporučeno v chemoterapii nepokračovat. U pacienta bylo indikováno operační řešení. Pacient byl plánovaně přijat na Urologickou kliniku k radikální cystoprostatektomii s oboustrannou pánevní lymfadenektomií s derivací ortotopickou ileální neovezikou dle Hautmanna.

Fyzikální vyšetření

Celkový stav: Pacient byl orientován místem, časem i osobou. Pacient rozuměl položeným otázkám a odpovídal přiléhavě. Sliznice byly růžové a bez známek dehydratace. Stav kůže normální, bez defektů, kožní turgor v normě. Sluch dobrý, používal brýle na čtení. Pacient byl upravený a čistý, vlasy i nehty byly čisté. K pohybu nepoužíval žádné kompenzační pomůcky, chodil vzpřímeně a s jistotou.

Hlava: Volně pohyblivá, pokleповě nebolestivá. Zornice isokorické. Pacient měl horní i dolní snímatelnou zubní náhradu, s polykáním potíže neměl.

Hrudník: Souměrný, dýchání pravidelné, pod levou klíční kostí byla patrná jizva po implantaci ICD.

Břícho: Dobře prohmatné, nebolestivé. V pravém podbříšku zhojená, klidná jizva po laparoskopické operaci tříselné kýly.

Končetiny: Horní končetiny volně pohyblivé, bez patologických nálezů. Dolní končetiny volně pohyblivé, lýtka nebolestivá, bez varixů.

Vyšetření per rectum: Lékařem bylo provedeno vyšetření per rectum, kdy popsal středně zvětšenou, hladkou, ohraničenou, nebolestivou prostatu.

Anamnéza

Osobní anamnéza: Pacient prodělal běžné dětské nemoci, nyní sledován kardiologem po proděláním infarktu myokardu v roce 1989 a zavedením ICD v 7/2018. Je po opakovaných operacích tříselných kýl oboustranně, s laparoskopickou hernioplastikou vlevo v r.2017. Urologem sledován pro zvětšenou prostatu a erektilní dysfunkci.

Rodinná: Rodiče pacienta již nežijí, matka měla tuberkulózu a otec zemřel násilnou smrtí v 58 letech. Má sestru (62 let), která je zdráva, bratr zemřel v 60 letech na karcinom plic. Dcera (46 let) se léčí se štítnou žlázou a syn spáchal ve 34 letech sebevraždu.

Sociální anamnéza: Pacient je rozvedený, bydlí sám v rodinném domě, kde ho navštěvuje dcera a přítelkyně.

Pracovní anamnéza: Pacient je ve starobním důchodu, dříve pracoval jako technik výpočetní techniky.

Abuzus: Pacient je kuřák od 17 let, vykouří přibližně 20 cigaret za den. Tvrdý alkohol pije jen příležitostně, občas si dá pivo.

Fyzikální vyšetření sestrou

Krevní tlak (TK) 117/73 mmHg

Puls (P) 63/minutu

Dech (D) 16/minutu

Tělesná teplota (TT) 36,5 °C

Váha 74,6 kg

Výška 174,5 cm

Body Mass Index (BMI): 24,5 (norma)

Dieta: č.3, racionální

Alergii neudává.

Použité hodnotící škály

Hodnocení bylo provedeno v den příjmu pacienta.

Barthelův test všedních činností (Příloha č.11) - 100, nezávislý

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové (Příloha č.12) - 30, žádné riziko vzniku

Melzackova škála bolesti- 0, pacient je bez bolesti

Klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona (STT)- 0, bez bolesti a reakce v okolí

S pacientem byl proveden rozhovor a pro zjištění aktuálních nebo potencionálních problémů pacienta byl použit ošetrovatelský model Virginie Hendersonové. Jednotlivé oblasti modelu byly hodnoceny subjektivně a objektivně při příjmu pacienta. Aktuální nebo potencionální problémy pacienta, které vznikly během hospitalizace, jsou uvedeny v popisu kazuistiky.

Normální dýchání

Subjektivně: Pacient neudává potíže s dýcháním. Kouří od 17- ti let, přibližně 20 cigaret denně.

Objektivně: Pacient dýchá bez obtíží. Během hospitalizace nekouřil.

Dostatečný příjem potravy a tekutin

Subjektivně: Pacient nedodrží žádnou předepsanou dietu od lékaře. Udává, že není vybíravý a jí s chutí vše. Během dne vypije 1,5-2 litry tekutin, nejčastěji pije vodu. Rád si dá černou kávu, příležitostně pivo.

Objektivně: Pacient byl při příjmu zvážen (74,6kg) a změřen (174,5). Byl vypočítán Body Mass Index (24,5), který ukázal, že má pacient ideální váhu a není potřeba intervence nutriční terapeutkou. Neudává žádnou potravinovou alergii. Sliznice byly růžové, bez známek dehydratace. Pacient byl seznámen s alergeny obsaženými v podávaných nebalených potravinách. Byl poučen o dietním režimu, kdy k obědu dostane bujón a dále bude mít pouze tekutiny. Byl poučen, že od půlnoci nesmí nic jíst, pít, kouřit, žvýkat žvýkačky a cucat bonbóny. Pacient dietní omezení chápal a dodržoval. Pacient má horní i dolní snímatelnou náhradu.

Vylučování

Subjektivně: Pacient udává problém s močením, dle jeho slov „chodí často“, v moči se objevuje krev. Stolicí má pravidelnou, nepoužívá žádná projímadla.

Objektivně: Pacientovi bylo v rámci předoperační přípravy podáno v dopoledních hodinách a večer salinické klyzma. Pacientovi byla odebrána při příjmu moč na kultivační vyšetření a chemický rozbor. Moč byla čirá bez příměsí.

Pohyb a udržování vhodné polohy

Subjektivně: Nepotřebuje k pohybu žádné pomůcky, nevyhledává úlevovou polohu. Rád pracuje na zahrádce.

Objektivně: Nevyužívá kompenzační pomůcky k pohybu, pohybuje se s jistotou. Během hospitalizace pacient sedí na posteli, odpoledne si na chvíli lehnul, aby si dle jeho slov „zkrátil čekání“.

Spánek a odpočinek

Subjektivně: Pacient neudává potíže s usínáním ani se spánkem, nebere si žádné léky na spaní. Dle jeho slov má „velmi dobrý spánek“.

Objektivně: Pacient působí odpočínutě.

Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Subjektivně: Pacient má rád volné, vzdušné oblečení. Má rád modrou barvu na oblečení. Problém s oblékáním/ svlékáním nemá.

Objektivně: Pacient je čistě oblečen, v nemocnici na sobě má bavlněné pyžamo. Dopomoc při oblékání/ svlékání nepotřebuje.

Udržování fyziologické tělesné teploty

Subjektivně: Preferuje teplotu prostředí v rozmezí 20–25 °C, neudává nadměrné pocení. Tělesnou teplotu si nepřeměřuje.

Objektivně: Pacient se nadměrně nepotí. Tělesná teplota pacienta při přijetí 36,4 °C. Vybral si lůžko u dveří, které byly pootevřené a z chodby do pokoje proudil chladnější vzduch.

Udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochrana pokožky

Subjektivně: Pacient udává, že se sprchuje minimálně dvakrát denně (ráno, večer). Udává, že si rád „užívá“ teplou vodu. Používá deodorant, aby dle jeho slov „nebyl cítit“. Oblečení si pere a žehlí. Spodní prádlo si mění každý den. Chodí upravený, aby se přítelkyně dle jeho slov „nemusela stydět za to, s kým jde venku“. Během letních měsíců si pokožku chrání krémy s ochranným faktorem, na rty používá v zimě jelení lůj. Vlasy si nechává pravidelně stříhat. Nehty si pravidelně zkracuje a upravuje.

Objektivně: Pacient je upravený a čistý. Kůže je čistá a bez defektů. Nehty a vlasy má upravené a čisté. V zajištění hygieny nepotřebuje dopomoc.

Komunikace s ostatními lidmi, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů

Subjektivně: Neudává problém s komunikací s rodinou ani ostatními pacienty. S rodinou během hospitalizace komunikuje přes mobilní telefon. Rád chodí do společnosti „mezi lidi“. Operace se trochu bojí, ale jak sám pacient řekl „vím, že bez ní to nepůjde“.

Objektivně: Pacient komunikuje s personálem bez problémů, odpovídá na otázky. Se spolupacienty také komunikuje bez obtíží. S rodinou komunikuje během hospitalizace přes mobilní telefon. Při rozhovoru byl pozitivně naladěný a měl zájem o informace týkající se

hospitalizace. S pacientem byla probrána příprava před operací, péče po operaci a lékař mu vysvětlil průběh operace a zodpověděl otázky.

Vyznávání vlastní víry

Subjektivně: Pacient nevyznává žádnou víru.

Objektivně: Pacient byl seznámen s pastorační službou nabízenou Fakultní nemocnicí, odmítl ji.

Práce, uspokojení z práce

Subjektivně: Pacient je nyní ve starobním důchodu, dříve pracoval s výpočetní technikou, zvyšoval si svou kvalifikaci.

Objektivně: Pacient uvedl, že v práci byl spokojený a občas by se rád vrátil.

Forma odpočinku a relaxace

Subjektivně: Doma si rád čte, provádí domácí práce, sleduje televizi, rád navštíví divadlo nebo kino. Rád relaxuje při procházkách a výletech v přírodě. Do nemocnice si pacient dle jeho slov „na zkrácení času“ donesl knihu a křížovky.

Objektivně: V průběhu dne si povídal s ostatními pacienty. Působí odpočinutě.

Učení a osobní rozvoj

Subjektivně: Pacient je středoškolsky vzdělaný, studoval průmyslovou školu. Pacient si hodně čte a pomáhá vnukům s učením. Informace si hledá na internetu. Snaží se být dle jeho slov „moderní děda a mít přehled“.

Objektivně: Pacient má zájem o nové informace, ptal se na pooperační péči. Udal, že se před přijetím snažil najít si nějaké informace na internetu.

Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Subjektivně: Při oznámení diagnózy pociťoval šok, po promyšlení se dle jeho slov „rozhodl s nemocí poprat“, protože toho má ještě mnoho na práci a chce si toho ještě trochu v životě a s vnoučaty užít. Psychicky se cítí dobře a těší se, až bude zase „normálně běhat“.

Uvědomuje si, že kouření bylo možnou příčinou jeho onemocnění, ale není si jistý, zda kouřit přestane.

Objektivně: Pacient je orientován místem i časem. Pacient působí vyrovnaně a má zájem o léčbu. Byl seznámen s řádem nemocnice a chodem oddělení. Byl edukován o pohybovém režimu, manipulaci s lůžkem a signalizačním zařízením. Byl seznámen s právy a povinnostmi pacienta. Byl informován o významu nasazení identifikačního náramku.

Průběh hospitalizace

1. den hospitalizace

Pacient byl přijat na lůžkové oddělení Urologické kliniky k plánovanému výkonu. Pacient přišel s požadovaným hotovým předoperačním vyšetřením – interní vyšetření, EKG, RTG plic, vyšetření krve a moče, kardiologické vyšetření. Při příjmu byl pacientovi nasazen na pravou horní končetinu (dále jen PHK) identifikační náramek a byl poučen o významu jeho nasazení. Byla odebrána moč na kultivační a chemické vyšetření dle ordinace lékaře. S pacientem byla sestrou sepsána ošetrovatelská anamnéza, Barthelovým testem všedních činností byla zjištěna nezávislost pacienta na druhé osobě. Byla provedena edukace v oblasti sebepečce, pohybového režimu, prevence pádu, manipulace s lůžkem a signalizačním zařízením, byl poučen o předoperační přípravě a pooperační péči. Byl poučen o pitném a dietním režimu, byl poučen o alergenech v podávaných nebalených potravinách. Pacient byl seznámen s právy a povinnostmi pacienta a řádem nemocnice. Pacientovi byl zaveden periferní žilní katétr o velikosti Gauge20 na levou horní končetinu (dále jen G20 LHK) a odebrán vzorek na zjištění krevní skupiny a následně byly na transfúzní stanici zajištěny před výkonem tři krevní konzervy. Lékař pacienta informoval o operačním výkonu, možných rizicích a podepsal s ním informované souhlasy. Pacientovi bylo v dopoledních hodinách podáno salinické klyzma, které bylo večer zopakováno. Pacient dostal k obědu bujón a nadále mu byly povoleny pouze tekutiny. V den příjmu navštívil pacienta anesteziolog, který ho seznámil s celkovou anestézií, navrhl možnost epidurální analgezie a podepsal s ním informované souhlasy. Večer byl pacientovi aplikován Fraxiparine 0,6ml subkutánně jako prevence tromboembolické nemoci a pacient byl poučen o nutnosti aplikace každý večer po dobu hospitalizace. Od půlnoci již pacient nesměl nic pít, jíst, žvýkat žvýkačky, cucat bonbóny a nesměl kouřit. Byla mu podána infuzní terapie krystaloidním roztokem dle ordinace lékaře.

2. den hospitalizace, operační den

Druhý den proběhla u pacienta příprava operačního pole – oholení, desinfekce břicha a omytí dezinfekčním mýdlem, byly nasazeny elastické punčochy jako prevence tromboembolické nemoci. V 7:15 hodin byl pacient vyzván k vyndání horní i dolní zubní náhrady, sundání šperků a byla pacientovi aplikována injekce 1 % Morfinu v dávce 7,5 mg intramuskulárně dle ordinace anesteziologa. V 7:35 hod byl pacient odvezen na předsálí operačních sálů, byl sestrou předán anesteziologické sestře a byl odvezen na operační sál, kde byla provedena otevřená oboustranná pánevní lymfadenektomie, radikální cystoprostatektomie, apendektomie a zajištěna náhradní derivace moče ortotopickou ileální neovezikou dle Hautmanna. Před výkonem bylo na operačním sále provedeno odebrání krve na hodnoty prostatického specifického antigenu (dále jen PSA), anesteziolog zavedl epidurální katetr pro svodnou anestezii, byla zavedena nasogastrická sonda a byl deaktivován ICD, který byl po skončení výkonu opět aktivován. Na operačním sále byly podány intravenózně antibiotika Amoksiklav 1,2 g a Metronidazol 500 mg. Celkový čas operace byly 3 hodiny a 52 minut. Po výkonu byl pacient převezen na dospávací pokoj, kde byly monitorovány vitální funkce a byl nasazen na ordinaci lékaře Noradrenalin 4 ml/ hodinu (0,4 mg/ hodinu) pro pooperační hypotenzi (90/40-110/50 mmHg). V 15 hodin byl pacient anesteziologickou sestrou předán sestře s TK 120/75 mmHg na lůžkové oddělení na pooperační pokoj, kde byl nadále kontinuálně podáván Noradrenalin 4 ml/ hodinu (0,4 mg/ hodinu) a kontrolovány fyziologické hodnoty po 15 minutách, při příjezdu TK 139/70 mmHg, 60 pulsů za minutu, saturace kyslíkem 100 %. Pacient dýchal spontánně a byl při vědomí. Byl sledován výdej moče z permanentního katetru velikosti Charier18 (dále jen CH18), pravého a levého ureterálního stentu, výdej z podtlakového drénu (Jackson – Pratt), výdej z nasogastrické sondy a stav krytí operační rány. Pacient měl zavedené dva periferní žilní katetry (G20 LHK, G18 PHK), infuzní terapie podávána dle ordinace lékaře. Bolest byla tlumena analgetickou směsí 2 ml Sufenta + 5 ml 0,5 % Marcaine/ 20 ml fyziologického roztoku kontinuálně do epidurálního katetru rychlostí 1 ml/ hodinu, bolest byla hodnocena použitím Melzackovy škály bolesti, pacient udával stupeň 2. U pacienta byl podáván kyslík pomocí kyslíkových brýlí průtokem 3 l/ minutu pro pokles saturace kyslíkem na 95 %, po podání oxygenoterapie došlo ke zlepšení saturace kyslíku (98 %). Byly provedeny kontrolní náběry krevního obrazu a koagulačního screeningu, výsledek v normě. Hodnoty krevního tlaku se upravily (135/60–145/80) a dle ordinace lékaře byl Noradrenalin vysazen, fyziologické funkce byly nadále monitorovány po 30 minutách. Po výkonu se stále pokračovalo v aplikaci antibiotik po osmi

hodinách. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem perorálně (dále jen p.o.) 100 ml, intravenózně (dále jen i.v.) 1600 ml; výdej z permanentního katetru (dále jen PMK) 200 ml, levý ureterální stent 250 ml, pravý ureterální stent 350 ml, drén 270 ml. Nasogastrická sonda byla průchodná, neodváděla.

3. den hospitalizace, 1. pooperační den

Pacient byl nadále na pooperačním pokoji, kde byla provedena celková hygiena na lůžku, zajištěna hygiena dutiny ústní, proběhla úprava lůžka. Pacientovi byla naordinována infuzní terapie, nasazen intravenózně Degan 10 mg a Controloc 40 mg. Byly podávány antibiotika intravenózně po osmi hodinách. Perorální příjem tekutin do 800 ml za den. Pacientovi bylo naordinováno žvýkání žvýkačky. Periferní žilní katetr byl bez známek zánětu, hodnocení dle Madonna 0. Bolest byla pacientem hodnocena na Melzackově škále stupněm 2. Analgezie byla zajišťována epidurálním katetrem. Při zavedeném epidurálním katetru byla kontrolována citlivost a pohyblivost dolních končetin. Pacient byl subfebrilní (37,5), a proto byl ordinován Perfalgan 1 g intravenózně, při kontrolním měření byla TT 37,1, večer byl pacient afebrilní. Krevní tlak byl měřen třikrát denně, kdy se hodnoty pohybovaly v rozmezí 133/71–145/76 mmHg. Krytí operační rány bylo suché. Byly zahájeny proplachy neoveziky 50 ml fyziologického roztoku, kdy byl roztok pomocí Janettovy stříkačky opatrně vpraven přes permanentní močový katetr do nově vytvořené neoveziky a následně bez násilí odsáván tak, aby byl odstraněn hlen, který se v rezervoáru vytváří. Proplach byl prováděn třikrát denně. Pacient měl klid na lůžku a s rehabilitační sestrou byla prováděna dechová rehabilitace a nácvik odkašlávání. Hodnocení Barthelovým testem všedních činností 20 bodů – vysoce závislý, riziko vzniku dekubitů dle Nortonové 25 bodů – nízké riziko. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 700 ml, i.v. 2900ml; výdej PMK 400 ml, levý ureterální stent 700 ml, pravý ureterální stent 1000 ml, drén 375 ml. Nasogastrická sonda byla průchodná, neodváděla. Pacient telefonicky komunikoval s rodinou.

4. den hospitalizace, 2. pooperační den

Ráno v 5 hodin byla odebrána krev na biochemické vyšetření a na kontrolu krevního obrazu, výsledky byly v normě. Hygiena byla zajišťována sestrou na lůžku s dopomocí pacienta. U pacienta přetrvávaly mírné subfebrilie (37,1 °C), při kontrolním měření tělesné teploty během dne byl pacient afebrilní. Krevní tlak byl měřen třikrát denně, hodnoty v rozmezí 134/69–145/76 mmHg. Byla provedena rekanylace (G20 LHK) dle standardů Fakultní nemocnice a odstraněn druhý periferní žilní katetr (G18 PHK), vpich byl bez známek zánětu.

Odstraněn byl také epidurální katetr, místo po vpichu bez známek zánětu. Byly ordinovány analgetika intravenózně dle potřeby. Při hodnocení bolesti během dne udával pacient stupeň 1-2 Melzackovy škály. Pacient měl klidový režim na lůžku a s rehabilitační sestrou prováděl dechovou rehabilitaci. Hodnocení Barthelovým testem všedních činností 25 bodů – vysoce závislý, riziko vzniku dekubitů dle Nortonové 25 bodů – nízké riziko. Dle ordinace lékaře byla podávána infuzní terapie, perorální příjem tekutin do 1000 ml. Pravý a levý ureterální stenty odváděly čistou moč, z permanentního katetru byl nízký výdej čiré moči s příměsí hlenu. Byly prováděny pravidelné proplachy neoveziky fyziologickým roztokem v množství 50 ml. Byl proveden převaz operační rány, která byla klidná a hojila se per primam. Večer pacient udal bolest stupně 3-4 na Melzackově škále a byly mu podány intravenózně analgetika, po kterých došlo ke zlepšení, hodnoceno stupněm 2 Melzackovy škály. Pacient byl unavený, přes den pospával. Bez problémů komunikoval s personálem a s rodinou, která ho přišla navštívit. V noci spal přerušovaným spánkem. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 700 ml, i.v. 2900 ml; výdej PMK 100 ml, levý ureterální stent 800 ml, pravý ureterální stent 650 ml, drén 560 ml. Nasogastrická sonda byla průchodná, neodváděla.

5. den hospitalizace, 3. pooperační den

Byla zajišťována kompletní ošetrovatelská péče na lůžku s dopomocí pacienta. Hodnocení Barthelovým testem všedních činností 30 bodů – vysoce závislý, riziko vzniku dekubitů dle Nortonové 26 bodů – nízké riziko. Byly provedeny kontrolní náběry krve na zánětlivé parametry pro přetrvávající subfebrilie (37-37,3 °C), kdy hodnota C-Reaktivního Proteinu (dále CRP) byla 76 mg/l (norma <8 mg/l) a pro vyšší výdej z drénu byl odeslán sekret na biochemický rozbor, výsledek v normě. Kontrola krevního tlaku třikrát denně, hodnoty v rozmezí 130/80–140/74 mmHg. Pacientovi byla odstraněna nasogastrická sonda, pacient neudával nauzeu a byl mu k obědu povolen bujón. Tekutiny perorálně bez omezení. Pokračovalo se v infuzní a antibiotické terapii, byl vysazen Metronidazol 500 mg a podáván byl pouze Augmentin 1,2 g intravenózně. Na Melzackově škále bolesti pacient udal stupeň 1-2, analgetika podána nebyla. Permanentní žilní katetr byl bez známek zánětu, hodnocení dle Madonny 0. Pravidelné proplachy neoveziky třikrát za den množstvím 50 ml fyziologického roztoku. Byla provedena výměna sběrných močových sáčků. Pacient se cítil lépe, nebyl tak unavený jako předchozí den, četl si. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 900 ml, i.v. 2800ml; výdej PMK 600 ml, levý ureterální stent 650 ml, pravý ureterální stent 900 ml, drén 600 ml.

6. den hospitalizace, 4. pooperační den

Čtvrtý pooperační den měl již pacient povolen sed, který nacvičil s pomocí nelékařského zdravotnického personálu. S dopomocí byla provedena hygiena těla a dutiny ústní. Hodnocení Barthelovým testem všedních činností 35 bodů – vysoce závislý, riziko vzniku dekubitů dle Nortonové 27 bodů – nízké riziko. Pacientovi byla ordinována dieta OSP, polévka. Tekutiny perorálně bez omezení. Byla provedena rekanylace periferního žilního katetru (G20 PHK) dle standardů Fakultní nemocnice, vpich po odstranění periferního žilního katetru byl bez známek zánětu. Dle ordinace lékaře byly podány infuze a antibiotika. Pacient byl přeložen na standardní lůžko. Permanentní močový katetr odváděl čirou moč s příměsí hlenu, proto byly prováděny pravidelné proplachy neoveziky fyziologickým roztokem v množství 50–70 ml k zajištění průchodnosti permanentního močového katetru. Pravý a levý ureterální stent odváděly čirou moč, drén funkční. Pacient se cítil lépe, měl návštěvu. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 1500 ml, i.v. 1800 ml; výdej PMK 600 ml, levý ureterální stent 400 ml, pravý ureterální stent 1600 ml, drén 480 ml.

7. den hospitalizace, 5. pooperační den

Pacient byl bez teploty, cítil se dobře, byl odpočínutý. Měl povolený stoj u lůžka, dopomoc sestrou při hygieně. Hodnocení Barthelovým testem všedních činností 45 bodů – závislost středního stupně, riziko vzniku dekubitů dle Nortonové 27 bodů – nízké riziko. Medikace, infuze a antibiotika podány dle ordinace lékaře. Byla ordinována dieta OSK, kaše. Perorální příjem tekutin bez omezení. Pro velký výdej z drénu nasazen Cyklo3Fort dvě tablety třikrát denně, Degan 10 mg a Controloc 40 mg převedeny na tablety perorálně. Byl proveden převaz operační rány, rána byla klidná, převaz drénu a výměna stomických sáčků na ureterálních stentech. Okolí drénu a ureterálních stentů bylo klidné. Proplach neoveziky třikrát denně fyziologickým roztokem v množství 50–70 ml, permanentní katetr odvádí čirou moč s příměsí hlenu. Periferní žilní katetr bez známek zánětu. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 1500 ml, i.v. 1300 ml; výdej PMK 200 ml, levý ureterální stent 1050 ml, pravý ureterální stent 1200 ml, drén 420 ml.

8. den hospitalizace, 6. pooperační den

U pacienta probíhala postupná realimentace a rehabilitace, cítil se dobře, byl afebrilní. Byla ordinována dieta č.2, šetřící. Perorální příjem tekutin bez omezení, dodržoval pitný režim. Medikace a infuze podána dle ordinace lékaře, byla vysazena antibiotika. Krevní tlak kontrolován ráno (102/56 mmHg) a večer (91/57 mmHg). Proplach neoveziky

tříkrát denně 50–70 ml fyziologického roztoku. Permanentní katetr odvádí čistou moč s příměsí hlenu. Byl proveden převaz periferního katetru, který byl bez známek zánětu, hodnocení dle Madona 0. Proveden převaz operační rány, která se hojí per primam. Pacient se mohl procházet kolem lůžka. Hodnocení Barthelovým testem všedních činností 55 bodů – závislost středního stupně, riziko vzniku dekubitů dle Nortonové 28 bodů – nízké riziko. Elastické punčochy na dolních končetinách pacienta, stále je pokračováno v prevenci tromboembolické nemoci aplikacemi Fraxiparine 0,6 ml subkutánně. Byla provedena reedukace v oblasti sebeděže, pohybového, pitného a dietního režimu. Pacient byl po týdnu hospitalizace převážen (73,6kg), BMI 24,17 (norma). Byla provedena výměna sběrných sáčků moče. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 2000 ml, i.v. 600 ml; výdej PMK 220 ml, levý ureterální stent 1000 ml, pravý ureterální stent 1500 ml, drén 330 ml.

9. den hospitalizace, 7. pooperační den

Ráno byla provedena dopomoc při hygieně z důvodu hypotenze pacienta (87/63 mmHg). Hodnocení Barthelovým testem všedních činností 60 bodů – závislost středního stupně, riziko vzniku dekubitů dle Nortonové 29 bodů – nízké riziko. Byla vysazena ranní medikace ConcorCor 5 mg 1/2 tablety a krevní tlak byl přeměřen v poledne (100/60 mmHg) a večer (96/62 mmHg). Byla provedena kontrola hodnot krevního obrazu a zánětlivých parametrů, výsledky v normě. Byla odebrána moč na kulturační vyšetření. Pacient se cítil dobře, komunikoval s ostatními pacienty, četl si a sám se připomínal na proplach neoveziky, který byl prováděn tříkrát denně fyziologickým roztokem v množství 50–70 ml. Permanentní močový katetr odváděl čistou moč s příměsí krve. Pacient měl od operace poprvé stolici. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 2500 ml, i.v. 500 ml; výdej PMK 150 ml, levý ureterální stent 1100ml, pravý ureterální stent 1400 ml, drén 255 ml.

10.-11. den hospitalizace, 8.-9. pooperační den

Pacient afebrilní. Krevní tlak kontrolován dvakrát denně dle ordinace lékaře. Přetrvávala stále mírná hypotenze (hodnoty 102/55 mmHg; 113/70 mmHg), a proto nebyla podávána ranní antihypertenzní medikace ConcorCor 5 mg ½ tablety perorálně. Cítil se dobře, nepotřeboval dopomoc v oblasti hygieny. 8. pooperační den byla ordinována dieta č.2, šetřící dieta. Periferní žilní katetr byl bez známek zánětu. Obvaz na operační ráně suchý. Probíhaly pravidelné proplachy neoveziky tříkrát denně fyziologickým roztokem v množství 50–70 ml. Devátý pooperační den byl vysazen Degan 10 mg, ponechán Controloc 40 mg. Proběhla výměna sběrných močových sáčků. Průměrná bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 2500

ml; výdej PMK 180 ml, levý ureterální stent 1170 ml, pravý ureterální stent 1475 ml, drén 320 ml.

12.- 14. den hospitalizace, 10.- 12. pooperační den

Pacient mírně subfebrilní (37,1-37,4 °C). Pacient již zvládal hygienu samostatně, nebyla potřeba dopomoc. Krevní tlak kontrolován dvakrát denně (102/66 mmHg; 119/66 mmHg), pacient byl stále hypotenzní, a proto ranní antihypertenzní medikace stále vysazena. Pravidelné proplachy neoveziky fyziologickým roztokem množstvím do 100 ml, moč byla čirá s příměsí hlenu. Desátý pooperační den byl odstraněn periferní žilní katetr, místo vpichu bez známek zánětu, hodnocení dle Madonna 0. Dvanáctý pooperační den bylo provedeno kontrolní vyšetření krevních plynů a stavu acidobazické rovnováhy (dále ASTRUP), hodnoty v normě. Průměrná bilance tekutin – příjem 2500 ml, výdej 3100 ml, sekrece z drénu 270 ml. Stolice pravidelná. Čtrnáctý den hospitalizace provedena výměna sběrných močových sáčků.

15.-17. den hospitalizace, 13.-15. pooperační den

Pacientův stav byl beze změny, cítil se dobře a odpočínutě, bolesti neměl. Krevní tlak měřen jednou denně ráno (114/67 mmHg; 115/75 mmHg; 111/69 mmHg), medikace stále vysazena. Stolici měl pravidelnou. Proplachy neoveziky třikrát denně fyziologickým roztokem množstvím do 100 ml. Permanentní katetr odváděl čirou moč s příměsí hlenu. Průměrná bilance tekutin – příjem 2500 ml, výdej 3200 ml, sekrece z drénu 370 ml. Patnáctý den hospitalizace byla provedena reedukace v oblasti sebepéče, pohybového režimu, pitného režimu. Pacient byl po dvou týdnech hospitalizace převážen (72,5kg), BMI 23,81 (norma). Čtrnáctý pooperační den byly odstraněny stehy z operační rány, která se hojila per primam. Sedmnáctý den hospitalizace proběhla výměna sběrných močových sáčků.

18. den hospitalizace, 16. pooperační den

Pacient afebrilní, krevní tlak kontrolován ráno (117/70 mmHg). Byly provedeny kontrolní náběry krve na hodnoty krevního obrazu a biochemické vyšetření, výsledky v normě. Pacientovi byl odstraněn pravý a levý ureterální stent. Byl proveden převaz operační rány, která byla klidná. Pacient byl upozorněn na možné prosáknutí obvazu po vyndání stentů. Neovezika byla propláchnována třikrát za den fyziologickým roztokem do 100 ml. Permanentní katetr odváděl čirou moč s příměsí hlenu. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o.

2500 ml; výdej PMK 2900 ml, drén 300 ml. Pacient se cítil dobře, byl veselý a těšil se na návštěvu dcery a přítelkyně.

19.- 20. den hospitalizace, 17.- 18. pooperační den

Pacient se cítil dobře, afebrilní, bez bolestí. Obvaz suchý, bez serózního prosáknutí. Permanentní katetr odvádí čirou moč s příměsí hlenu, proplach neoveziky třikrát denně množstvím 100 ml fyziologického roztoku. Kontrola krevního tlaku probíhala jednou denně, ráno (115/70 mmHg). Drén funkční, průměrný výdej 200 ml. Pacient dodržoval dostatečný pitný režim, denně vypil kolem 2,5litru tekutin. Pacienta během víkendu navštívila přítelkyně a dcera. Dvacátý den hospitalizace byl vyměněn sběrný močový sáček.

21. den hospitalizace, 19. pooperační den

Pacient subfebrilní (37,2-37,6 °C), cítil se dobře. Ranní kontrola krevního tlaku (115/67mmHg), nadále bez antihypertenzní medikace. Byl proveden převaz operační rány, kdy lékař odstranil podtlakový drén (Jackson – Pratt) a byl také odstraněn permanentní močový katetr. Pacient se spontánně vymočil. Objevila se mírná inkontinence při zvedání z lůžka, ze které byl pacient mírně rozrušený. Pacienta uklidnil rozhovor s lékařem, který mu vysvětlil, proč se inkontinence objevila. Pacientovi byly dány inkontinenční vložky pro muže, byl poučen o nutnosti dostatečné hygieny a o pitném režimu. Pacient byl edukován o posilování svalů pánevního dna a dostal brožurku se cviky na posílení svalů pánevního dna. Večer byl proveden převaz z důvodu serózního prosáknutí obvazu po vyndání podtlakového drénu.

22. den hospitalizace, 20. pooperační den

Pacient přes den subfebrilní (37,5-37,7 °C), močil spontánně. Byl proveden převaz operační rány, která se hojí per primam. Pacient byl reedukován v oblasti sebepečce, pohybového režimu, pitného a dietního režimu. Byla ordinována dieta č. 3, racionální. Pacient byl po třech týdnech hospitalizace převážen (70,5kg), BMI 23,15 (norma). Večer se u pacienta objevila febrilie (38,5 °C), dle ordinace lékaře byl zaveden permanentní močový katetr (CH16), který odváděl čirou moč s příměsí hlenu. Byla odebrána moč na kultivační vyšetření. Byly mu nasazeny antibiotika perorálně. Pacientův psychický stav se mírně zhoršil, myslel si, že půjde brzy domů.

23. den hospitalizace, 21. pooperační den

U pacienta stále přetrvávaly febrilie (38-38,6 °C), hygiena byla provedena s dopomocí u lůžka. Byly provedeny kontrolní náběry krve na biochemické vyšetření, kdy výsledky prokázaly zvýšení hodnot CRP (200 mg/l) a nabrány dvě sady hemokultur. Byl zaveden periferní žilní katetr (G20 PHK), na snížení tělesné teploty byl podán Perfalgan 1 g intravenózně. Při kontrolním měření tělesné teploty byl pacient stále febrilní (38,1 °C), proto mu byl podán Ketonal 100 mg/100 ml fyziologického roztoku, při kontrolním měření TT byl pacient subfebrilní (37,3 °C). Pacient dodržoval pitný režim, lékař neordinoval infuzní terapii. Permanentní močový katetr odváděl čistou moč, proplachy prováděny dle potřeby fyziologickým roztokem do 100 ml. Pacient byl stále zklamaný z toho, že má teploty a jeho hospitalizace se prodlouží.

24. den hospitalizace, 22. pooperační den

Pacient opět febrilní (38,3-38,5 °C), lékařem byla ordinována intravenózní antibiotická terapie, na snížení teploty byl podán Perfalgan 1 g intravenózně. Tlak kontrolován ráno, pacient byl hypotenzní (100/62 mmHg). Byl proveden převaz operační rány, rána klidná. Proplach permanentního katetru jedenkrát denně fyziologickým roztokem do 100 ml. Při kontrolním měření tělesné teploty byl pacient subfebrilní (37,1-37,2 °C). Byl poučen o pitném režimu, během dne vypil 2500 ml tekutin. Pacient se cítil trochu lépe, byl rád, že mu klesla tělesná teplota. Byla provedena výměna sběrného močového sáčku.

25. den hospitalizace, 23. pooperační den

Při ranním měření tělesné teploty byl pacient afebrilní (36,7 °C). Permanentní katetr odvádí čistou moč s příměsí hlenu, proplach dle potřeby fyziologickým roztokem do 100 ml. Lékařem byl vytelefonován výsledek hemokultur, které byly pozitivní na přítomnost bakterií v krvi. Kultivační vyšetření moče prokázalo přítomnost *Escherichia coli* 10⁶ kolonií/ml moči. Lékařem byla změněna antibiotická terapie dle citlivosti. Pacient se cítil lépe, měl návštěvu.

26.- 28. den hospitalizace, 24.- 26. pooperační den

Pacient afebrilní, antibiotika podávána dle ordinace lékaře. Pacient dodržoval pitný režim, proplach neoveziky dle potřeby fyziologickým roztokem množstvím 100–130 ml. dvacátý pátý pooperační den provedena rekanylace (G20 LHK) dle standardů Fakultní nemocnice, vpich po periferním žilním katetru bez známek infekce, hodnocení dle Madonna

0. Psychický stav pacienta se zlepšil, byl rád, že už nemá zvýšenou teplotu. Dvacátý sedmý den hospitalizace Byla provedena výměna sběrného močového sáčku.

29. den hospitalizace, 27. pooperační den

Pacient afebrilní (36,4 °C), antibiotika nadále dle ordinace lékaře. Byl odstraněn permanentní močový katetr, pacient poučen o pitném režimu, močil bez obtíží. Pro mírnou inkontinenci během dne při vstávání z lůžka a při zakašlání, používal pacient inkontinenční vložky pro muže. Cítil se dobře. Byla provedena reedukace v oblasti sebekpěče, pohybového a pitného režimu. Pacient byl kontrolně převážen po čtyřech týdnech hospitalizace (70,7 kg), BMI 23,22 (norma).

30. den hospitalizace, 28. pooperační den

Pacient afebrilní (36,6 °C). Ráno byl unavený, protože se bál, aby se mu v noci dle jeho slov „nestala nehoda“, chodil na toaletu přibližně každou půl hodinu, a proto se moc nevy spal. Antibiotická terapie nadále. Močil spontánně, přes den používal inkontinenční vložky pro muže a pro přetrvávající inkontinenci byl edukován v používání urinálního kondomu na noc. Bylo provedeno kontrolní biochemické vyšetření krve, výsledky byly v normě s výrazným poklesem hodnot CRP (43 mg/l).

31. den hospitalizace, 29. pooperační den

Pacient afebrilní (36,5 °C). Působil odpočínutě, sám udával, že spal mnohem lépe díky použití urinálního kondomu. Periferní žilní katetr byl bez známek zánětu, hodnocen dle Madonna 0. Dodržoval pitný režim, přes den vypil 2500 ml tekutin. Močil spontánně, přes den používal inkontinenční vložky pro muže.

32. den hospitalizace, 30. pooperační den

Pacient nadále afebrilní (36,5 °C), antibiotika byla vysazena. Pacient se cítil dobře, byl odpočínutý. Inkontinence přetrvává, proto používá přes den vložky, na noc urinální kondom, se kterým byl spokojený. Dodržuje dostatečný pitný režim. Byl odstraněn periferní žilní katetr, místo vpichu bez známek zánětu.

33.- 35. den hospitalizace, 31.- 33. pooperační den

Pacientův stav beze změny, byl afebrilní (36,5 °C) a cítil se dobře. Močil spontánně, nadále používal inkontinenční pomůcky. Dodržoval dostatečnou hygienu a pitný režim. Třicátý třetí pooperační den bylo provedeno kontrolní sonografické vyšetření ledvin, kde nebylo prokázáno městnání v dutém systému ledvin.

36. den hospitalizace, 34. pooperační den

Pacient byl propuštěn do domácího ošetřování. Před propuštěním byl proveden kontrolní náběh ASTRUP, kdy bylo prokázáno mírné zvýšení kyselé reakce krve, a proto byla naordinována Vitar soda 3x1 tableta denně. Byl edukován o aplikaci Fraxiparine 0,6ml subkutánně jedenkrát denně, o pitném a dietním režimu. Dále byla doporučena kontrola na kardiologii dle plánu, kde by měla být provedena úprava kardiologické medikace a převedení pacienta z Fraxiparine na chronickou medikaci (Anopyrin 100 mg, Trombex 75 mg). Pacient byl objednan na kontrolní CT plic (2/2019), kdy s výsledkem přijde s odstupem po výkonu na kontrolu na urologickou ambulanci Fakultní nemocnice. Dále bude sledován u spádového urologa, kde bude proveden kontrolní náběh PSA 6 týdnů od operace. Byl vybaven inkontinenčními pomůckami. Pacient byl poučen a informace považoval za dostatečné. Pacient odcházel bez bolesti a cítil se dobře. Při kontrolním vážení po pěti týdnech hospitalizace pacient vážil 71,2 kg, BMI 23,38 (norma). Odvoz byl zajištěn rodinou.

Edukační plán

Účel: Poučení pacienta o správné technice nasazování urinálního kondomu.

Cíl: Pacient zvládne praktický nácvik nasazení urinálního kondomu.

Pomůcky: Urinální kondom, měrka penisu, sběrný sáček (Příloha č. 14)

Metoda: rozhovor, praktická ukázka

Očekávaný výsledek v psychomotorické oblasti: Pacient bude umět nasadit urinální kondom.

Očekávaný výsledek v kognitivní oblasti: Pacient pochopí nutnost dodržování dostatečné hygieny.

Očekávaný výsledek v afektivní oblasti: Pacient projeví zájem o informace týkající se nasazení urinálního kondomu a o praktický nácvik.

Hlavní body plánu: Zajisti klidné místo na edukaci a praktický nácvik. Buď empatická a diskrétní. Vysvětlí správnou techniku používání urinálního kondomu. Vysvětlí nutnost udržování hygieny o genitál.

Časová dotace: 30 minut

Hodnocení: Pacient zná správnou techniku nasazení urinálního kondomu a umí činnost prakticky provést. Pacient chápe nutnost dodržování dostatečné hygieny. Pacient projevil zájem o informace a praktický nácvik.

Ošetrovatelské diagnózy

00132 Akutní bolest související s provedeným operačním výkonem projevující se

Subjektivně: Verbalizace bolesti

Objektivně: Bolestivý výraz v obličeji, vyhledávání antalgické polohy.

Cíl: Bolest bude do 30 minut po podání analgetik zmírněna nebo odstraněna.

Intervence:

- Věř pacientovi jeho bolest.
- Zjistí lokalizaci a charakter bolesti.
- Zhodnot' intenzitu bolesti dle hodnotící škály.
- Doporuč pacientovi podpůrné prostředky (změna polohy, držení břicha při zakašlání).
- Pomoz pacientovi změnit polohu, zajisti pohodlí.
- Informuj lékaře o vzniku bolesti.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinek analgetik.
- Sleduj vedlejší účinky analgetik.
- Proveď záznam do dokumentace.

Hodnocení: V den operace a první pooperační den byla pacientova bolest tlumena analgetickou terapií do epidurálního katetru, hodnocena dle Melzacovy škály stupněm 2. Po odstranění epidurálního katetru druhý pooperační den udal pacient večer stupeň bolesti 3-4 Melzacovy škály. Pacient do 30 minut udal zmírnění bolesti dle Melzacovy škály ze stupně 3-4 na stupeň 2. Ošetrovatelský problém byl ukončen druhý pooperační den, v dalších dnech byl již pacient bez bolesti.

00108 Deficit sebeděče při koupání a hygienické péči z důvodu nemožnosti pohybu po operačním výkonu a režimového pohybového omezení dle ordinace lékaře projevující se

Subjektivně: Pacient udává z důvodu omezení pohybu nemožnost provádět hygienickou péči.

Objektivně: Pacient potřebuje dopomoc při hygieně od druhé osoby.

Cíl: Pacient zvládne základní hygienickou péči, bude samostatný. Pacient se bude cítit čistý a upravený.

Intervence:

- Zjistí míru schopnosti pacienta provést hygienickou péči.
- Zajisti optimální teplotu prostředí při hygienické péči.
- Zajisti intimní prostředí při realizaci hygienické péče.
- Zajisti a připrav pomůcky k provedení hygienické péče o tělo a dutinu ústní.
- Zapoj aktivně pacienta do provádění hygienické péče dle pohybového režimového omezení dle ordinace lékaře.
- Motivuj pacienta k samostatnosti při provádění hygienické péče.
- Nabídní možnost masáže zad masážním gelem.
- Proved' záznam do dokumentace.

Hodnocení: Vzhledem k deficitu soběstačnosti byla hygienická péče zajišťována ošetřujícím nelékařským personálem. Pacient prováděl péči dle svých možností a stanoveného pohybového režimu. Pacient vnímal hygienickou péči jako dostatečnou a cítil se čistý. Ošetřovatelský problém byl založen 2. den hospitalizace, operační den a byl ukončen 8. pooperační den, kdy zvládl hygienu provést samostatně a cítil se dobře.

00046 Narušená integrita kůže z důvodu operační rány provedené laparotomií kolem pupku projevující se

Subjektivně: Pocit napětí v oblasti operační rány.

Objektivně: Operační rána krytá sterilním obvazovým materiálem.

Cíl: Operační rána se zhojí per primam.

Intervence:

- Zajisti aseptický přístup při převazu rány.
- Hodnot' stav a okolí operační rány.
- Prováděj převazy operační rány dle ordinace lékaře nebo dle potřeby.
- Sleduj krytí operační rány.
- Upozorni na změny operační rány lékaře.
- Proved' záznam do dokumentace.

Hodnocení: V průběhu hojení nedošlo ke komplikacím, rána se hojila per primam. Stehy z operační rány byly odstraněny 14. pooperační den. Ošetrovatelský problém byl založen 2. den hospitalizace, operační den a byl ukončen 21. pooperační den.

00007 Hypertermie související s infekcí močových cest projevující se

Subjektivně: Pacient udává zimnici a poté pocit horkosti.

Objektivně: Tělesná teplota je zvýšena nad 38 °C, má teplou a překrvenou kůži.

Cíl: Pokles tělesné teploty po podání antipyretik na fyziologické hodnoty (36,6- 37,1 °C). Pacient bude bez teploty do 3 dnů.

Intervence:

- Prováděj kontrolní měření tělesné teploty.
- Sleduj barvu kůže.
- Zajisti optimální teplotu prostředí.

- Udržuj lůžko suché a čisté.
- Zajisti dostatek tekutin.
- Sleduj příjem a výdej tekutin.
- Podávej léky dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinek podaných léků.
- Proved' záznam do dokumentace.

Hodnocení: Dvacátý pooperační den se u pacienta objevila febrilie. Pacient byl po podání antipyretik afebrilní. Byly ordinovány antibiotika intravenózně. Teplota klesla na fyziologickou hodnotu třetí den od zahájení léčby. Ošetrovatelský problém byl ukončen 25. pooperační den, kdy se u pacienta již neobjevovaly febrilie. Pacient byl rád, že nemá zvýšenou teplotu.

00017 Stresová inkontinence moči z důvodu provedeného operačního výkonu projevující se

Subjektivně: Pacient udává únik moče při zvedání z lůžka a zakašlání, při nemožnosti kontroly volní inervace svěrače močového měchýře.

Objektivně: U pacienta dochází k úniku moče před dosažením toalety.

Cíl: Pacient pochopí důvod úniku moče. Zvládne cviky na posílení svalů pánevního dna. Zvládne techniku nasazení urinálního kondomu a dalších pomůcek pro inkontinentní pacienty.

Intervence:

- Podej dostatek informací o příčině inkontinence dle svých kompetencí.
- Poskytni dostatek pomůcek pro inkontinentní pacienty.
- Edukuj pacienta o posilování svalů pánevního dna, poskytni edukační materiál (brožura, CD).
- Edukuj pacienta o správné technice používání urinálního kondomu.

- Buď empatická a dodržuj intimitu při edukaci o správné technice používání urinálního kondomu.
- Edukuj o dodržování dostatečné hygieny a péče o genitálie.
- Edukuj o pravidelnosti vyprazdňování močového měchýře.
- Edukuj o dostatečném příjmu tekutin.
- Proved' záznam do dokumentace.

Hodnocení: Inkontinence se objevila dvacátý sedmý pooperační den. Pacient pravidelně posiloval svaly pánevního dna. Pacient zvládl nasazení urinálního kondomu, se kterým byl spokojený.

00096 Nedostatek spánku související s nutností častého nočního močení po vyndání permanentního močového katetru projevující se

Subjektivně: Pacient udává pocit nedostatku spánku a únavy.

Objektivně: Pacient je unavený, spavý během dne.

Cíl: Pacient po realizaci vhodných ošetrovatelských intervencí udá zlepšení svého spánku.

Intervence:

- Sleduj délku spánku.
- Poskytni pomůcky pro inkontinentní pacienty (urinální kondom).
- Proved' záznam do dokumentace.

Hodnocení: Dvacátý osmý den pacient udal pocit únavy a nedostatku spánku. Pacient udal zlepšení kvality spánku při použití pomůcek pro inkontinentní pacienty. Ošetrovatelský problém ukončen 29. pooperační den.

00004 Riziko infekce v souvislosti s invazivními vstupy

Cíl: V místě zavedení invazivních vstupů nevznikne infekce.

Intervence:

- Podej dostatečné informace o zavedení invazivních vstupů dle svých kompetencí.
- Kontroluj místo zavedení invazivních vstupů.
- Postupuj při manipulaci s invazivními vstupy asepticky.
- Prováděj převazy invazivních vstupů.
- Dodržuj v péči o invazivní vstupy zásady prevence možných komplikací.
- Sleduj funkčnost invazivního vstupu.
- Zajisti dostatečnou fixaci invazivních vstupů dle potřeby.
- Prováděj rekanylaci dle standardu.
- Proved' záznam do dokumentace.

Hodnocení: Během zavedení invazivních vstupů nedošlo ke vzniku infekce. Hodnocení dle Maddona 0. Byla prováděna rekanylace dle standardu. Ošetrovatelský problém ukončen 32. den hospitalizace.

00249 Riziko dekubitu z důvodu upoutání na lůžko po operačním výkonu

Cíl: U pacienta nedojde ke vzniku dekubitu.

Intervence:

- Proved' hodnocení rizika vzniku dle Nortonové.
- Udržuj čisté a upravené lůžko.
- Prováděj dostatečnou hygienu těla.
- Udržuj kůži čistou a suchou.

- Sleduj predilekční místa vzniku dekubitů.
- Zajisti dostatečný příjem tekutin.
- Zajisti dopomoc při změně polohy.
- Proved' záznam do dokumentace.

Hodnocení: Ošetrovatelský problém založen 2. den hospitalizace, operační den. V průběhu hospitalizace nedošlo ke vzniku dekubitu. Problém ukončen 6. pooperační den.

00155 Riziko pádů z důvodu bolesti a omezeného rozsahu pohybu po operačním výkonu

Cíl: U pacienta nedojde během hospitalizace k pádu.

Intervence:

- Edukuj pacienta v prevenci pádu.
- Zajisti bezpečné prostředí.
- Pomáhej pacientovi při změně polohy (posazování, vstání).
- Umísti signalizační zařízení v dosahu ruky.
- Poskytni dle potřeby kompenzační pomůcky.

Hodnocení: Ošetrovatelský problém založen 2. den hospitalizace, operační den. Během hospitalizace nedošlo k pádu pacienta. Ošetrovatelský problém ukončen 7. pooperační den.

12.5 Kazuistika č. 2

Pohlaví: muž

Rok narození: 1948

Věk: 70 let

Lékařské diagnózy

C67.9 Uroteliální tumor močového měchýře, stav po transureterální resekcii

N40 Hyperplazie prostaty

C61 Acinický adenokarcinom prostaty

I10 Esenciální hypertenze

Z88.0 Alergie na penicilin v osobní anamnéze

Chronická medikace

Enap 5mg (ACE inhibitor) p.o. 1-0-0

Medikace v průběhu hospitalizace

Agen 5 mg (antihypertenzivum) p.o. 0-0-1

Ciprinol 500 mg (antibiotikum) p.o. po 12 hodinách 8-20

Ciprofloxacin 400 mg (antibiotikum) i.v. po 12 hodinách 8-20

Controloc 40 mg (antacidum) i.v. po 12 hodinách 8-20

p.o. 1-0-1

Degan 10 mg (antiemetikum) i.v. po 12 hodinách 8-20

p.o. 1-0-1

Enap 5 mg (ACE inhibitor) p.o. 1-0-0

Fraxiparine 0,3 ml (antikoagulancium) s.c. 20

Furon 40 mg (diuretikum) p.o. 12:00

Metronidazol 500 mg (antibiotikum) i.v. po 8 hodinách	8-16-24
Morphin 1 % 7,5mg (analgetikum, opiát) i.m.	7:15
Ramipril 10 mg (ACE inhibitor) p.o.	1-0-0
Tensiomin 25 mg (ACE inhibitor) p.o.	10:30
Tritace 5 mg (ACE inhibitor) p.o.	17:45
Xanax 0,25 mg (anxiolytikum) p.o.	10:30; 14:00

Infuzní terapie v průběhu hospitalizace

První pooperační den podány krystaloidní roztoky intravenózně (Plazmalyte roztok s glukózou 5 %, Hartmannův roztok, Fyziologický roztok) v celkovém objemu 2500 ml rychlostí 100–130 ml/h.

Druhý pooperační den podány krystaloidní roztoky intravenózně (Hartmannův roztok, Plazmalyte roztok s glukózou 5 %, Fyziologický roztok) v celkovém objemu 2500 ml rychlostí 70-130 ml/h.

Třetí pooperační den podán krystaloidní roztok intravenózně (Plazmalyte roztok s glukózou 5 %) v celkovém objemu 1000 ml rychlostí 130 ml/h.

Čtvrtý pooperační den podán krystaloidní roztok intravenózně (Plazmalyte roztok s glukózou 5 %) v celkovém objemu 1000 ml rychlostí 130 ml/h.

Pacient sledován spádovým urologem pro hyperplazii prostaty. Při pravidelné kontrole byla v moči prokázána mikroskopická hematurie, pacient byl objednána na cystoskopii, kdy byla provedena biopsie močového měchýře (9/2018), výsledek prokázal nádor prorůstající subepiteliální pojivovou tkáň. Na provedeném CT vyšetření byl popsán nádor močového měchýře, kdy levá stěna močového měchýře byla zesílena až na 14 mm. Pacient byl přijat na Urologickou kliniku, kde byla provedena na operačním sále transureterální resekce močového měchýře s odebráním vzorku na histologii. Histologické vyšetření odebraných vzorků prokázalo nádor prorůstající svalovinu močového měchýře a nádor v počátečním stádiu postihující pouze epitel sliznice močového měchýře bez průkazu metastáz do uzlin a bez

vzdálených metastáz (pT2 pTis cN0 cM0). Pacient byl indikován k operačnímu řešení. Pacient byl plánovaně přijat na Urologickou kliniku k radikální cystektomii s oboustrannou pánevní lymfadenektomií s derivací ureteroileostomií dle Brickerova.

Fyzikální vyšetření

Celkový stav: Pacient byl orientován místem, časem i osobou. Pacient rozuměl položeným otázkám a odpovídal přiléhavě. Pacient byl upravený a čistý, vlasy i nehty byly čisté. Sliznice byly růžové a bez známek dehydratace. Stav kůže normální, bez defektů, kožní turgor v normě. Hůře slyšel na pravé ucho. Má snížený visus – korekce brýlemi. K pohybu nepoužíval žádné kompenzační pomůcky, chodil vzpřímeně a s jistotou.

Hlava: Volně pohyblivá, pokleповě nebolestivá. Zornice isokorické. Pacient měl horní snímatelnou zubní náhradu, dolní nepoužívá, s polykáním potíže neměl.

Hrudník: Souměrný, dýchání pravidelné.

Břícho: Dobře prohmatné, nebolestivé.

Končetiny: Horní končetiny volně pohyblivé, bez patologických nálezů. Dolní končetiny volně pohyblivé, lýtka nebolestivá, bez varixů.

Vyšetření per rectum: Lékařem bylo provedeno vyšetření per rectum, kdy popsal zvětšenou, hladkou, ohraničenou, nebolestivou prostatu.

Anamnéza

Osobní anamnéza: V dětství prodělal běžné dětské nemoci. V dětství mu byl zjištěn šelest na srdci, pro kterou byl sledován. Nyní je sledován praktickým lékařem pro esenciální hypertenzi a dochází ke svému urologovi, kde je sledován pro hyperplazii prostaty.

Rodinná anamnéza: Rodiče pacienta již nežijí, matka zemřela v 52 letech na akutní infarkt myokardu a otec zemřel v 86 letech, léčil se s karcinomem konečnicku. Pacient má dvě děti, které jsou zdravé a s ničím se neléčí.

Sociální anamnéza: Pacient žije v manželkou v rodinném domě.

Pracovní anamnéza: Pacient je ve starobním důchodu, dříve pracoval jako řidič zemědělských strojů.

Abuzus: Pacient je nekuřák a abstinent

Fyzikální vyšetření sestrou

Krevní tlak (TK) 192/116 mmHg

Puls (P) 98/minutu

Dech (D) 18/minutu

Tělesná teplota (TT) 36,6 °C

Váha 74,2 kg

Výška 167 cm

Body Mass Index: 26,6 (nadváha)

Dieta: č. 3, racionální

Alergie: na penicilin, na kontrastní látku

Použité hodnotící škály

Hodnocení bylo provedeno v den příjmu pacienta.

Barthelův test všedních činností- 100, nezávislý

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové- 30, žádné riziko vzniku

Melzackova škála bolesti- 0, pacient je bez bolesti

Klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona (STT)- 0, bez bolesti a reakce v okolí

S pacientem byl proveden rozhovor a pro zjištění aktuálních nebo potencionálních problémů pacienta byl použit ošetrovatelský model Virginie Hendersonové. Jednotlivé oblasti modelu byly hodnoceny subjektivně a objektivně při příjmu pacienta. Aktuální nebo potencionální problémy pacienta, které vznikly během hospitalizace jsou uvedeny v popisu kazuistiky.

Normální dýchání

Subjektivně: Pacient neudává potíže s dýcháním. Je nekuřák.

Objektivně: Pacient dýchá bez obtíží, pravidelně.

Dostatečný příjem potravy a tekutin

Subjektivně: Pacient nedodrhuje žádnou předepsanou dietu od lékaře, jí s chutí. Během dne vypije 1-2 litry tekutin, kdy si rád dá ovocný čaj nebo ovocnou šťávu, jednou denně si dá kávu.

Objektivně: Pacient byl při příjmu zvážen (74,2kg) a změřen (167 cm). Byl vypočítán Body Mass Index (26,6), který ukázal, že má pacient lehkou nadváhu. Neudává žádnou potravinovou alergii. Sliznice byly růžové, bez známek dehydratace. Pacient byl seznámen s alergeny obsaženými v podávaných nebalených potravinách. Byl poučen o dietním režimu, kdy k obědu dostane bujón a dále bude mít pouze tekutiny. Byl poučen, že od půlnoci nesmí nic jíst, pít, kouřit, žvýkat žvýkačky a cucat bonbóny. Pacient dietní omezení chápal a dodržoval. Pacient má horní snímatelnou náhradu, dolní nepoužívá.

Vylučování

Subjektivně: Pacient udává problém s močením (časté močení, malé porce moče) z důvodu zvětšené prostaty, pro kterou je urologem sledován 2 roky. Před výkonem měl v moči krev. Stolicí má pravidelnou, nepoužívá žádná projímadla.

Objektivně: Pacientovi bylo v rámci předoperační přípravy podáno v dopoledních hodinách a večer salinické klyzma. Při příjmu odebrána moč na kultivační vyšetření a chemický rozbor. Moč byla slabě hematurická.

Pohyb a udržování vhodné polohy

Subjektivně: Nepotřebuje k pohybu žádné pomůcky, nevyhledává úlevovou polohu. Rád pracuje na zahrádce u rodinného domu.

Objektivně: Nevyužívá kompenzační pomůcky k pohybu, pohybuje se s jistotou. Pacient během dne odpočíval na lůžku, sledoval televizi v jídelně.

Spánek a odpočinek

Subjektivně: Pacient neudává potíže s usínáním ani se spánkem, nebere si žádné léky na spaní. Před spaním si čte, aby dle jeho slov „lépe usnul“.

Objektivně: Pacient při rozhovoru neprojevuje známky únavy.

Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Subjektivně: Pacient má rád pohodlné, domácí oblečení a jak sám uvedl „mám rád montérky“. Problém s oblékáním/ svlékáním nemá.

Objektivně: Pacient je čistě oblečen, v nemocnici na sobě má pyžamo. Dopomoc při svlékání/ oblékání nepotřebuje.

Udržování fyziologické tělesné teploty

Subjektivně: Preferuje chladnější prostředí, má rád vyvětrané místnosti. Neudává nadměrné pocení. Tělesnou teplotu si nepřeměřuje.

Objektivně: Pacient se nadměrně nepotí. Tělesná teplota pacienta při přijetí 36,6 °C.

Komunikace s ostatními lidmi, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů

Subjektivně: Neudává problém s komunikací s rodinou ani ostatními pacienty. S rodinou komunikuje během hospitalizace přes mobilní telefon. Operace se trochu bojí, je nervózní, ale chápe, že „je nutná“.

Objektivně: Pacient komunikuje s personálem bez problémů, odpovídá na otázky a ptá se. Pacient je přátelský a komunikativní. Pacient vyjádřil strach z operace. S pacientem byla probrána příprava před operací, péče po operaci a lékař mu vysvětlil průběh operace a zodpověděl otázky.

Vyznávání vlastní víry

Subjektivně: Pacient nevyznává žádnou víru.

Objektivně: Pacient byl seznámen s pastorační službou nabízenou Fakultní nemocnicí, odmítl ji.

Práce, uspokojení z práce

Subjektivně: Pacient je nyní ve starobním důchodu. Dříve pracoval jako řidič zemědělských strojů. Pacient uvedl, že pracoval jako sklenář poté co přestal pracovat v zemědělství.

Objektivně: V práci byl spokojený. Při rozhovoru o své práci mluvil hezky.

Forma odpočinku a relaxace

Subjektivně: Doma si rád čte, luští křížovky a provádí domácí práce na zahradě u „domečku“ kde žije se svojí ženou. Pro zkrácení času v nemocnici si donesl knihu a křížovky.

Objektivně: Působí odpočínutě.

Učení a osobní rozvoj

Subjektivně: Má základní vzdělání. Udal, že nikdy „nebyl studijní typ“, a proto začal pracovat. Rád sleduje televizní dokumenty.

Objektivně: Pacient má zájem o nové informace, ptá se. Byl předoperačně edukován o péči o stomii a stomických pomůckách.

Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Subjektivně: Při oznámení diagnózy na tom byl dle jeho slov „psychicky špatně, léčbu neodmítal a spolupracoval“. Nyní je prý „smířený“ a chce se vyléčit. V nemocnici se necítí ohrožený.

Objektivně: Pacient působí trochu nervózně, má zájem o léčbu. Byl seznámen s řádem nemocnice, chodem oddělení a s právy a povinnostmi pacienta. Byl edukován o pohybovém režimu, manipulaci s lůžkem a signalizačním zařízením. Byl informován o významu nasazení identifikačního náramku.

Průběh hospitalizace

1. den hospitalizace

Pacient byl přijat na lůžkové oddělení Urologické kliniky k plánovanému výkonu. Pacient přišel s požadovaným hotovým předoperačním vyšetřením– interní vyšetření, EKG, RTG plic, vyšetření krve a moče. Při příjmu byl pacientovi nasazen na dominantní horní končetinu (PHK) identifikační náramek a byl poučen o významu jeho nasazení. Byla odebrána moč na kultivační a chemické vyšetření dle ordinace lékaře. Barthelovým testem všedních činností byla zjištěna nezávislost pacienta na druhé osobě. Byla provedena edukace v oblasti sebezpečí, pohybového režimu, prevence pádu, manipulace s lůžkem a signalizačním zařízením, byl poučen o předoperační přípravě a pooperační péči. Byl poučen o pitném a dietním režimu. Pacientovi byl zaveden periferní žilní katétr (G20 LHK) a odebrán vzorek na zjištění krevní skupiny a následně byly na transfúzní stanici před výkonem zajištěny tři krevní přípravky. Lékař byl informován o vysoké hodnotě krevního tlaku. Pacient sdělil, že ranní medikaci užil a že při každé hospitalizaci má vysoký tlak i přes antihypertenzní léčbu. Lékař domluvil interní konzilium na základě, kterého byl pacientovi podán Xanax 0,25 mg z důvodu možného spolupodílu psychické nadstavby a Tensiomin 25 mg perorálně. TK byl

po hodině zkontrolován (172/91 mmHg) a pro nedostatečný pokles byl ordinován Furon 40mg perorálně. TK byl zkontrolován ve 14 hodin (176/104 mmHg) a byl dle ordinace lékaře opět podán Xanax 0,25mg. Po konzultaci s interním lékařem byla doporučena opakovaná kontrola v 17 hodin. Pacient byl přijat lékařem, který ho informoval o operačním výkonu, možných rizicích a podepsal s ním informované souhlasy. Pacientovi bylo podáno v dopoledních hodinách salinické klyzma, které bylo večer zopakováno. Pacient dostal k obědu bujón a dále mu byly povoleny pouze tekutiny. V den příjmu navštívil pacienta anesteziolog, který ho seznámil s celkovou anestézií a podepsal s ním informované souhlasy. Pacient byl sestrou před operací edukován v péči o stomii a byl seznámen se stomickými pomůckami. V 17 hodin měl pacient TK 164/96 mmHg, byl kontaktován internista, který doporučil podání Tritace 5 mg perorálně s kontrolou tlaku a případnou lékovou korekcí dle hodnoty (Tritace 2,5- 5 mg). Večer byl pacientovi aplikován Fraxiparine 0,3 ml subkutánně jako prevence tromboembolické nemoci a pacient byl poučen o nutnosti aplikace každý večer po dobu hospitalizace. Při kontrolním měření ve 22 hodin byla naměřena hodnota TK 144/92 mmHg bez lékové korekce s kontrolou TK v 5hodin ráno. Od půlnoci již byl pacient nalačno, nic nejedl, nepil, nekouřil, nežvýkal žvýkačku a necucal bonbóny.

2. den hospitalizace, operační den

U pacienta byl v 5 hodin zkontrolován krevní tlak dle ordinace internisty. Hodnota krevního tlaku byla 137/91 mmHg a dle premedikace anesteziologa bylo podáno Tritace 5mg perorálně, které pacient zapil douškem vody. Proběhla příprava operačního pole – oholení a desinfekce břicha. Pacient provedl umytí celého těla desinfekčním mýdlem. Pacient byl vyzván k vyndání zubní protézy a sundání šperků. Byly nasazeny elastické punčochy jako prevence tromboembolické nemoci a v 7:15 hodin byla aplikována intramuskulární injekce 1 % Morfinu v dávce 7,5 mg dle ordinace anesteziologa. V 7:30 hodin byl pacient odvezen na předsálí operačních sálů, byl sestrou předán anesteziologické sestře a byl odvezen na operační sál, kde byla provedena otevřená oboustranná pánevní lymfadenektomie, radikální cystoprostatektomie, otevřená apendektomie a derivace ureteroileostomií dle Bricquera. Během anestezie byla na operačním sále zavedena nasogastrická sonda. Při výkonu byly podány intravenózně antibiotika Ciprofloxacin 400 mg. Po výkonu byl pacient přeložen na anesteziologicko – resuscitační oddělení (dále jen ARO). S pacientem byla předána sesterská i lékařská překládová zpráva a kopie informovaného souhlasu s hospitalizací. Osobní věci a cennosti pacienta byly sepsány a uloženy na lůžkovém oddělení bez nutnosti založení depozit.

překlad z ARO, 1.pooperační den

Pacient byl v 10:15 hodin přeložen z ARO zpět na lůžkové oddělení urologické kliniky na pooperační pokoj. Pacient byl orientován místem i časem, dýchal spontánně. Při příjmu byly změřeny fyziologické funkce, TK 126/70 mmHg, 96 pulsů za minutu. Byla sepsána ošetrovatelská anamnéza. Barthelovým testem všedních činností byla zjištěna vysoká závislost na druhé osobě (30 bodů) a hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové 25 bodů – nízké riziko. Pacient měl lékařem předepsaný klidový režim na lůžku, o kterém byl poučen. Byl edukován o pitném a dietním režimu, kdy měl povoleny pouze tekutiny a perorální příjem tekutin byl omezen do celkového objemu 800 ml. Pacient měl zavedený periferní žilní katetr (G18 PHK), který byl hodnocen dle Madonna 0. Pacientovi byly podávány intravenózně antibiotika a infuzní terapie dle ordinace lékaře, byl předepsán Controloc 40 mg a Degan 10 mg intravenózně. Jako prevenci tromboembolické nemoci měl pacient nasazeny elastické punčochy a byl aplikován Fraxiparine 0,3 ml subkutánně. Byl proveden převaz operační rány, která byla klidná a hojila se per primam. Byl sledován výdej z urostomie, která byla vitální a odváděla čistou moč a také výdej z podtlakového drénu (Jackson – Pratt), který odváděl serózní tekutinu. Pacient byl bez bolesti, na Melzackově škále hodnoceno stupněm 1-2, analgetika podána nebyla. Pacient se cítil dobře a uvedl, že je rád, že už je po operaci. V odpoledních hodinách pacienta navštívila rodina. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 800 ml, i.v. 2800 ml; výdej urostomie 1900 ml, drén 260 ml.

2. den hospitalizace, 2. pooperační den

V 5 hodin ráno byly provedeny náběry krve pro kontrolu krevního obrazu a biochemické vyšetření krve, výsledky byly v normě. U pacienta byla provedena celková hygiena těla s pacientovou dopomocí a úprava lůžka. Pacient byl afebrilní (36,5 °C) a krevní tlak byl kontrolován třikrát denně, hodnoty se pohybovaly v rozmezí 160/90–180/100 mmHg. Byly podávány léky, antibiotika a infuzní terapie dle ordinace lékaře. Perorální příjem tekutin byl bez omezení a k obědu dostal bujón. Pacient neudával nauzeu ani nezvracel. Periferní žilní katetr bez známek zánětu. Bolest byla hodnocena Melzackovou škálou bolesti stupněm 1-2. Urostomie odváděla čistou moč s příměsí hlenu, drén odváděl serózní sekret. Obvaz operační rány byl suchý. Pacient s rehabilitační sestrou prováděl dechovou rehabilitaci na lůžku, byl mu povolen sed, a tak se s dopomocí rehabilitační sestry posadil na lůžku. Během dne pacient komunikoval s personálem a přes mobilní telefon komunikoval s rodinou. Cítil se dobře. V noci spal. Hodnocení Barthelovým testem všedních činností 40 bodů – vysoce závislý,

riziko vzniku dekubitů 27 bodů – nízké riziko. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 900 ml, i.v. 3500 ml; výdej urostomie 2800 ml, drén 370 ml.

3. den hospitalizace, 3. pooperační den

Pacient afebrilní (36,6 °C), cítil se dobře a udal, že se dobře vyspal. Byla provedena hygiena u lůžka s dopomocí ošetrovatelského personálu a byla provedena úprava lůžka. Dle ordinace lékaře byla podána medikace, antibiotická a infuzní terapie. Byla provedena reka-nylace dle standardů fakultní nemocnice (G20 LHK), vpich po periferním žilním katetru hodnocen dle Maddona 0, bez známek zámětu. Pro přetrvávající hypertenzi (ranní TK 170/101 mmHg) bylo vyžádáno interní konzilium a pacientovi byl dle ordinace internisty do medikace přidán Agen 5 mg a ordinovány kontroly TK třikrát denně (hodnoty 160/90–180/110). Perorální příjem tekutin bez omezení, k obědu a k večeři dostal dietu OSP – po-lévku. O dietním a pitném režimu byl edukován. Krytí operační rány bylo suché. Urostomie odváděla čistou moč s příměsí hlenu, drén odváděl serózní sekret. Pacient měl povolený stoj u lůžka, který provedl s rehabilitační sestrou a během dne se u lůžka postavil sám. Hodnocení Barthelovým testem všedních činností 50 bodů – závislost středního stupně, riziko vzniku dekubitů 27 bodů – nízké riziko. Během dne si pacient četl knihu a při návštěvních hodinách ho navštívila rodina, byl veselý a komunikativní. Byla provedena výměna sběrného moč-ového sáčku. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 1200 ml, i.v. 1700 ml; výdej urostomie 3200 ml, drén 430 ml.

4. den hospitalizace, 4. pooperační den

Pacient afebrilní, cítil se odpočinutý. Ranní hygiena byla provedena s dopomocí ošetrujícího personálu. Krevní tlak byl měřen třikrát denně (hodnoty v rozmezí 156/99–193/110 mmHg). Dle ordinace lékaře byla podána medikace, antibiotická a infuzní terapie. Byla ordinována dieta OSK – kaše, perorální příjem tekutin bez omezení. Byl proveden pře-vaz operační rány, která byla klidná. Byla provedena výměna stomického sáčku, kdy byl pacient edukován sestrou o postupu výměny stomické pomůcky a o péči o stomii. Pacient projevil obavy, zda péči o stomii zvládne sám. Byl ujištěn, že péči o stomii bude postupně nacvičovat se sestrou a bude mít dostatek času se to naučit. Urostomie odváděla čistou moč s příměsí hlenu, drén odváděl serózní sekret. S rehabilitační sestrou se pacient prošel kolem lůžka. Elastické punčochy na dolních končetinách pacienta byly sundány, stále je pokračo-váno v prevenci tromboembolické nemoci aplikacemi Fraxiparine 0,3 ml subkutánně jednou denně. Pacient byl přeložen na standardní pokoj. Hodnocení Barthelovým testem všedních

činností 70 bodů – lehká závislost, riziko vzniku dekubitů 28 bodů – nízké riziko. Od výkonu měl poprvé stolici. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 1000 ml, i.v. 1700 ml; výdej urostomie 2400 ml, drén 390 ml.

5.den hospitalizace. 5.pooperační den

Pacient se cítil dobře, byl odpočínutý, bolesti neměl. Hygienu provedl sám bez pomoci. Krevní tlak byl kontrolován dvakrát denně (hodnoty 161/101 mmHg; 150/79 mmHg). Byla podávána antihypertenzní medikace dle ordinace lékaře, Controloc 40 mg a Degan 10 mg byly převedeny na tablety perorálně, byl vysazen Metronidazol 500 mg intravenózně. Periferní žilní katetr byl bez známek infekce, hodnocení dle Madonna 0. Perorální příjem tekutin byl bez omezení, pacientovi byla naordinována dieta č. 2, šetřící. Pacient byl poučen o dietním a pitném režimu. Byl proveden převaz operační rány, která byla klidná. Urostomie byla funkční a odváděla čistou moč s příměsí hlenu, drén odváděl serózní sekret. Pacient během dne komunikoval s ostatními pacienty, díval se na televizi a telefonicky komunikoval s rodinou. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 3000 ml, i.v. 400 ml; výdej urostomie 1100 ml, drén 500 ml.

6.den hospitalizace, 6.pooperační den

Pacient afebrilní, bez bolesti. Kontrola TK ráno (161/103 mmHg), byla podána medikace dle ordinace lékaře, Ciprofloxacin 400 mg intravenózně byl převeden na Ciplox 500 mg tablety perorálně. Byl odstraněn periferní žilní katetr, místo vpichu bylo klidné bez známek zánětu, hodnocení dle Maddona 0. Lékařem byl proveden převaz operační rány, která se hojila per primam. Pacient byl edukován ve výměně stomického sáčku. Urostomie odváděla čistou moč s příměsí hlenu, drén odváděl serózně. Pacient se cítil dobře, četl si knihu a v odpoledních hodinách měl návštěvu. Byla provedena výměna sběrného močového sáčku po třech dnech. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 3000 ml, i.v. 200 ml; výdej urostomie 2100 ml, drén 570 ml.

7.den hospitalizace, 7. pooperační den

Pacient se cítil dobře, hygienu zvládal už sám bez nutnosti dopomoci nelékařského zdravotnického personálu. Krevní tlak byl kontrolován jedenkrát denně ráno (161/100 mmHg). Medikace byla podána dle ordinace lékaře. Pacient dodržoval pitný režim a nadále měl předepsanou dietu č.2, šetřící. Lékařem byl proveden převaz operační rány a byl odstraněn podtlakový drén (Jackson – Pratt). Rána byla klidná, hojila se per primam. Urostomie

odváděla čirou moč s příměsí hlenu. V noci spal. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 2700 ml, výdej urostomie 1650 ml.

8.den hospitalizace, 8. pooperační den

Pacient afebrilní. Kontrola krevního tlaku ráno (148/94 mmHg), byla podána medicína dle ordinace lékaře. Po vyndání drénu obvaz mírně serózně prosákl, proto byl proveden převaz, rána byla klidná. Urostomie odváděla čirou moč s příměsí hlenu a pacient byl edukován ve výměně stomického sáčku. Byla provedena reedukace v oblasti sebepěče a pitného režimu, pacient byl kontrolně převážen (71,3kg). Pacient se cítil dobře a byl rád, že zvládl výměnu stomického sáčku s dopomocí sestry. Telefonicky komunikoval s rodinou. Pacient byl po týdnu hospitalizace převážen (71,3 kg), BMI 23,55. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 1500 ml; výdej urostomie 1600 ml.

9.-10.den hospitalizace, 9.-10.pooperační den

Pacientův stav beze změny. Byl afebrilní, cítil se dobře. Medikace byla podávána dle ordinace lékaře, nadále antibiotika perorálně. Byly prováděny převazy operační rány, která byla klidná a hojila se per primam. Pacient za asistence sestry prováděl výměnu stomického sáčku. Stolicí měl pravidelnou. Devátý den hospitalizace provedena výměna sběrného močového sáčku. Průměrná bilance tekutin za 24 hodin – příjem 2900 ml; výdej urostomie 1700ml.

11.den hospitalizace, 11.pooperační den

Pacient afebrilní. Medikace podávána dle ordinace lékaře. Byl vysazen Degan 10 mg perorálně a také Ciplox 500 mg perorálně. Byl proveden převaz operační rány, kdy lékař odstranil stehy, rána byla klidná. Pacient provedl sám výměnu stomického sáčku za dohledu sestry. Byl šťastný, že výměnu provedl sám. Během dne si četl knihu. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 2000 ml; výdej urostomie 1400 ml.

12.-13.den hospitalizace, 12.-13. pooperační den

Pacientův stav beze změny cítil se dobře, dodržoval pitný režim. Byla mu naordinována dieta č.3, racionální. Krytí operační rány bylo suché. Urostomie odváděla čirou moč s příměsí hlenu, pacient prováděl výměnu stomického sáčku sám. Stolicí měl pravidelnou. Dvanáctý den hospitalizace byla provedena výměna sběrného močového sáčku po třech dnech. Průměrná bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 2000 ml; výdej urostomie 1600ml.

14.den hospitalizace, 14.pooperační den

Pacient afebrilní, cítil se dobře, nepůsobil unaveně, byl bez bolestí. Medikace byla podávána dle ordinace lékaře, byl vysazen Controlloc 40 mg tablety perorálně. Byl proveden převaz operační rány, která byla klidná a již nebylo potřeba přiložit krytí. Při převazu byly lékařem odstraněny z urostomie ureterální stenty. Po převazu byla pacientem provedena výměna stomického sáčku, která po vyndání stentů byla snadnější. Pacienta usnadnění výměny potěšilo. Pacient byl poučen o sprchování operační rány čistou vodou. Urostomie odváděla čirou moč s příměsí hlenu. Pacient měl odpoledne návštěvu. Bilance tekutin za 24 hodin – příjem p.o. 2000 ml; výdej urostomie 1300 ml.

15. den hospitalizace, 15.pooperační den

Pacient afebrilní, cítil se dobře. Stolici měl pravidelnou. Pacient dodržoval pitný režim. Medikace byla podávána dle ordinace lékaře. Bylo provedeno sonografické vyšetření ledvin, které neprokázalo městnání v dutém systému ledvin. Urostomie odváděla čirou moč s příměsí hlenu, výměny stomického sáčku pacient prováděl sám. Pacient byl po dvou týdnech hospitalizace převážen (72,1 kg), BMI 23,81. Pacient se těšil domů.

16.den hospitalizace, 16.pooperační den

Pacient byl propuštěn do domácího ošetřování. Stomie byla vitální a funkční, odváděla čirou moč. Byly doporučeny pravidelné kontroly krevního tlaku praktickým lékařem s možnou úpravou medikace. Vzhledem k výsledkům histologie, které již byly při propuštění k dispozici a prokázaly postižení lymfatických uzlin, byl pacient objednan na onkologické konzilium ke zvážení podání adjuvantní chemoterapie. Dále byl objednan na kontrolu na ambulanci Urologické kliniky, kam se dostaví s vyjádřením onkologa a kde bude provedeno sonografické vyšetření ledvin a eventuálně bude naplánována další dispenzarizace. Pacient odcházel poučený a vybavený stomickými pomůckami, informace považoval za dostatečné. Pacient se při odchodu cítil dobře a byl bez bolesti. Odvoz byl zajištěn rodinou.

Edukační plán

Účel: Poučení pacienta o správné technice při ošetřování stomie a výměně stomické pomůcky. Poučení o pitném režimu.

Cíl: Pacient zvládne praktický nácvik ošetření stomie a výměny stomické pomůcky.

Pomůcky: Stomický sáček, tupo – tupé nůžky, přípravek na odstranění lepidla, přípravek na ochranu kůže, čtverce z netkané textilie, sáček na odpad.

Metoda: rozhovor, praktická ukázka

Očekávaný výsledek v psychomotorické oblasti: Pacient bude umět ošetřit stomii a provést výměnu stomické pomůcky.

Očekávaný výsledek v kognitivní oblasti: Pacient pochopí nutnost pitného režimu.

Očekávaný výsledek v afektivní oblasti: Pacient projeví zájem o provedení výměny stomické pomůcky.

Hlavní body plánu: Zajisti klidné místo na edukaci a praktický nácvik. Buď empatická a diskrétní. Vysvětlí správnou techniku ošetření stomie a výměny stomické pomůcky. Vysvětlí nutnost pitného režimu. Doporuč vhodné tekutiny.

Časová dotace: 30 minut

Hodnocení: Pacient zná správnou techniku výměny stomické pomůcky a projevil zájem o provedení výměny. Umí ošetřit stomii správným způsobem. Chápe nutnost dodržování pitného režimu.

Ošetrovatelské diagnózy

00148 Strach související s nadcházejícím operačním výkonem a ze vzniku možných komplikací po výkonu projevující se

Subjektivně: Pacient verbalizuje pocit strachu

Objektivně: Pacient má zvýšený krevní tlak

Cíl: U pacienta po podání anxiolytik a realizací vhodných intervencí dojde do 3 hodin ke snížení nebo vymizení strachu.

Intervence:

- Edukuj pacienta a podej dostatek informací dle svých kompetencí.
- Vyslechni pacienta a vybídni ho k popsání svých pocitů.
- Zajisti poskytnutí informací lékařem.
- Podávej podle potřeby a ordinace lékaře anxiolytika.
- Sleduj účinek podaných léků.
- Kontroluj fyziologické funkce pacienta (krevní tlak, puls, dech).
- Doporuč vhodnou relaxaci (sledování televize, četba).
- Proveď záznam do dokumentace.

Hodnocení: Problém založen v den příjmu pacienta na lůžkové oddělení. Krevní tlak pacienta při příjmu byl vysoký z důvodu strachu s postupným ústupem subjektivního pocitu strachu po podání anxiolytik. Přetrvávající vysoké hodnoty krevního tlaku v dalších operačních dnech byly řešeny úpravou antihypertenzní terapie. Ošetrovatelská diagnóza byla ukončena druhý den hospitalizace, pacient byl po výkonu přeložen na anesteziologicko – resuscitační oddělení. Po překladu zpět na Urologickou kliniku již pocit strachu neudával.

00108 Deficit sebepéče při koupání a hygienické péči z důvodu nemožnosti pohybu po operačním výkonu a režimového pohybového omezení dle ordinace lékaře projevující se

Subjektivně: Pacient udává z důvodu omezení pohybu nemožnost provádět hygienickou péči.

Objektivně: Pacient potřebuje dopomoc při hygieně od druhé osoby.

Cíl: Pacient zvládne základní hygienickou péči, bude samostatný. Pacient se bude cítit čistý a upravený.

Intervence:

- Zjistí míru schopnosti pacienta provést hygienickou péči.
- Zajisti optimální teplotu prostředí při hygienické péči.
- Zajisti intimní prostředí při zajištění hygienické péče.
- Zajisti a připrav pomůcky k provedení hygienické péče o tělo a dutinu ústní.
- Zapoj aktivně pacienta do provádění hygienické péče dle pohybového režimového omezení dle ordinace lékaře.
- Motivuj pacienta k samostatnosti při provádění hygienické péče.
- Nabídní možnost masáže zad masážním gelem.
- Proved' záznam do dokumentace.

Hodnocení: Problém založen 1. pooperační den po překladi z anesteziologicko – resuscitačního oddělení. Vzhledem k deficitu soběstačnosti byla hygienická péče zajišťována ošetrojícím nelékařským personálem. Pacient prováděl péči dle svých možností a stanoveného pohybového režimu. Pacient vnímal hygienickou péči jako dostatečnou a cítil se čistý. Ošetrovatelský problém byl ukončen 5. pooperační den, kdy zvládl hygienu provést samostatně a cítil se dobře.

00046 Narušená integrita kůže z důvodu operační rány provedené laparotomií kolem pupku projevující se

Subjektivně: Pocit napětí v oblasti operační rány.

Objektivně: Operační rána krytá sterilním obvazovým materiálem.

Cíl: Operační rána se zhojí per primam.

Intervence:

- Zajisti aseptický přístup při převazu rány.
- Hodnot' stav a okolí operační rány.
- Prováděj převazy operační rány dle ordinace lékaře nebo dle potřeby.
- Sleduj krytí operační rány.
- Upozorni na změny operační rány lékaře.
- Proved' záznam do dokumentace.

Hodnocení: Problém založen 1. pooperační den po překladi z anesteziologicko – resuscitačního oddělení. V průběhu hojení nedošlo ke komplikacím, rána se hojila per primam. Stehy z operační rány byly odstraněny 11. pooperační den. Ošetrovatelský problém byl ukončen 14. pooperační den.

00004 Riziko infekce v souvislosti s invazivními vstupy

Cíl: V místě zavedení nevznikne infekce.

Intervence:

- Podej dostatečné informace o zavedení invazivních vstupů dle svých kompetencí.
- Kontroluj místo zavedení invazivních vstupů.
- Postupuj při manipulaci s invazivními vstupy asepticky.
- Prováděj převazy invazivních vstupů.

- Dodržuj v péči o invazivní vstupy zásady prevence možných komplikací.
- Sleduj funkčnost invazivního vstupu.
- Zajisti dostatečnou fixaci invazivních vstupů dle potřeby.
- Prováděj rekanylaci dle standardu.
- Proved' záznam do dokumentace.

Hodnocení: Problém založen 1. pooperační den po překladu z anesteziologicko – resuscitačního oddělení. Během zavedení invazivních vstupů nedošlo ke vzniku infekce. Hodnocení dle Maddona 0. Byla prováděna rekanylace dle standardu. Ošetrovatelský problém ukončen 6. den hospitalizace.

00249 Riziko dekubitu z důvodu upoutání na lůžko po operačním výkonu

Cíl: U pacienta nedojde ke vzniku dekubitu.

Intervence:

- Proved' hodnocení rizika vzniku dle Nortonové.
- Udržuj čisté a upravené lůžko.
- Prováděj dostatečnou hygienu těla.
- Udržuj kůži čistou a suchou.
- Sleduj predilekční místa vzniku dekubitů.
- Zajisti dostatečný příjem tekutin.
- Zajisti dopomoc při změně polohy.
- Proved' záznam do dokumentace.

Hodnocení: Problém založen 1. pooperační den po překladu z anesteziologicko – resuscitačního oddělení. V průběhu hospitalizace nedošlo ke vzniku dekubitu. Ošetrovatelský problém ukončen 4. pooperační den.

00155 Riziko pádů z důvodu bolesti a omezeného rozsahu pohybu po operačním výkonu

Cíl: U pacienta nedojde během hospitalizace k pádu.

Intervence:

- Edukuj pacienta v prevenci pádu.
- Zajisti bezpečné prostředí.
- Pomáhej pacientovi při změně polohy (posazování, vstání).
- Umísti signalizační zařízení v dosahu ruky.
- Umožni poskytnutí kompenzačních pomůcek.

Hodnocení: Problém založen 1. pooperační den po překladu z anesteziologicko – resuscitačního oddělení. Během hospitalizace nedošlo k pádu pacienta. Ošetrovatelský problém byl ukončen 5. pooperační den.

DISKUZE

Radikální cystektomie je náročná operace, kdy musí být pacientovi po odstranění močového měchýře zajištěna náhradní derivace moče. Ošetrovatelská péče o tyto pacienty je specifická a vyžaduje vysoké odborné znalosti a dovednosti ošetrovatelského personálu.

Cílem bakalářské práce bylo určení zásadních oblastí v ošetrovatelské péči o pacienta po radikální cystektomii s náhradní derivací moče. Praktická část byla realizována za využití kvalitativního výzkumu, kdy byla zpracována kazuistika u dvou vybraných pacientů. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy s vhodnými intervencemi a cíli, které byly určeny na základě získaných informací během ošetrovatelské péče. U pacienta v první kazuistice bylo stanoveno 9 ošetrovatelských diagnóz (6 aktuálních, 3 potencionální) a u pacienta v druhé kazuistice bylo vytyčeno 6 ošetrovatelských diagnóz (3 aktuální, 3 potencionální).

Oba pacienti při získávání informací uvedli, že se jim v moči objevila krev bez toho, aby měli jiné obtíže (bolest v podbřišku, pálení nebo řezání při močení). U pacienta z první kazuistiky byla zachycena makroskopická hematurie a u pacienta z druhé kazuistiky byla zjištěna hematurie mikroskopická. Jak uvádí Kawaciuk (2009, s.365) ve své knize, je přítomnost asymptomatické hematurie jedním z prvních příznaků nádorového onemocnění močového měchýře. U prvního pacienta byla prokázána hematurie makroskopická a u druhého mikroskopická. Je snad příčinou rozdílu to, že první pacient je kuřák? V odborné literatuře je uvedeno kouření jako jedna z nejčastějších příčin vzniku nádorového onemocnění močového měchýře, ovšem tím nelze potvrdit, zda to má vliv na průkaz množství krve v moči.

U pacientů byla nutná očista střev před operací, kdy byla pacientům ordinována dieta OS – čajová a dvakrát jim bylo v průběhu dne podáno salinické klyzma. Příprava střev je důležitá v předcházení komplikací po operaci, ovšem souhlasím se Šerclovou (2009), která uvádí, že tato mechanická příprava způsobuje pacientům tělesný diskomfort. Stejný názor je vyjádřen i protokolu Fast track, kde je uvedeno, že předoperační přípravu za pomoci krystýrů lze zcela vynechat, protože možnost kontaminace bakteriemi ze střeva je skoro stejná jako u střeva, které připraveno nebylo. Pacientovi způsobuje dyskomfort a dehydrataci (Šerclová, 2009).

Ošetrovatelská péče u pacientů s vybranými derivacemi moče je rozdílná, přesto byly u vybraných pacientů zjištěny stejné 2 aktuální diagnózy a 3 potencionální.

U obou pacientů se aktuální diagnózy shodují v deficitu sebek péče a v narušení integrity kůže po operačním výkonu. Deficit sebek péče byl kompenzován po dobu omezení pohybového režimu nelékařským zdravotnickým personálem. Dopomoc byla pacientům poskytována dle potřeby, hodnocení dle Bartelových testem všedních činností je uvedeno u každého pacienta v jednotlivých pooperačních dnech. U pacienta z kazuistiky č. 1 byl problémem deficitu sebek péče ukončen 8. pooperační den, tedy 9. den hospitalizace, kdy byl pacient propuštěn do domácího ošetřování. U pacienta z kazuistiky č. 2 byl problémem deficitu sebek péče ukončen 5. pooperační den. V oblasti narušení integrity tkáně probíhalo u obou pacientů hojení operační rány, včetně hojení vyšívané urostomie u pacienta z kazuistiky č. 2 per primam.

U potencionálních diagnóz se shodují v riziku infekce, riziku dekubitu a riziku pádu. Pacienti měli po výkonu předepsaný omezený pohybový režim a zavedené invazivní vstupy. Vhodnými ošetřovatelskými intervencemi nedošlo k rozvoji infekce při zavedených invazivních vstupech, vzniku dekubitu ani k pádu pacienta.

Podstatným problémem u prvního pacienta byla hypertermie, která se objevila 20. pooperační den po vyndání permanentního močového katétru. I přes aseptický přístup při proplachování neoveziky fyziologickým roztokem došlo k rozvoji infekce močových cest a pacientovi byly naordinovány antibiotika. Zeman a kol. uvádí, že ke katérové horečce může dojít po manipulaci s močovým katétrem v uretře. Latentní infekce může po zavádění, výměně či extrakci močového katétru proniknout do krevního oběhu nebo může dojít k zanesení infekce samotným katétrem. Hypertermie většinou po podání antibiotik rychle ustupuje (Zeman a kol., 2011, s. 293). U pacienta trvaly počáteční subfebrilie 2 dny a to 19. a 20. pooperační den, další den došlo ke vzestupu na febrilie, které trvaly do 22. pooperačního dne. Po podání antibiotické terapie došlo k rychlému ústupu a 23. pooperační den byl pacient afebrilní, ošetřovatelský problém ukončen.

Dalším ošetřovatelským problémem u pacienta s ortotopickou ileální neovezikou bylo narušení spánku častým nočním močením a inkontinencí při nemožnosti volní inervace svěrače močového měchýře. Při neřešení této problematiky by byla ovlivněna kvalita života pacienta únavou z nedostatku spánku. Ve studii Thulina et al. (2010) uvedené v článku Changa (2015), která se zabývala kvalitou spánku pacientů po radikální cystektomii s derivací ortotopickou ileální neovezikou bylo uvedeno negativní ovlivnění spánku ve 37 % a mírné ovlivnění spánku ve 29 %. Po realizaci vhodných ošetřovatelských intervencí došlo u

pacienta k odeznění problému s nedostatkem spánku. Pacientovi bylo vysvětleno používání urinálního kondomu, kdy pacient vše zvládl zcela bez problémů, bez projevení studu. Zde nutno připomenout, že při edukaci pacienta v používání urinálního kondomu je důležité zajistit a dodržet naprostou intimitu, zachovat k pacientovi empatický a vysoce profesionální přístup. Pacient v kasuistice č. 2 se spánkem problémy neuváděl. Kvalitu spánku u pacientů s urostomií dotazovala ve své bakalářské práci Urbánková (2013), kde uvádí, že více než 50 % dotazovaných uvedlo, že po vytvoření ureteroileostomie byl jejich spánek ovlivněn jen ojedinelé.

S používáním urinálního kondomu (Příloha č. 15) u pacienta z kasuistiky č. 1 úzce souvisí ošetrovatelský problém stresové inkontinence. Tento problém nebyl ukončen, protože problém úniku moče je u pacientů s danou derivací moče dlouhodobý. Urinální kondom pomohl pacientovi problém vyřešit, mohl se vyspat, nemusel se bát pomočení ve spánku, ale problém nemohl být ukončen s výsledkem, pacient v oblasti moče kontinentní. Pacient byl s řešením spokojený. Čermák et al. (2012) ve svém článku uvádí, že zhruba 80-95 % pacientu s derivací ortotopickou neovezikou dosáhne denní kontinence bez vložky nebo jen s jednou vložkou během dne.

U obou pacientů byla nutná pooperační edukace. Pacient s ortotopickou ileální neovezikou byl edukován v používání urinálního kondomu, kdy se výrazně zlepšil jeho spánek. Pacient s ureteroileostomií byl edukován v péči o stomii a používání stomických pomůcek. Při ošetrování urostomie je nutná zručnost (Otradovcová, 2006, s.22). To je zcela opodstatněné tvrzení. Pacient byl v péči o stomii edukován, prakticky postupně sám zvládal výměny urostomických sáčků. Byl šikovný, měl zájem, kladl otázky. Výrazně se zjednodušila péče o stomii po extrahování ureterálních stentů. I pacient po vyndání stentů považoval výměnu stomické pomůcky za jednodušší.

Péče o pacienty s urologickou problematikou vyžaduje specifické znalosti a dovednosti. Je výhodou, aby všeobecná sestra, která zajišťuje ošetrovatelskou péči o pacienty s náhradní derivací moče, měla absolvovaný certifikovaný kurz zaměřený na péči o pacienty se stomií. Sestra by měla mít dostatek informací o pomůčkách potřebných k péči o pacienta s náhradní derivací moče (pomůcky pro inkontinentní pacienty, stomické pomůcky). Je důležité k pacientům přistupovat s empatií a pochopením.

V kazuistice č. 1 je u pacienta popisována pooperační péče, kdy v 1. pooperačním dni byla pacientovi nabízena ke žvýkání žvýkačka. Tento postup je popsán v kapitole 5. Fast track, kde je uvedeno, že podání žvýkačky zvyšuje pohyblivost žaludku, zvyšuje se hladina gastrointestinálních hormonů a jsou stimulována hladká svalová vlákna střevního traktu. Jde o metodu, která je na urologické klinice zatím v počátku, ale vzhledem k přínosu této moderní metody pro naše pacienty pracujeme na její implementaci do praxe v celém rozsahu.

Po popisu specifické ošetrovatelské péče o nemocné po urologické intervenci si na závěr diskuze dovolím položit otázku. Je lepší kvalita života pacienta s náhradní derivací moče ortotopickou ileální neovezikou nebo ureteroileostomií? Nad položenou otázkou přemýšlím od začátku své pracovní praxe na Urologické klinice, kdy jsem se začala s pacienty s náhradní derivací setkávat. Pacienti se mohou vrátit zpět do normálního života, mohou pracovat, mohou sportovat, jezdit na dovolenou. Uvedené náhradní derivace moče představují pro pacienty svým způsobem omezení. Indikace k cystektomii s náhradní derivací moče má svá kritéria. Lékaři při rozhodování o druhu derivace moče zvažují další pooperační kvalitu života pacienta. Z pohledu ošetrovatelské péče, ale ani z pohledu, že někdy možná budu muset sama rozhodnout, kterou derivaci u svých blízkých nebo u sebe bych raději volila, nedokáži říci, která derivace moče „je lepší“. Myslím si, že je důležité, že existuje kurabilní možnost řešení v léčbě tumoru močového měchýře, že existuje možnost při odstranění močového měchýře pacientovi zajistit náhradní derivaci moče. Při plánování chirurgického výkonu – cystektomie, je nutné s pacientem prodiskutovat rizika i benefity jednotlivých druhů náhradních derivací moče. Důležité je, že v rámci ošetrovatelské péče můžeme s vysokou profesionalitou našim pacientům poskytovat specializovanou ošetrovatelskou péči. Naším cílem je poskytovat péči v holistickém pojetí, kdy budou uspokojeny bio-psycho-sociální potřeby pacienta.

ZÁVĚR

Ošetrovatelská péče o pacienty po radikální cystektomii s náhradní derivací moče je v některých oblastech, činnostech specifická, často náročná jak na ošetrovatelské činnosti, tak na komunikační dovednosti.

Cílem bakalářské práce bylo určení zásadních oblastí v ošetrovatelské péči o pacienta po radikální cystektomii s náhradní derivací moče. Teoretická část svým obsahem úzce koreluje se zpracováním praktické části, kde byly zpracovány dvě kazuistiky, byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, naplánovány ošetrovatelské intervence a zhodnoceny vytyčené cíle. Dále je v teoretické části popsána záměrně nová metoda akcelerované rehabilitace v perioperační péči, která představuje pro pacienty nový přístup péče před i po operačním výkonu a je z důvodu počínající implementace do praxe v malém rozsahu zmíněna i v praktické části práce.

Pro vyhodnocení ošetrovatelské péče byl použit humanistický ošetrovatelský model Virginie Hendersonové, jehož cílem v ošetrovatelské péči je nezávislost pacienta v uspokojování potřeb.

V bakalářské práci byly splněny všechny stanovené cíle a zodpovězeny výzkumné otázky.

Doporučení pro praxi

Na základě teoretických znalostí a praktických dovedností sester byl v průběhu edukace pacientů s vybranou náhradní derivací moče vytvořen edukační materiál pro pacienta, který se musel naučit používat urinální kondom z důvodu inkontinence moče po operačním výkonu. Také byl vytvořen edukační materiál pro pacienta s derivací ureteroileostomií, kde je popsán postup výměny stomické pomůcky a ošetření stomie. Edukační materiál by mohl být použit pro výuku nových zdravotníků starajících se o pacienty s náhradní derivací moče nebo s inkontinencí moče a zároveň také jako sjednocení postupu péče o stomii na lůžkovém oddělení Urologické kliniky.

POUŽITÁ LITERATURA

BABJUK, Marko a kol. EAU Guidelines pro léčbu uroteliálního karcinomumočového měchýře, který neinvaduje svalovinu-aktualizovaná verze z roku 2011. Urologické listy [online]. Praha: Ambit Media, 2011, 9(3) [cit. 2019-03-29]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: http://www.urologickelisty.cz/urologicke-listy-clanek/eau-guidelines-pro-lecibu-urotelial-niho-karcinomu-mocoveho-mechyre-ktery-neinvaduje-svalovinu-aktualizovana-verze-z-36209?confirm_rules=1

ČAPÁK, Ivo a Jan DOLEŽEL. Chirurgická léčba karcinomu močového měchýře. Linkos: Lékař a multidisciplinární tým [online]. 2008 [cit. 2019-03-29]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/chirurgicka-lecba-karcinomu-mocoveho-mechyre/>

ČERMÁK, Aleš, Dalibor PACÍK a Vítězslav VÍT. Kontinentní a inkontinentní derivace moči, měchýř šetřící postupy. Urologické listy [online]. Praha: Ambit Media, 2012, 10(3), 34-43 [cit. 2019-03-29]. ISSN 1801-7584. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/urologicke-listy/2012-3/kontinentni-a-inkontinentni-derivace-moci-mechyr-setrici-postupy-39370>

ČESKÉ ILCO, z.s.: *Komunitní a informační portál nejen pro stomiky* [online]. [cit. 2019-03-29]. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/prvni-kroky-se-stomii/charta-prav-stomiku/>

ČESKÉ ILCO, z.s.: *Komunitní a informační portál nejen pro stomiky* [online]. [cit. 2019-03-29]. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/clanky/se-tim-vyrovnat/>

ČIHÁK, Radomír. Anatomie 2. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 470 s. ISBN 80-247-0143-X

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3129-2.

FAST TRACK u pacientů podstupujících plánované operace na dolním GIT. Linkos: Lékař a multidisciplinární tým Lékař a multidisciplinární tým [online]. 2013 [cit. 2019-03-29]. Do-

stupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/celozivotni-vzdelavani/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/fast-track-u-pacientu-podstupujicich-planovane-operace-na-dolnim-git-1/>

GAKIS, G. a A. STENZL. Ileální nevezika a její varianty. Urologické listy [online]. Praha: Ambit Media, 2011, 9(3), 27-33 [cit. 2019-03-29]. ISSN 1801-7584. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/urologicke-listy/2011-3/ilealni-nevezika-a-jeji-varianty-36203>

HANUŠ, Tomáš a Petr MACEK. *Urologie pro mediky*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3008-3.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace ...* Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-5412-3.

HORA, Milan a kol. Urologie pro studenty všeobecného lékařství. Urologie pro studenty všeobecného lékařství [online]. 2013, , 99-103 [cit. 2019-03-29]. ISSN1804-4409. Dostupné z: <http://mefanet.lfp.cuni.cz/clanky.php?aid=269>>

CHANG DT, Lawrentschuk N, Orthotopic neobladder reconstruction, Urol Ann. 2015 Jan-Mar;7(1):1-7. doi: 10.4103/0974-7796.148553.

KAWACIUK, Ivan. Urologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 531 s. ISBN 978-80-7262-626-7.

KVASNIČKA, Tomáš. Prevence a léčba žilní tromboembolické nemoci. Medical Tribune cz: Tribuna lékařů a zdravotníků [online]. Praha: Medical Tribune, 2010 [cit.2019-03-29]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/20032-prevence-a-lecba-zilni-tromboembolicke-nemoci>

MÍKA, David, Ondřej HAVRÁNEK, David NĚMEC, Radek SÝKORA a Jan KRHUT. Metoda akcelerované rehabilitace v perioperační péči u urologických výkonů. Česká urologie [online]. Olomouc: Solen, 2013, 17(4), 221-226 [cit. 2019-03-29]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-urologie/2013-4/metoda-akcelerovane-rehabilitace-v-perioperacni-peci-u-urologickych-vykonu-47068>

OTRADOVCOVÁ, Iva a Lucie KUBÁTOVÁ. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén, c2006. Care. ISBN 8072624326.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1211-3.

SKÁLA, Bohumil, SLÁMA, Jiří VORLÍČEK a Ladislav KABELKA. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2011. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

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

ŠERCLOVÁ, A. Fast track ve střevní chirurgii, aktuální přehled. *Rozhledy v chirurgii* [online]. Praha: Chirurgie Servis, 2009, 88(9), 527-535 [cit. 2019-03-29]. ISSN 1805-4579. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/2009-9/fast-track-ve-strevni-chirurgii-aktualni-prehled-15675>

TĚŠÍNSKÝ, Pavel, Lukáš BITTNER a Robert GRILL. Nutriční a metabolické aspekty perioperační péče u cystektomie [online]. Olomouc: Solen, 2011, 12(2), 114-116 [cit. 2019-03-29]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/02/08.pdf>

VOKURKA, Samuel a Petra TESAŘOVÁ. *Onkologie v kostce*. Praha: Current Media, [2018]. Medicus. ISBN 978-80-88129-37-0. ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 200 s. ISBN 978-80-247-3256-5.

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

ŽIAKOVÁ, Katarína a kolektív. *Ošetrovatel'stvo teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-304-2.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 TNM klasifikace nádorů

Příloha č.2 Protokol SPIKES, Strategie NURSE

Příloha č.3 Klasifikace tíže flebitidy dle Maddona

Příloha č.4 Hodnotící škály bolesti

Příloha č.5 Pomůcky na výměnu stomické pomůcky

Příloha č. 6 Charta práv stomiků

Příloha č. 7 Jednodílný stomický systém

Příloha č. 8 Dvoudílný stomický systém, spojovací kroužek

Příloha č. 9 Konvexní stomické podložky

Příloha č. 10 Systém adhezivní technologie

Příloha č. 11 Barthelův test všedních činností

Příloha č. 12 Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Příloha č. 13 Souhlasné stanovisko s výzkumem

Příloha č. 14 Informovaný souhlas

Příloha č. 15 Urinální kondom, měrka penisu, sběrný sáček

Příloha č. 16 Edukační materiál pro pacienta používající urinální kondom

Příloha č. 17 Edukační materiál pro pacienta používající dvoudílný urinální kondom

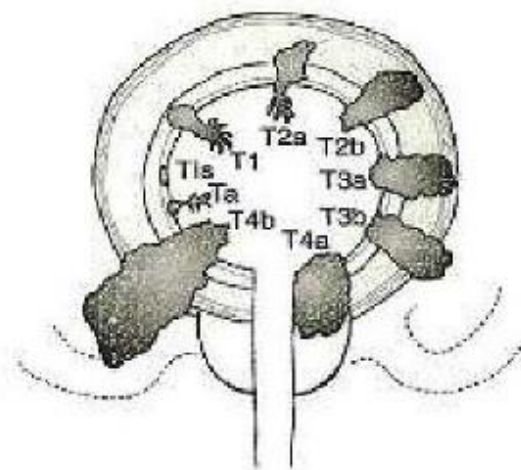
Příloha č. 18 Edukační materiál pro pacienta s ureteroileostomií

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 TNM klasifikace nádorů

T – primární tumor	TX	Nelze hodnotit
	Tis	Karcinom in situ
	T0	Nádor není přítomen
	Ta	Neinvazivní papilární karcinom
	T1	Nádor prorůstá subepiteliální pojivovou tkáň
	T2	Nádor prorůstá svalovinu
	T2a	Nádor prorůstá povrchovou svalovinu
	T2b	Nádor prorůstá hlubokou svalovinu
	T3	Nádor prorůstá perivezikální tkáň
	T3a	Nádor prorůstá perivezikální tkáň – mikroskopicky
	T3b	Nádor prorůstá perivezikální tkáň – makroskopicky
	T4	Nádor prorůstá do okolních orgánů – prostata, děloha, vagína, pánevní nebo břišní stěna
	T4a	Nádor prorůstá do prostaty, dělohy nebo vagíny
	T4b	Nádor prorůstá do pánevní nebo břišní stěny
N – regionální lymfatické uzliny	NX	Nelze hodnotit
	N0	Žádný průkaz metastáz do uzlin
	N1	Metastáza v jedné z lymfatických pánevních uzlin – hypogastrická, obturátorová, zevní iliacká, presakrální
	N2	Metastáza v několika z lymfatických pánevních uzlin – hypogastrická, obturátorová, zevní iliacká, presakrální
	N3	Metastáza ve společné iliacké lymfatické uzlině
M – vzdálené metastázy	MX	Nelze hodnotit
	M0	Žádný průkaz vzdálených metastáz
	M1	Vzdálené metastázy, může být upřesněn i postižený orgán

Zdroj: Babjuk, 2011



Obrázek 1 Prorůstání primárního nádoru močového měchýře

Zdroj: Čapák, 2008

Příloha č. 2 Protokol SPIKES, Strategie NURSE

Protokol SPIKES – soubor pravidel pro sdělování špatné zprávy

S (Setting Up) - představuje výběr vhodného místa pro rozhovor a sdělení informací

P (Perception) - zjistíme, jak pacient vnímá situaci a jak je o ní již informován

I (Invitation) - zjištění, že je pacient připraven na rozhovor

K (Knowledge) - věcně a srozumitelně předáme pacientovi informace o dalším postupu

E (Emotions, Empathic Responde) - projevíme empatii a aktivně nasloucháme, reagujeme na emoce pacienta

S (Strategy and Summary) – shrneme rozhovor a návrh léčby

Strategie NURSE – odpověď na emoce pacienta

N (Naming)- emoce pojmenujeme

U (Understanding)- vyslovíme pochopení

R (Respecting)- vyjádříme pacientovi respekt k jeho prožívání

S (Supporting)- pacienta podpoříme a ujistíme ho, že jsme tady pro něj

E (Exploring)- Emoce zkoumáme do hloubky, vyzveme pacienta, aby nám přiblížil více co cítí

Zdroj: Vokurka,2018, s.81

Příloha č. 3 Klasifikace tíže flebitidy dle Maddona

Stupeň	Reakce
0	Není bolest ani reakce v okolí
I.	Pouze bolest, není reakce v okolí
II.	Bolest a zarudnutí
III.	Bolest, zarudnutí, otok nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
IV.	Bolest, hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

Tabulka 1 Klasifikace tíže flebitidy dle Maddona

Zdroj: Slezáková, 2010, s.37

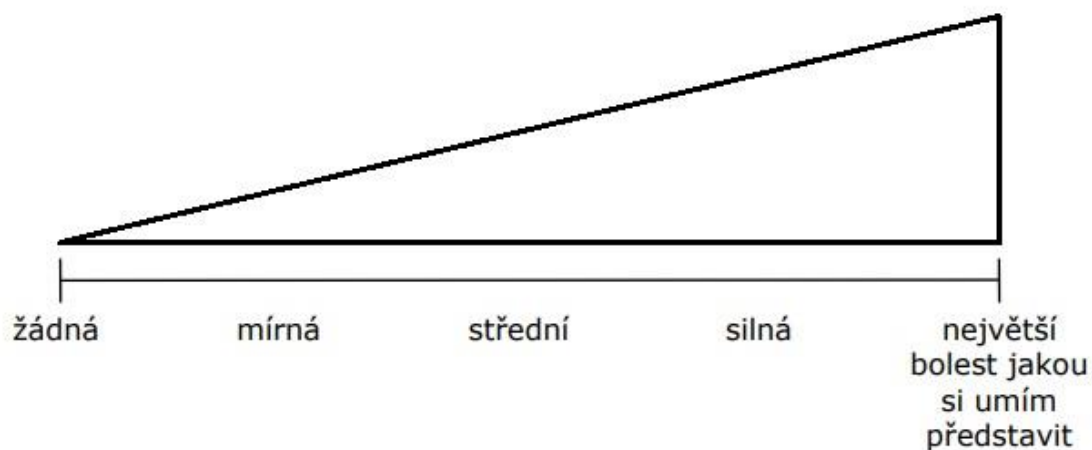
Příloha č.4 Hodnotící škály bolesti

Melzackova hodnotící škála bolesti



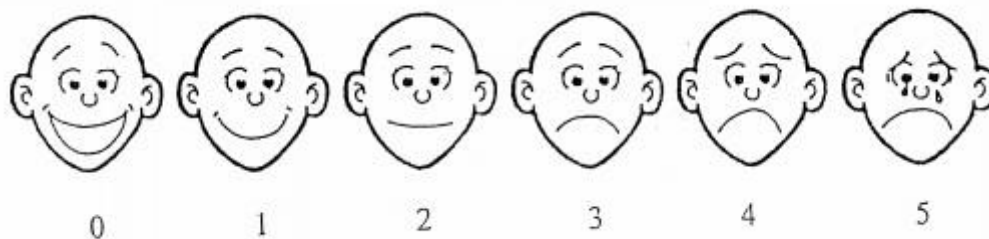
Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5832.pdf>

Vizuální analogová škála bolesti



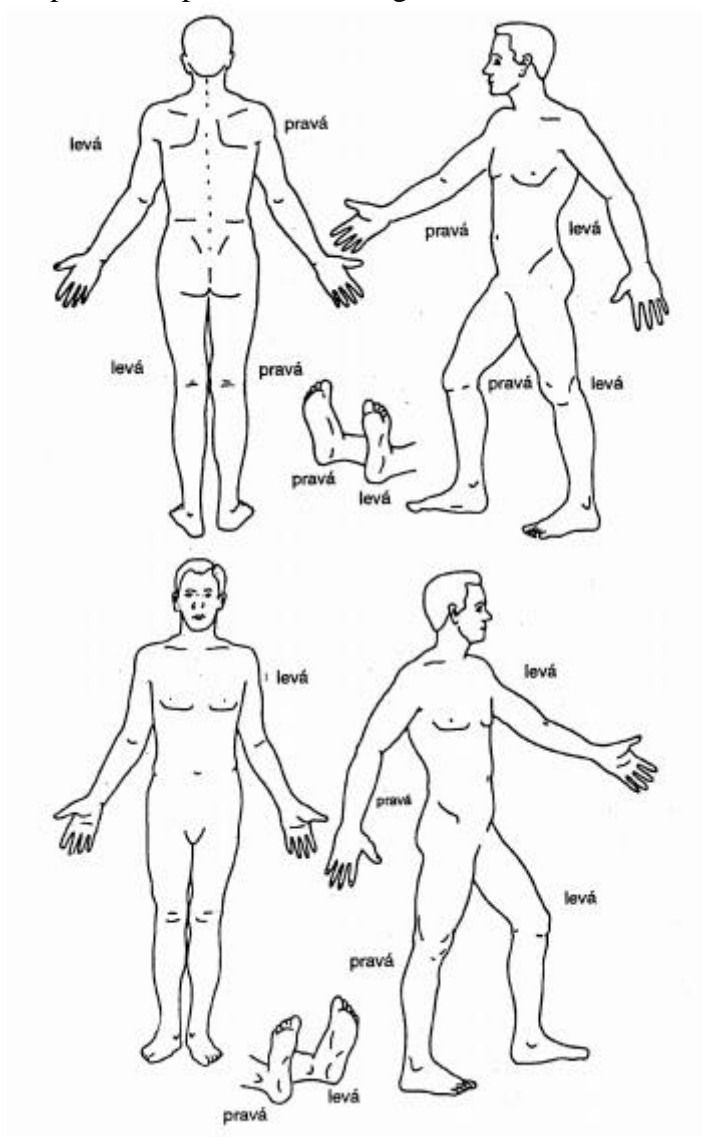
Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5835.pdf>

Škála výrazů obličeje pro měření bolesti (Anon., nedatováno)



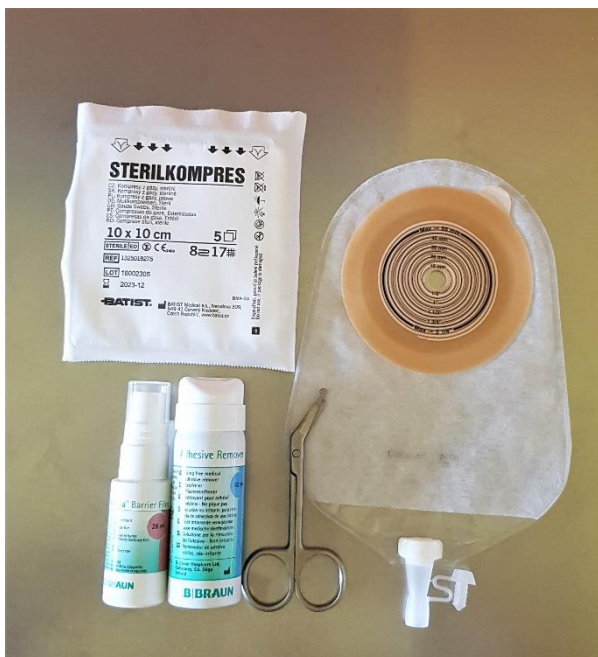
Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5837.pdf>

Mapa bolesti podle M. S. Margolese



Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5831.pdf>

Příloha č. 5 Pomůcky na výměnu stomické pomůcky



Zdroj: Vlastní

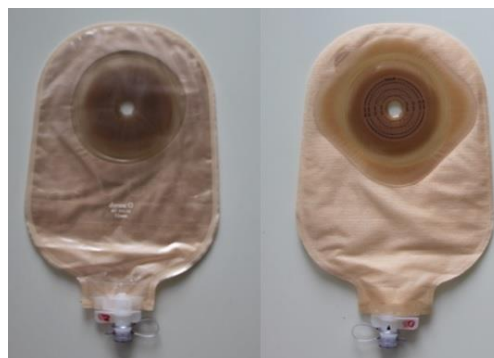
Příloha č. 6 Charta práv stomiků

Stomik má právo na:

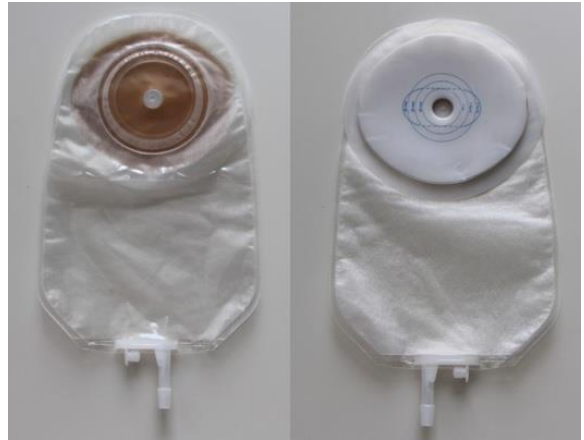
- předoperační poradenství v takové šíři, aby plně chápal význam operace a znal základní fakta o životě se stomií
- dobře provedenou a vhodně umístěnou stomii s ohledem na potřeby pacienta
- kvalitní a profesionální lékařskou a ošetrovatelskou péči, psychosociální podporu v předoperačním i pooperačním období, v nemocnici i své komunitě
- podporu a informovanost rodiny, známých a přátel, aby lépe chápali podmínky a změny nutné k dosažení uspokojivé úrovně života se stomií
- úplné a objektivní informace o vhodných pomůckách a výrobcích, které jsou v jeho zemi k dispozici
- možnost neomezeného výběru dostupných stomických pomůcek
- informace o organizacích stomiků v jeho vlasti a službách a podpoře, které poskytují
- ochranu proti jakékoliv formě diskriminace
- na jistotu, že osobní informace týkající se jeho operace vedoucí k vytvoření stomie zůstanou důvěrné a utajené, aby bylo zachováno jeho soukromí, a že nikdo, kdo tyto informace zná, je bez výslovného svolení stomika nesdělí žádnému subjektu, který je angažován ve výrobě, prodeji nebo distribuci stomických pomůcek, ani žádné osobě, která by z nich mohla profitovat přímo nebo nepřímo, díky svému vztahu ke komerčnímu trhu se stomickými pomůckami

Zdroj: ČESKÉ ILCO

Příloha č. 7 Jednodílný stomický systém



Zdroj: Vlastní



Zdroj: Vlastní

Příloha č. 8 Dvoudílný stomický systém, spojovací kroužek

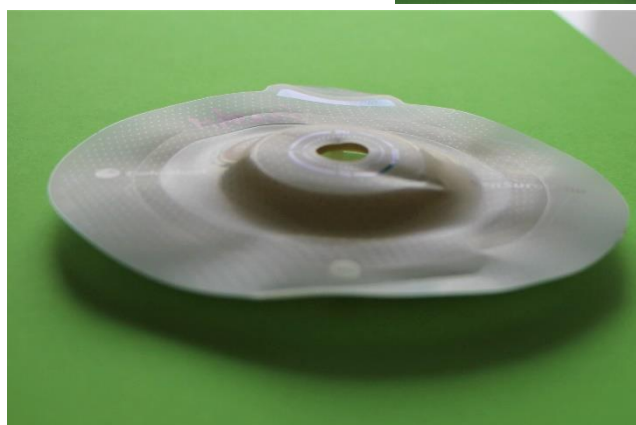
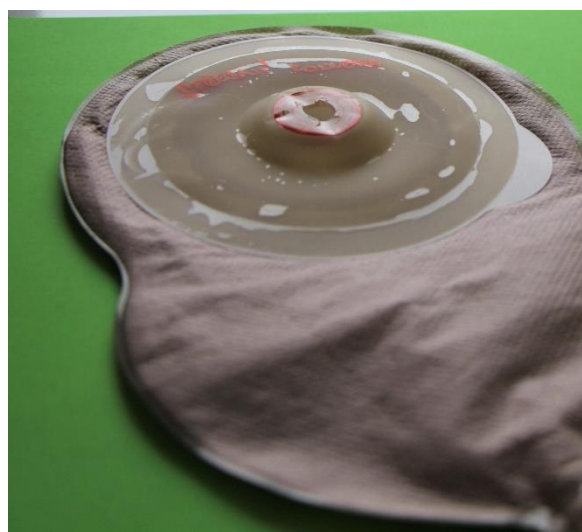
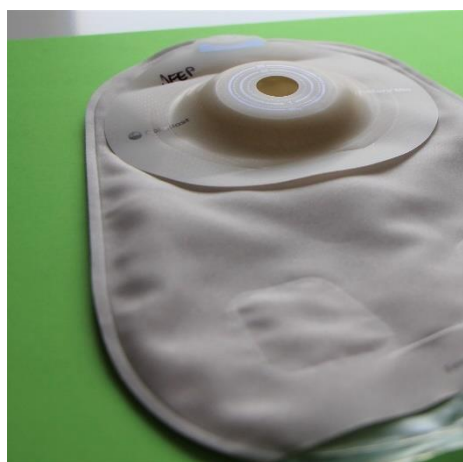
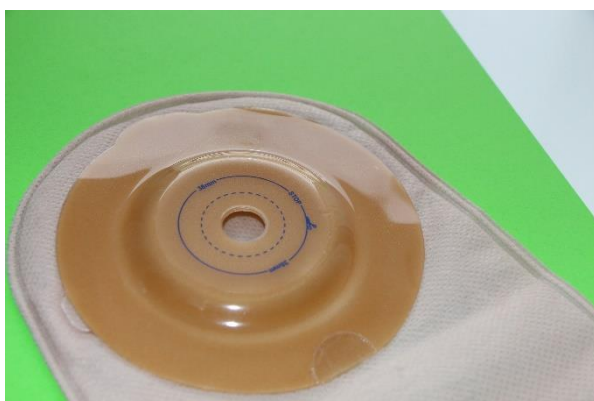
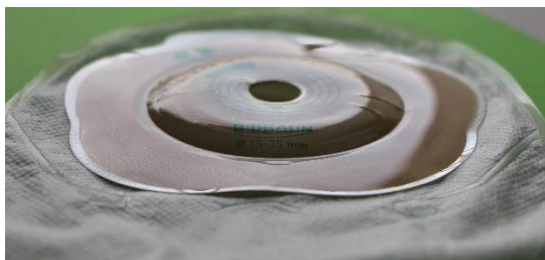


Zdroj: Vlastní



Zdroj: Vlastní

Příloha č. 9 Konvexní podložky



Zdroj: Vlastní

Příloha č.10 Stomický systém adhezivní technologie



Zdroj: Vlastní

Příloha č. 11 Barthelův test všedních činností

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

Příloha č. 12 Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky		Každé další onemocnění		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence		
úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4	není	4
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedáčka	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč + stolice	1

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf>

Příloha č. 13 Souhlasné stanovisko s provedením výzkumu



Vážená paní
Věra Procházková, DiS.
Studentka oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací o léčebných metodách / ošetrovatelských postupech a realizaci rozhovorů s pacienty Urologické kliniky (UROL) FN Plzeň. Tento souhlas je vydáván v souvislosti se sběrem podkladů pro vypracování Vaší bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelská péče o pacienty s náhradní derivací moče po radikální cystektomii“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra UROL souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- **Sběr informací budete provádět v době vaší, školou schválené, odborné praxe a pod přímým vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní Zlata Kožíšková, Mgr. et Mgr., vrchní sestra UROL FN Plzeň.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů či rozhovorů s nimi, které budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů či zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti pocítovali jako újmu či s dotazováním nevyslovili souhlas nebo pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců. Účast respondentů či zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel. 377 103 204, 377 403 207
e-mail: chabrovass@fnplzeň.cz

Zdroj: Osobní emailová schránka

Příloha č. 14 Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Ošetrovatelská péče o pacienty s náhradní derivací moče po radikální cystektomii

STUDENT

Jméno Věra Procházková, DiS.
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail prochver8@gmail.com

VEDOUcí BP:

Jméno Mgr. Zlata Kožíšková
Fakultní nemocnice Plzeň
Urologická klinika
e-mail zlata.koziskova@seznam.cz

CÍL PRÁCE

Cílem bakalářské práce je zmapovat a určit zásadní oblasti v péči o pacienta s náhradní derivací moče po radikální cystektomii a následně vytvořit edukační materiál pro pacienta.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci práce, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo práce.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

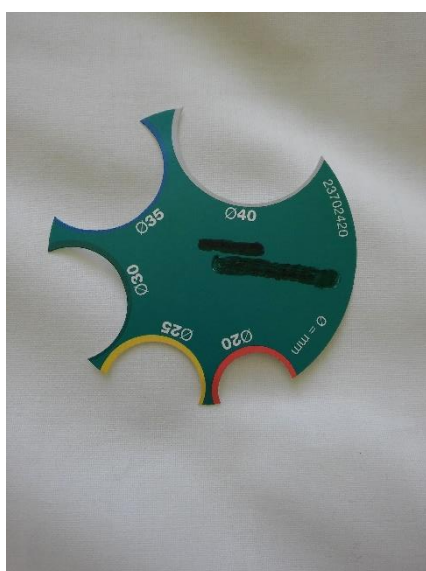
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo práce odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudou v práci identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Zdroj: Osobní emailová scjránka

Příloha č.15 Urinální kondom, měrka penisu, sběrný močový sáček



Zdroj: Vlastní

Příloha č. 16 Edukační materiál pro pacienta používající jednodílný urinální kondom

Před nasazením urinálního kondomu je vhodné provést hygienu genitálu a dle potřeby provést úpravu ochlupení, aby nedošlo k jeho přilepení na kondom. Pro správnou přilnavost urinálního kondomu je důležité, aby penis byl čistý a suchý. Pro bezpečné přilnutí nepoužívejte krém nebo zásyp, aby nebylo negativně ovlivněno přilepení kondomu k penisu. Před nasazením kondomu se přesvědčte, že předkožka překrývá žalud.

Výměnu je nutné provádět každých 24 hodin z důvodu hygieny, nejlépe ráno, kdy je riziko nečekaného úniku moče minimální.

Nasazení kondomu provádějte vleže nebo vestoje, nedojde tak ke zkrácení délky penisu.

Postup při nasazení urinálního kondomu

Kondom jednodílný (samolepící)

- Pomocí měřky penisu, kterou umístíte doprostřed penisu určete správnou velikost kondomu. Penis musí do měřky přesně padnout.
- Aplikátor přiložte na konec penisu.
- Jednou rukou přidržte na konci penisu aplikátor a druhou rukou pomocí odrolovacího pásku rozviňte kondom po celé délce penisu.
- Zkontrolujte, že se obě strany rozvinuly současně a rovnoměrně. Poté je možné aplikátor a odrolovací pásek vyhodit.
- Při úplném navinutí kondomu jemně zatlačte na nejprůsvitnější část kondomu po celém obvodu penisu (lepící pásek).
- Na výpust urinálního kondomu připojte sběrný močový sáček.

Při odstraňování odpojte sběrný močový sáček a kondom jemně srolujte. Odstraňování může usnadnit použití pár kapek šamponu s kondicionérem nakapaných na špičku urinálního kondomu během sprchování.

Zdroj: Vlastní

Příloha č. 17 Edukační materiál pro pacienta používající dvoudílný urinální kondom

Před nasazením urinálního kondomu je vhodné provést hygienu genitálu a dle potřeby provést úpravu ochlupení, aby nedošlo k jeho přilepení na kondom. Pro správnou přilnavost urinálního kondomu je důležité, aby penis byl čistý a suchý. Pro bezpečné přilnutí nepoužívejte krém nebo zásyp, aby nebylo negativně ovlivněno přilepení kondomu k penisu. Před nasazením kondomu se přesvědčte, že předkožka překrývá žalud.

Výměnu je nutné provádět každých 24 hodin z důvodu hygieny, nejlépe ráno, kdy je riziko nečekaného úniku moče minimální.

Nasazení kondomu provádějte vleže nebo vestoje, nedojde tak ke zkrácení délky penisu.

Postup při nasazení urinálního kondomu

Kondom dvoudílný (s lepícím proužkem)

- Z přiloženého proužku sejměte ochranou pásku z obou stran a opatrně ho natáhněte (aktivuje se pružnost proužku).
- Jeden konec proužku přiložte na kořen penisu a obtočte kolem penisu s jemným natažením.
- Na špičku penisu umístěte kondom tak, aby mezi špičkou penisu a kondomem byl 2 cm prostor.
- Jednou rukou kondom přidržte u špičky penisu a druhou rukou kondom srolujte směrem ke kořeni penisu.
- Kolem obvodu u kořene penisu jemně kondom stiskněte, abyste zajistili přilnutí k proužku.
- Připojte sběrný močový sáček.

Při odstraňování kondomu je nutné sundat i lepící proužek. Výměnu provádíme každých 24 hodin z důvodu hygieny.

Zdroj: Vlastní

Postup při výměně stomického sáčku

- Připravte si potřebné pomůcky pro výměnu – nový sáček, tupo-tupé nůžky, přípravek na odstranění lepidla po starém sáčku, přípravek na ochranu kůže, čtverce z netkané textilie.
- Nový sáček zavřete, vystříhnete si na podložce nového sáčku přibližný průměr a tvar otvoru pro stomii (lepší menší než větší, dá se lépe upravit).
- Pomocí přípravku na odstranění lepidla sundejte starý sáček, který před výměnou vyprázdníte (usnadní to výměnu) – přípravek nastříkejte na okraj podložky sáčku, opatrně sundejte tahem směrem shora dolů.
- Odstraňte ze stomie hlen, který se vytvořil. Odstraňte lepidlo po starém sáčku. V případě nutnosti oholte okolí stomie, aby nový sáček lépe držel.
- Použijte přípravek na ochranu kůže.
- Přiložte připravený sáček ke stomii a popřípadě tvar otvoru ještě upravte. Okraj otvoru prstem uhladíte tak, aby byly okraje rovné a nebyla drážděna stomie.
- Sundejte ze zadní strany sáčku ochrannou folii (ta s čísly), zkontrolujte, zda je kůže v okolí stomie suchá a pod úhlem přibližně 45° nalepte nový sáček.
- Sáček přitiskněte chvíli celou dlaní a poté uhladíte podložku po celé ploše. Vždy začínejte od okraje stomie směrem ven. Pro kontrolu ještě prstem uhladíte okraje podložky.

Při výměně stomického sáčku lze použít hygienický tampon nejmenší velikosti, který opatrně zasuneme do stomie. Tento krok nám usnadní ošetření stomie a zabrání vytékání moče. Před nalepením nového sáčku je nutné ho odstranit. Pro přichycení oděvu lze použít kolíček na prádlo.

Zdroj: Vlastní