

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Miroslav Berka

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Miroslav Berka

**OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA PO RADIKÁLNÍ
NEFREKTOMII PRO KARCINOM LEDVINY**

Bakalářská práce

VEDOUCÍ PRÁCE: PhDr. Mgr. Jitka Krocová, Ph.D.

PLZEŇ 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2023

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Berka Miroslav

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelské péče o pacienta po radikální nefrektomii pro karcinom ledviny

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová, Ph.D.

Počet stran – číslované: 46

Počet stran – nečíslované: 15

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 42

Klíčová slova: karcinom ledviny, radikální nefrektomie, zkušenosti pacientů

Souhrn:

Předkládaná bakalářská práce se zaměřuje na popis zkušeností pacientů s hospitalizací, kterou absolvovali v rámci chirurgického výkonu radikální nefrektomie pro karcinom ledviny. První část práce se věnuje teoretickým východiskům problematiky a v jejich návaznosti popisuje faktory ovlivňující zkušenost pacienta s operačním výkonem a dále v širším kontextu popisuje ošetrovatelskou péči o pacienta s karcinomem ledviny v případě chirurgické léčby. Praktická část zjišťuje a popisuje prožívání a zkušenosti pacientů podstupujících radikální nefrektomii. Subjektivní zkušenosti pacientů byly zjišťovány pomocí rozhovorů. Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce ovlivňuje pacientovo prožívání hospitalizace předchozí zkušenost, edukace všeobecnou sestrou a podpora rodiny a zdravotníků.

Abstract

Surname and name: Berka Miroslav

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Nursing care of patient after radical nephrectomy for kidney cancer

Consultant: PhDr. Mgr. Jitka Krocová, Ph.D.

Number of pages – numbered: 46

Number of pages – unnumbered: 15

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 42

Keywords: kidney cancer, radical nephrectomy, patients experience

Summary:

The present bachelor thesis focuses on the description of patient's experiences with hospitalization they underwent in the framework of radical nephrectomy surgery for renal cancer. The first part of the thesis is devoted to the theoretical background of the issue and in its continuity describes the factors influencing the patient's experience with the surgical procedure, as well as in a broader context the nursing care of patients with renal cancer in case of surgical treatment. The practical part identifies and describes the experiences of patients undergoing radical nephrectomy. Patient's subjective experiences were collected through interviews. Research has shown that previous experience, education by a general nurse and support from family and medical professionals have the greatest impact on a patient's experience of hospitalisation.

Poděkování

Děkuji PhDr. Mgr. Jitce Krocové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a podkladů, které mně doporučila. Také jí děkuji za to, že mně vždy odborně a kvalitně zkontrolovala chyby a měla se mnou pevné nervy po celou dobu psaní práce. Mnohokrát bych chtěl poděkovat i participantům, kteří se zúčastnili mého výzkumu.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	14
2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZKUŠENOST PACIENTA	16
2.1 Hospitalizace.....	16
2.2 Role sestry.....	16
2.3 Vztah sestra – pacient	17
2.4 Komunikace sestra – pacient	17
3 OŠETŘOVATELSTVÍ.....	19
3.1 Cíle ošetřovatelství	19
3.2 Principy ošetřovatelství.....	19
3.3 Ošetřovatelská péče	20
4 KARCINOM LEDVINY	21
4.1 Etiologie karcinomu ledvin.....	21
4.2 Symptomatologie karcinomu ledvin.....	21
4.3 Prognóza karcinomu ledvin	22
4.4 Screening karcinomu ledvin	22
4.5 Diagnostika karcinomu ledvin	22
4.5.1 Klasifikace karcinomu ledvin.....	24
5 LÉČBA KARCINOMU LEDVIN.....	25
5.1 Konzervativní léčba karcinomu ledvin.....	25
5.1.1 Chemoterapie.....	25
5.1.2 Radioterapie.....	25

5.1.3	Biologická systémová léčba	26
5.2	Chirurgická léčba karcinomu ledvin	26
5.2.1	Radikální nefrektomie	26
5.2.2	Laparoskopická nefrektomie	27
5.2.3	Resekce ledviny	27
5.3	Komplikace a rizika chirurgické léčby karcinomu ledvin	27
6	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S KARCINOMEM LEDVINY V PŘÍPADĚ CHIRURGICKÉ LÉČBY	29
6.1	Předoperační péče o pacienta s karcinodem ledviny	29
6.1.1	Dlouhodobá předoperační příprava	29
6.1.2	Krátkodobá příprava na operaci	30
6.1.3	Bezprostřední příprava na operaci	30
6.2	Perioperační péče o pacienta s karcinodem ledviny	31
6.3	Pooperační péče o pacienta s karcinodem ledviny	31
6.4	Edukace pacienta podstupujícího chirurgickou léčbu karcinomu ledviny	33
	PRAKTICKÁ ČÁST	35
7	FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	35
8	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY	36
8.1	Hlavní cíl	36
8.2	Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy	36
8.3	Hlavní výzkumná otázka	36
8.4	Dílčí výzkumné otázky	36
8.5	Operacionalizace pojmů	36
9	METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE	38
9.1	Metodologie výzkumu	38
9.2	Charakteristika sledovaného souboru	38
9.3	Organizace výzkumu	38

9.4	Zpracování dat	39
10	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	40
10.1	Kategorie: předoperační průběh.....	40
10.2	Kategorie: pooperační období.....	43
10.3	Kategorie: edukace a dimise	46
	DISKUZE	49
10.4	Vyhodnocení výzkumných otázek.....	49
10.5	Limity výzkumu.....	52
10.6	Doporučení pro ošetrovatelskou praxi	52
	ZÁVĚR.....	53
	BIBLIOGRAFIE	54
	SEZNAM PŘÍLOH	58
	PŘÍLOHY	59

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: TNM Klasifikace karcinomu ledvin.....	24
--	----

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Schéma kódů, kategorie: předoperační průběh.....	42
Obrázek 2: Schéma kódů, kategorie: pooperační období.....	45
Obrázek 3: Schéma kódů, kategorie: edukace a dimise	48

SEZNAM ZKRATEK

WHO..... Světová zdravotnická organizace

VHL syndrom..... Von Hippel-Lindau syndrom

CT..... počítačová tomografie

RTG rentgen

LDH..... laktátdehydrogenáza

LPS NE..... laparoskopická nefrektomie

NE..... nefrektomie

EKG..... elektrokardiograf

TEN tromboembolická nemoc

NGS nasogastrická sonda

PMK permanentní močový katétr

DM..... diabetes mellitus (cukrovka)

CŽK centrální žilní katétr

TK..... tlak

P puls

D dech

TT tělesná teplota

SpO2..... saturace krve kyslíkem

JIP..... jednotka intenzivní péče

VAS vizuální analogová škála

PŽK..... periferní žilní katétr

ÚVOD

Cílem této bakalářské práce bylo popsat zkušenosti pacientů podstupujících chirurgickou léčbu karcinomu ledvin radikální metodou.

V momentě, kdy se z člověka stane pacient a je mu sdělena onkologická diagnóza, začíná přehodnocovat svoje priority a také to ve značné míře ovlivňuje jeho psychiku. Přichází změna prostředí, sociálních rolí a pacient v nemocničním prostředí opouští svou komfortní zónu. Přízpůsobení se nově vzniklým podmínkám není jednoduché po fyzické a hlavně psychické stránce. Pacientovu zkušenost může ve značné míře ovlivnit také proces předoperační přípravy, nedostatečná informovanost, předešlé zkušenosti a hlavně chování a vystupování zdravotnického personálu.

Jako zásadní faktory, které ovlivňují vnímání a zkušenost s hospitalizací, jsou zkušenosti s předešlých hospitalizací, které mohou ovlivňovat buď negativně, nebo pozitivně. Dále svou roli sehrává edukace, je uváděno, že čím více je pacient informovaný a připravený, tím menší psychické vypětí cítí. V neposlední řadě velkou roli sehrává rodina, která je pro pacienta oporou v těžkých časech a zdravotnický personál, zejména pak sestra, která přebírá několik základních rolí v péči o nemocného (Morongová, 2015, s. 87).

Hospitalizovaní pacienti potřebují v okamžiku sdělení onkologické diagnózy, přípravy na operační výkon a v pooperačním období pocit jistoty a zdravotnický personál je složen z profesionálů, kteří pacienta podpoří, vyslechnou ho a jsou mu oporou. Cílem předkládané bakalářské práce je popsat zkušenosti samotných pacientů. Souhrn zjištěného může být předán zdravotníkům, kteří budou mít informace o tom, jak pacienti subjektivně vnímají průběh celé hospitalizace a jaké jsou jejich zkušenosti. Z uvedeného pak mohou zejména všeobecné sestry vnímat důležitost aktivního, individuálního a komplexního přístupu k pacientovi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

V závislosti na cíli práce je v rámci teoretické části potřeba vysvětlit základní pojmy a objasnit teoretická východiska podstatná pro předkládanou kvalifikační práci. Teoretická východiska předkládané práce vycházejí z pojmů: pacient, subjektivní vnímání, zkušenosti pacientů podstupujících radikální nefrektomii a péče o pacienta po radikální nefrektomii.

Joyce E. Travelbee (in: Stasková et al., 2019) označila pojem pacient za nálepku, kategorii či stereotyp a zdůraznila, že nejsou žádní pacienti, ale pouze jedinečné lidské bytosti vyžadující péči nebo asistenci jiných lidských bytostí, které jim mohou tuto asistenci poskytnout. Chtěla poukázat na to, že v ošetrovatelské praxi sestry pojmají lidské bytosti jako představitele stereotypu a diagnóz. Poukázala také na to, že pojem pacient je ukazatelem kvalitně poskytované ošetrovatelské péče. Za hlavní faktor určení kvality ošetrovatelské péče považovala to, jak zdravotničtí pracovníci vnímají pacienta. Pokud neberou nemocného jako lidskou bytost, neposkytují ani kvalitní péči. Za ukazatele kvalitně poskytované péče lze tedy považovat to, jak zdravotnický personál ovlivňuje zkušenost a spokojenost pacienta, zejména časem věnovaným pacientovi, celkovým vystupováním, zkušenostmi lékařů, trpělivostí, empatií, efektivní komunikací, edukací a respektováním práv pacienta. V případě, že zdravotnický pracovník jedná nebo se chová neosobně nebo povýšeně, pacientova spokojenost je ovlivněna negativně. Na spokojenosti poskytované péče se podílí také čistota a celkové vybavení zdravotnického zařízení (Zacharová, 2017, s. 22–39; Stasková et al., 2019, s. 58–60).

Psychologie vnímání poukázala na to, že ne vždy jsou jednoduché vjemy přesným obrazem skutečnosti. Teorie poukazují na to, že vnímání je výrazně ovlivněno předchozími zkušenostmi a dalšími kognitivními zkušenostmi. Irvin Rock ve své teorii konstruktivní percepce poukazuje na to, že na tvorbě vjemu se podílí také inteligence, myšlení i učení jedince, proto může stejnou skutečnost každý jedinec vnímat úplně odlišně (Výrost et al., 2019, s. 141–144).

Vzhledem k faktu, že každá jedinečná bytost vnímá skutečnost rozličně od ostatních, je samozřejmostí, že i zkušenost bude rozličná. O to víc tomu přispívá to, že operační výkon radikální nefrektomie se vyznačuje specifickou péčí. Ošetrovatelská péče o pacienta

s karcinomem ledvin si vyžaduje odbornost a poskytování péče založené na zkušenostech a odborných znalostech sestry. Péče o pacienta po radikální nefrektomii je také důležitá po psychické stránce, protože je vzhledem k onkologickému onemocnění ovlivněna i psychika pacienta. Základem je vytvořit individuální plán ošetrovatelské péče, kdy na základě zhodnocení stavu pacienta jsou určeny ošetrovatelské diagnózy a priority péče. I když je v současnosti mnoho výzkumů na téma zkušenosti pacientů a ošetrovatelská péče o pacienta po radikální nefrektomii, není mnoho studií, které by se přímo zaměřovaly na zkušenosti pacientů podstupujících chirurgickou léčbu karcinomu ledvin. Uvedené bylo důvodem volby tématu kvalifikační práce a realizace předkládaného výzkumu.

Pro koncepci teoretických východisek byly využité zdroje, které byly vyhledávány za pomoci vymezení klíčových slov (karcinom ledviny, radikální nefrektomie, zkušenosti pacientů). Ty byly následně použité na vyhledávání v databázích Medvik a EBSCO. Jednalo se o zdroje od roku 2012 až po rok 2022. Nalezené zdroje byly filtrovány dle vyřazujících kritérií (duplicitní články, kvalifikační práce, neoborné články a články) a zařazujících kritérií (články a knihy v anglickém, českém a slovenském jazyce, vědecky podložené články). Výsledné zredukované zdroje byly použité při tvorbě teoretické části této bakalářské práce. Čerpáno bylo ze 42 knih v českém jazyce, 2 knih v anglickém jazyce, jednoho odborného článku, věstníku MZ ČR a zákona.

2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZKUŠENOST PACIENTA

2.1 Hospitalizace

Pojem hospitalizace je označením pro léčbu pacienta v lůžkovém zdravotnickém zařízení v případě, že jeho onemocnění není možné léčit ambulantně. Pacient může být přijat do lůžkové péče z důvodu léčebného, diagnostického, ochranného a sociálního. O příjmu pacienta do nemocnice rozhoduje lékař, a to buď na žádost jiného ošetřujícího lékaře, specialisty, nebo v akutních případech přijímá pacienty přímo příchozí bez doporučení.

Během hospitalizace se z důvodu nemoci mění pacientova životní situace a jeho role. Stává se závislým na zdravotnickém personálu. S příchodem nemoci se objevují i určité změny, jako jsou změny sociální, tím, že pacient přijímá novou roli, změny tělesné, na které navazují změny psychické. Dochází u pacienta k narušení soukromí a intimity, denního režimu, pohodlí a zvyklostí, omezení kontaktu s rodinou a blízkými (Zacharová, 2017, s. 30–33).

2.2 Role sestry

Všeobecná sestra má v poskytování zdravotní péče nezastupitelné místo. Ve zdravotnickém týmu se podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči. Mezi její úkoly patří samostatné plánování a realizace ošetrovatelské péče, koordinace léčebného procesu, spolupráce s ostatními zdravotnickými pracovníky, kontakt s rodinou pacienta a rehabilitace a resocializace pacienta (Gurková et al., 2017, s. 70–71).

Podle Staňkové plní sestra 5 základních rolí. První role je „pečovatel“ – sestra poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči pacientům či klientům, ale i zdravým jedincům. Druhou rolí je sestra jako edukátor nemocného a rodiny – za pomoci edukace se sestra podílí na prevenci, upevňování zdraví jednotlivce, rodiny i komunit, podporuje soběstačnost. Další role sestry je koordinace péče – sestra plánuje, realizuje a řídí komplexní individualizovanou péči o nemocného. Sestra při plnění svých rolí vystupuje i jako advokát nemocného – kdy se s pacientem sbližuje a v případě, kdy mu stav nedovoluje se vyjádřit či není schopen se projevit, přijímá roli mluvčího. Role asistenta je další rolí, kdy sestra pracuje ve spolupráci s lékařem a jinými zdravotnickými pracovníky.

Aby sestra mohla tyhle role plnit úspěšně, je potřebné, aby akceptovala 3 důležité principy. Jedním z nich je sociocentrismus. Jedná se o orientaci na druhého člověka, což znamená, že sestra upřednostňuje potřeby nemocných před svými potřebami. Dalším je univerzalismus. Sestra by měla zaujímat svoji roli vůči všem klientům stejně, aniž by někoho upřednostňovala. Posledním principem je emocionální neutralita. Emocionální neutralita značí to, že sestra je schopna svoje emoce pořídit rozumu (Zacharová, 2016, s. 81–83; Plevová et al., 2018, s. 82–85).

2.3 Vztah sestra – pacient

Vzájemná interakce mezi sestrou a pacientem požaduje od sestry zejména psychologické vědomosti, ale také schopnost empatie, postřeh, pohotovost a osobní angažovanost. Ze zdravotnického personálu je to právě sestra, která má k pacientovi nejbližší. Kontakt je užší a častější než s lékařem. Tento fakt se odvíjí od základní funkce sestry – poskytuje pacientovi komplexní ošetrovatelskou péči, pomáhá mu s výkonem samoobslužných činností a podporuje pacienta k sebedpěči.

Pacient vnímá sestru jako člověka poskytujícího oporu a porozumění v jeho těžkých časech, sprostředkovatele mezi lékařem a ním samotným a také jako objekt, který snižuje napětí mezi lékařem a nemocným. Sestra je vnímána také jako člen zdravotnického týmu, který zvyšuje a upevňuje důvěru pacienta v léčebném procesu a uklidňuje emocionální stav nemocného.

Hlavním problémem, který může ovlivnit zkušenost pacientů ve vztahu se sestrou, je komunikace ze strany sestry (Mellanová, 2017, s. 55–59; Zacharová, 2017, s. 86–87).

2.4 Komunikace sestra – pacient

Komunikace je ve zdravotnictví chápána jako oboustranný proces, během kterého sestra přijímá a předává informace. Komunikace mezi sestrou a pacientem představuje motivaci a zároveň ovlivňování nemocného a také vyjadřuje to, jak se sestra zajímá o nemocné. Podstatné pro to, aby sestra získala od nemocného co nejvíce informací, je získání jeho důvěry. Komunikační dovednosti sester by měly být na vysoké úrovni, protože tak, jak dokáže pozitivně ovlivnit pacienta, může jeho důvěru ovlivnit i negativně.

V některých případech se může jednat dokonce i o psychické poškození pacienta sestrou – takzvanou sorrorigenii (Zacharová, 2016, s. 97–101).

3 OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetřovatelství je samostatná vědní disciplína pohlížející na člověka holisticky. Jako multidisciplinární obor vychází z poznatků ostatních oborů a jako obor interdisciplinární využívá vazby mezi obory. Zakládá se nejen na samostatnosti sestry, ale i na týmové spolupráci mezi všemi zdravotnickými pracovníky. Současný stav ošetřovatelství, jeho cíle a principy jsou popsány *Koncepcí ošetřovatelství ČR*, která je publikována ve *Věstníku ministerstva zdravotnictví č. 6/2021* (Sochorová, Vidlář, 2016, s. 97–105; *Koncepce ošetřovatelství 2021*, s. 9–10).

3.1 Cíle ošetřovatelství

Systematické a všestranné uspokojování potřeb člověka za pomoci vhodných metod je základním cílem ošetřovatelství. Podpora a upevňování zdraví, podílení se na navrácení zdraví, zmírňování utrpení nemocného člověka, zajištění klidného umírání a důstojné smrti, poskytování profesionální ošetřovatelské péče pacientům, kteří nemohou o sebe pečovat, vedení pacientů k sebeděči, kvalitní edukace a poskytování týmové, aktivní, bezpečné ošetřovatelské péče tvoří základ pro splňování hlavního cíle ošetřovatelství (*Koncepce ošetřovatelství*, 2021, s. 9–10; Plevová et al., 2018, s. 30–35).

3.2 Principy ošetřovatelství

Ošetřovatelství je založeno na několika principech, které byly popsány už před více jak dvaceti lety PhDr. Martou Staňkovou, CSc. Jejich charakteristika je aktuální dodnes (*Koncepce ošetřovatelství*, 2021, s. 9–10; Plevová et al., 2018, s. 30–35).

Filozofie humanismu je základem oboru ošetřovatelství. Principem je kladení člověka na první místo a zdůrazňování jeho potřeb a zájmů k celkovému blahu. Naplňování principů humanismu je empatický přístup, úcta, soucit a respektování lidských práv a práv pacientů. Holismus je dalším filozofickým směrem současného ošetřovatelství, přistupuje k jedinci jako k celistvé bytosti. Z hlediska ošetřovatelství je holistická péče péčí o člověka jako celek, tedy starost o bio-psycho-sociální a duchovní stránky jedince.

Principem současného ošetřovatelství je podpora prevence zdraví a kvality života, prevence nemoci a zranění, péče o člověka z bio-psycho-sociální a duchovní stránky. Mezi principy současného ošetřovatelství patří individualizovaná péče, která se poskytuje

s přihlédnutím na hodnoty, kulturní zázemí a přesvědčení pacienta. Pacientovi jsou poskytovány odpovídající informace pro jejich svobodné rozhodování. Předpokladem pro poskytování komplexní péče je týmová práce založená na úzké spolupráci s ostatními odborníky.

Aktivní péče vnímá pacienty jako aktivní účastníky interakcí se zdravotnickými pracovníky. Pro aktivní přístup pacientů je potřeba jejich dostatečná informovanost (Koncepce ošetřovatelství, 2021, s. 15–18).

3.3 Ošetřovatelská péče

Komplexní ošetřovatelská péče je poskytována metodou ošetřovatelského procesu. Veškeré informace o zdravotním stavu pacienta a poskytované péči jsou zaznamenávány do zdravotnické dokumentace. Vedení zdravotnické dokumentace je součástí aktivit vedoucích k poskytování kvalitní a bezpečné péče.

Ošetřovatelský proces je rozdělen do pěti fází, které představují sérii na sebe bezprostředně navazujících činností. Výsledkem je dynamický celek, ve kterém má každá fáze nezastupitelné místo a dohromady vedou k uspokojení potřeb nemocného.

V první fázi probíhá posouzení stavu nemocného. Sestra odebírá ošetřovatelskou anamnézu a shromažďuje informace potřebné pro individuální ošetřovatelskou péči. Na základě odebraných informací stanoví ošetřovatelské problémy a určí jejich prioritu. Následně vytvoří plán, který stanoví intervence a cíle, kterých chce dosáhnout. Naplánované intervence sestra realizuje v praxi, vyhodnocuje je průběžně nebo v závěru hospitalizace či péče o klienta v komunitní péči (Koncepce ošetřovatelství, 2021, s. 14–16; Plevová et al., 2018, s. 30–35).

4 KARCINOM LEDVINY

Nádory ledvin patofyziologicky vycházejí z různých částí ledviny, je to nesourodá skupina onemocnění s různým biologickým potenciálem i chováním. Nádory ledvin dělíme na dvě zcela odlišné skupiny. První skupina vychází z urotelu vystylajícího kalichy a pánvičku ledviny, především se jedná o uroteliální karcinom horních cest močových. Druhou velkou skupinou nádorů jsou nádory epitelové, vycházejí z tubulů nefronu. Dle klasifikace WHO dělíme nádory na benigní a maligní. Hlavními zástupci benigních nádorů ledvin jsou onkocytom, angiomyolipom a metanefrický adenom. Maligním nádorem je nejčastěji **světlobuněčný renální karcinom**, tvoří zhruba pětasedmdesát procent všech nádorů ledvin. Kolem deseti až patnácti procent tvoří papilární renální karcinomy, chromofobní renální karcinom zhruba pět procent. Jedno procento nádorů ledvin tvoří vzácná varianta představující karcinom ze sběrných ductů (Hanuš a kol., 2015, s. 113; Lounová, Študent, 2021, s 177).

4.1 Etiologie karcinomu ledvin

Etiologie karcinomu ledvin není doposud známa. Předpokládaný vliv mají civilizační faktory (nadváha, kouření, vliv antihypertenziv). U autozomálně recesivního onemocnění – **von Hippel-Lindauův (VHL) syndrom** – karcinom vzniká až ve čtyřiceti procentech. Typický výskyt pro onemocnění je angiom sítnice a hemangiom v mozečku a mozkovém kmeni, dále z urologických karcinomů cystadenom, feochromocytom a karcinomy ledvin, které se mohou vyskytnout bilaterálně. K léčbě proto přistupujeme maximálně konzervativně. V případě výskytu tumoru ledvin spojeného s neurologickým a očním onemocněním, cystou pankreatu, onemocněním nadvarlete je nutno myslet na VHL syndrom (Hanuš a kol., 2011, s. 114–115).

4.2 Symptomatologie karcinomu ledvin

Dlouhou dobu svého růstu je karcinom ledviny u většiny bezpříznakový. Diagnostikuje se většinou náhodně na CT či ultrazvukovém zobrazení při vyšetření jiných obtíží. Příznaky, jako je hmatný tumor, krev v moči, bolestivý tlak v bedru, jsou příznaky pokročilého – v řadě případů už metastatického – onemocnění. Tzv. klasická trias (hematurie, lumbalgie, hmatný tumor) je dnes již zcela výjimečným příznakem. Méně častým příznakem bývá hematurie (karcinom ledvin většinou neprorůstá do vývodného

systému). Akutně vzniklá a většinou symptomatická varikokéla patří mezi vzácnější příznaky. Každý pacient ve středním a vyšším věku s nově vzniklou varikokélou by měl vždy absolvovat sonografické vyšetření břicha. U pokročilých karcinomů ledvin dalšími symptomy jsou většinou celkové příznaky s úbytkem hmotnosti, nechutenstvím a subfebriliemi, bolestí kostí v souvislosti s metastázemi. Nejčastějšími paraneoplastickými příznaky, které jsou pro karcinom ledviny typické, jsou známky většinou laboratorní – polycytemie, trombocytóza, hyperkalcemie, hypertenze (Hanuš a kol., 2015, s. 118).

4.3 Prognóza karcinomu ledvin

K nejdůležitějším faktorům přežití pacientů s karcinomem ledviny patří přítomnost či absence příznaků, stadium onemocnění, agresivita nádorů, celkový stav pacienta, v době diagnózy i počet trombocytů. Vzhledem k tomu, že je většina nádorů diagnostikována náhodně, nádor je odhalen v nepříznivém stadiu, většinou v době, kdy už karcinom metastazuje. Karcinom ledviny metastazuje hematogenní cestou, a to primárně do plic, dále do kostí a jater a velmi vzácně do lymfatických uzlin. Z hlediska prognózy metastatického karcinomu ledvin jsou nejlepší prognózy s metastázemi do plic, a naopak nejhorší prognóza je u metastáz do lymfatických uzlin (Hanuš a kol., 2015, s. 118–119).

4.4 Screening karcinomu ledvin

V současné době se neprovádí screening populace v rámci nádorů ledvin. Jedinci s rizikovými faktory (obezita, kuřáci a ti, kteří mají v rodinné anamnéze jedince s prokázaným karcinomem ledviny) by měli pravidelně podstupovat ultrazvukové vyšetření v rámci urologického vyšetření. V současné době neexistují žádné nádorové markery využitelné v praxi (Hanuš a kol., 2015, s. 118).

4.5 Diagnostika karcinomu ledvin

Anamnéza je odebírána jako součást prvního vyšetření pacienta. Anamnézu rozdělujeme na osobní, rodinou, alergickou a další. Dále je nynější onemocnění, popisuje vlastní diagnózu urologického onemocnění, vychází z celkových příznaků a urologické symptomatologie.

Další metoda je fyzikální vyšetření, kam patří pohled, pohmat, poklep, poslech a vyšetření per rectum. Ledvinu vyšetřujeme tzv. Izraelovým hmatem. Pacient leží na zádech s pokrčenými koleny, dolní ruka přitlačuje ledvinu oproti horní. Dále se provádí tzv. tapotement, šetrný úder ulnární hranou ruky na oblast ledviny.

Vyšetření moče se provádí ze středního proudu moče při spontánní mikci, která je zachycená do sterilní zkumavky. U žen lze zejména využít sterilní katetrizaci močového měchýře. Při odběru moči z dlouho zavedeného močového katétru nejdříve katétr vyměníme za nový a až poté odebereme moč k vyšetření.

U odběru krve se provádí vyšetření na ureu, kreatinin a hematologie. V hematologii sledujeme anémii (tumory, ledvinné selhání), sedimentace u červených krvinek znamená tumor. U podezření na karcinom prostaty a varlat odebíráme ještě tumorové markery.

Při použití zobrazovacích metod se nejčastěji používá sonografické vyšetření. Provádí se při každé návštěvě urologické ambulance. Lékaři ukáže ledviny, kalichovopánvičkový systém, močový měchýř a varlata.

Nativní nefrogram je prostý RTG snímek zachycující oblast ledvin, uretry a měchýře. Bývá rozpoznáný nádor měkkých tkání v oblasti ledvin. Při podezření na nádor ledviny se nejčastěji používá počítačová tomografie. U metastatického procesu tumorů ledvin a močového měchýře se provádí PET/CT – pozitronová emisní tomografie s počítačovou tomografií. Scintigrafie ledvin se užívá u diagnostiky obstrukce horních cest močových, vyšetření funkčnosti obou ledvin.

U správné diagnostiky se všechna různá vyšetření využívají individuálně podle problémů pacienta (Hora, Dolejšová a kol., 2020, s. 13–19).

4.5.1 Klasifikace karcinomu ledvin

Tabulka 1: TNM Klasifikace karcinomu ledvin

<p>T – primární nádor</p> <p>TX – primární nádor nelze hodnotit</p> <p>T1 – nádor do 7 cm v největším rozměru, omezen na ledvinu</p> <p>T1a – nádor do 4 cm včetně</p> <p>T1b – nádor větší než 4 cm, ne však větší než 7 cm</p> <p>T2 – nádor větší než 7 cm v největším rozměru, omezen na ledvinu</p> <p>T2a – nádor větší než 7 cm, ne však větší než 10 cm</p> <p>T2b – nádor větší než 10 cm, omezen na ledvinu</p> <p>T3 – nádor se šíří do velkých žil nebo perirenálních tkání, ne však do stejnostranné nadledviny, ne přes Gerotovu fascii</p> <p>T3a – nádor se šíří všude, ne však přes Gerotovu fascii</p> <p>T3b – nádor se šíří do duté žíly pod bránicí</p> <p>T3c – nádor se šíří do duté žíly nad bránicí nebo postihuje stěnu duté žíly</p> <p>T4 – nádor se přímo šíří přes Gerotovu fascii, včetně, do stejnostranné nadledviny</p>
<p>N – regionální mízní uzliny</p> <p>NX – regionální mízní uzliny nelze hodnotit</p> <p>N0 – regionální mízní uzliny bez metastáz</p> <p>N1 – metastáza v regionální mízní uzlině (uzlinách)</p>
<p>M – vzdálené metastázy</p> <p>M0 – bez vzdálených metastáz</p> <p>M1 – vzdálené metastázy</p>

Zdroj: TNM Klasifikace zhoubných novotvarů, ÚZIS 2018

5 LÉČBA KARCINOMU LEDVIN

V případě diagnostiky karcinomu ledvin je potřebné okamžité zahájení léčby. Lékař se řídí několika faktory, a to zejména věkem pacienta, celkovým zdravotním stavem pacienta, stadiem a agresivitou onemocnění a preferencemi pacienta. Terapeutická metoda by měla být zvolena tak, aby byla co nejučinnější (Hanuš a kol., 2015, s. 120).

5.1 Konzervativní léčba karcinomu ledvin

Adjuvantní léčba interleukinem, interferonem a dalšími se ukázala jako neúčinná. V současné době nejsou dostatečná data na léčbu imunoterapií nebo radioterapií. Léčba by neměla probíhat mimo rámec klinických studií (Hanuš a kol., 2015, s. 122–123; Büchler a kol., 2020, s. 105–109; Česká onkologická společnost, 2021, s. 153–159; Matoušková a kol., 2020, s. 24–43; Hora, Dolejšová a kol., 2020, s. 78–80).

5.1.1 Chemoterapie

Konvenční chemoterapie je u metastatických karcinomů ledviny prakticky neúčinná. Ze všech nádorů je karcinom ledvin na chemoterapii zcela odolný. V dnešní době se provádějí nové studie a kombinace dříve známých cytostatik (Gorin et al., 2018, s. 247–250).

5.1.2 Radioterapie

Konvenční renální karcinomy patří mezi radiorezistentní nádory. Při inoperabilním stavu s paliativním záměrem a lokálními symptomy (krvácení, bolest) lze indikovat přísně individuálně ozáření tumoru ledviny. Pooperační ozáření se nepoužívá. Radioterapie je používána také u metastatických procesů do kostí nebo mozku. U metastáz na mozku se posuzuje omezený počet metastáz (zpravidla 4–5), kde se používá tzv. Leksellův gama nůž. Při větším počtu metastatických ložisek se provádí paliativní ozáření celého mozku.

V dnešní době se nově do klinických praxí zavádí možnost extrakraniálního stereotaktického ozáření například plic, obratlů nebo jater vysokou dávkou v jedné nebo několika frakcích, používá se k tomu kybernetický nůž nebo tomoterapie umožňující spirálovité dodání dávky záření do těla pacienta a kombinující vysokou přesnost a maximální šetrnost (Hanuš a kol., 2015, s. 122–123; Büchler a kol., 2020, s. 105–109; Česká

onkologická společnost, 2021, s. 153–159; Matoušková a kol., 2020, s. 24–43; Hora, Dolejšová a kol., 2020, s. 78–80).

5.1.3 Biologická systémová léčba

Nejlepší výsledky byly dosaženy u metastatického renálního karcinomu. Prvním lékem imunoterapie byl Nivolumab. Před zahájením biologické léčby se pacienti rozdělují do tří skupin podle MSKCC (Memorial Sloan Kettering Cancer Center – instituce pro výzkum a léčbu rakoviny). Hodnotí se, zda pacient absolvoval cytoredukční nefrektomii, celkový stav pacienta, hladina LDH, koncentrace hemoglobinu, koncentrace sérového kalcia korigovaného na hladinu sérového albuminu. Řídíme se samozřejmě při výběru léčby také stavem pacienta, jeho věkem a přidruženými chorobami.

Spektrum nežádoucích účinků je vysoké. Nejčastější jsou kožní změny na dlaních a chodidlech, slabost, slizniční reakce v ústní dutině, hypertenze, průjmy, nevolnost (Hanuš a kol., 2015, s. 122–123; Büchler a kol., 2020, s. 105–109; Česká onkologická společnost, 2021, s. 153–159; Matoušková a kol., 2020, s. 24–43; Hora, Dolejšová a kol., 2020, s. 78–80).

5.2 Chirurgická léčba karcinomu ledvin

5.2.1 Radikální nefrektomie

U radikální nefrektomie se odstraňuje celá ledvina i s obaly a okolními lymfatickými uzlinami, někdy i s nadledvinou. Radikální nefrektomie se provádí při nádorovém onemocnění, u něhož není možné zachovat zdravou část parenchymu. Záleží na více okolnostech, které vedou k výběru přístupu k operaci.

Pokud je to nádor menší velikosti uložený na dolním pólu nebo uprostřed ledviny, přístupová cesta není rozhodující. Kdyžto u velkých nádorů, které jsou lokalizovány v horním pólu, je nejvhodnější horní šikmý řez prodloužený o torakotomii. Nejvhodnější řez u dětí, u kterých není ještě dokončen sestup ledvin, je příčný řez nad umbilikalem. Bez ohledu na to, jaká přístupová cesta je vybrána, musí být prověřeno, zda nejsou metastázy v břišních orgánech nebo v paraaortálních a parakaválních lymfatických uzlinách (Hanuš a kol., 2015, s. 121; Zvara a kol., 2010, s. 22–23).

5.2.2 Laparoskopická nefrektomie

Laparoskopická nefrektomie (LPS NE) se provádí z důvodu malé pooperační bolestivosti, nižšího rizika pooperačních komplikací a krátkodobé hospitalizace. Nejčastější indikací k LPS NE je nádor ledvin ve stadiu T1 až T3 bez nádorového trombu v renální žíle. Dále se provádí při afunkčnosti hydronefrotické a svaštělé ledviny. LPS NE se neprovádí u pacientů po předešlých operacích, kde by mohly hrozit těžké srůsty, abdominální aneurizma, porucha koagulace, těžká kardiopulmonální insuficience (Khanna et al., 2018, s. 63–66).

5.2.3 Resekce ledviny

Resekce ledviny je výkon šetřící parenchym. Provádí se při propagujícím nevelkém novotvaru mimo ledvinu. K absolutní indikaci patří tumor přítomný ve funkční solitární ledvině nebo oboustranný nádor ledviny. K elektivní indikaci patří tumor jakékoliv velikosti, většinou do 7 cm, lokalizovaný a vhodný k resekcímu výkonu.

Nejčastěji se resekce ledviny provádí v takzvané teplé ischemii, je zde potřeba dodržovat maximální čas uzavření cirkulace krve ledvinou, časová hranice se uvádí okolo 20 až 25 minut. Pokud se tato doba přesáhne, velmi se zvyšuje riziko renální insuficience nebo jejího vzniku. Z tohoto důvodu se v dnešní době přistupuje spíše na postupy, které využívají segmentální ischemii nebo takzvanou zero ischemii. Resekce ledviny se dá provádět jak otevřeným, tak i laparoskopickým nebo robotickým postupem (Hanuš a kol., 2015, s. 121–122).

5.3 Komplikace a rizika chirurgické léčby karcinomu ledvin

Tak, jako to způsobuje každý chirurgický výkon, stejně i radikální nefrektomie přináší s sebou určité riziko pooperačních komplikací. Můžou se objevit už v průběhu operace (poraněním velkých cév nebo jiných orgánů), hned po operaci nebo v pozdějším pooperačním období.

Mezi časné komplikace operačního výkonu patří krvácení, které se může objevit v pooperačním průběhu. Z větší části se jedná o krvácení v operační ráně, projevujícím příznakem je hematoma (modřina) v okolí rány, vytékání krve přímo z operační rány. Při menším množství stačí vyměnit sterilní krytí rány, závažnější krvácení si může vyžádat další operační výkon. Nejzávažnější je krvácení do dutiny břišní, je to vzácná komplikace a řeší

se dalším operačním výkonem – resp. operační revizí. Krvácení z urogenitálního traktu se může projevit hematurií. Další komplikací může být infekce operační rány projevující se bolestí v okolí rány i samotné rány, zarudnutím okolo rány, teplotou, sekrecí (vytékající tekutina z rány). Po pár hodinách po operaci se může objevit zvýšená tělesná teplota jako reakce těla na operační výkon, spontánně odezní do 12–48 hodin. Jako následek anestezie nebo poruchy střevní činnosti se může objevit zvracení a nauzea. V ojedinělých případech můžou nastat i plicní komplikace, jako je třeba zánět průdušnice, akutní zánět průdušek nebo zánět plic (Matoušková et al., 2020, s. 51–52).

Mezi pozdní komplikace je řazen zánět hlubokých žil, může nastat po jakékoliv operaci. Projevy u zánětu hlubokých žil dolních končetin jsou bolesti a otoky v lýtku, napnutí kůže. Pokud se krevní sraženina utrhne a dostane se krevním řečištěm do plic, vzniká plicní embolie. Dále se mohou vyskytnout srdeční komplikace, protože nefrektomie je velký operační výkon s celkovou i srdeční zátěží. Srdeční komplikace mají podobu poruchy srdečního rytmu, špatné prokrvení srdečního svalu. Komplikací, spíše kosmetickou, může být i keloidní jizva charakteristická tvorbou vyvýšené, nápadné, hnědé jizvy. Tvorba je geneticky podmíněná, u těchto pacientů se jakákoliv jizva může hojit tímto způsobem. Pokud je jizva výrazně namáhána před jejím zahojením, dochází k tvorbě kýly v jizvě (Slezáková a kol., 2019, s. 40–56; Schneiderová, 2014, s. 74–78).

6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S KARCINOMEM LEDVINY V PŘÍPADĚ CHIRURGICKÉ LÉČBY

6.1 Předoperační péče o pacienta s karcinomem ledviny

Předoperační příprava k chirurgické léčbě karcinomu ledviny se zahajuje v momentě, kdy je pacient indikován k danému operačnímu výkonu. Vzhledem k tomu, že je radikální nefrektomie plánovaný výkon při karcinomu ledvin, měla by být předoperační příprava provedena důkladně. U pacientů před výkonem se zaměřujeme na několik oblastí.

Komplexní předoperační edukace by měla zahrnovat nejen informace o předoperačním období a přípravě, ale také informace o pooperačním období. Dále je nutné zaměřit se na nutriční podporu, která je důležitá u pacientů z důvodu rizika malnutrice a následných pooperačních komplikací. Důležitou součástí předoperační přípravy je stabilizace chronických chorob a tedy předoperační optimalizace celkového stavu pacienta (Janíková et al., 2013, s. 48–49; Slezáková et al., 2019, s. 34–39; Schneiderová, 2014, s. 72–73).

Předoperační příprava se dělí na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední.

6.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Základní vyšetření v rámci dlouhodobé předoperační přípravy je interní předoperační vyšetření. Toto vyšetření provádí odborný lékař a spočívá ve fyzikálním vyšetření, zhodnocení fyziologických funkcí, základním odběru moči – chemický sediment moči a mikrobiologické vyšetření moči –, odběru krve na hematologické, biochemické, koagulační vyšetření a odběru na zjištění krevní skupiny plus Rf faktoru. Dále se provádí EKG vyšetření a RTG srdce a plic. Pokud bylo u pacienta během vyšetření zjištěno přidružené onemocnění nebo je přidružené onemocnění už známo dlouhodobě, může lékař naordinovat speciální vyšetření. Zvláštní pozornost je potřeba věnovat například hypertenzi, srdečnímu nebo plicnímu onemocnění či diabetu mellitu (Janíková et al., 2013, s. 48–49; Slezáková et al., 2019, s. 34–39; Schneiderová, 2014, s. 72–73).

6.1.2 Krátkodobá příprava na operaci

Odehrává se 24 hodin před operací. Navazuje plynule na dlouhodobou přípravu. U radikální nefrektomie je pacient přijímán na urologické oddělení den před samotným výkonem. Pacient podepisuje souhlas s radikální nefrektomií a s hospitalizací, popřípadě mu lékař dovysvětlí nejasnosti. Po příchodu na oddělení se pacienta ujímá sestra, která odebere anamnézu, provede základní fyzikální vyšetření, vysvětlí chod oddělení a u lůžka edukuje o manipulaci s lůžkem a o signalizaci. Součástí přípravy je také anesteziologické konzilium, kterého výsledkem je rozhodnutí o zvoleném typu anestezie, podepsání informovaného souhlasu s anestezií, edukace pacienta a stanovení premedikace a premedikace. To ordinuje anesteziolog na základě zhodnocení předoperačních vyšetření a samotného operačního výkonu.

Součástí krátkodobé přípravy je příprava operačního pole (odmaštění kůže, oholení), příprava gastrointestinálního traktu, úprava stravy, aplikace léků dle ordinace lékaře (infuzní terapie, antibiotická profilaxe, transfuze, premedikace), hygienická péče (celková koupel, dezinfekce pupku, odlakování nehtů). Dle aktuálního stavu pacienta se odvíjí zajištění invazivních vstupů (Janíková et al., 2013, s. 48–49; Slezáková et al., 2019, s. 34–29; Schneiderová, 2014, s. 72–73).

6.1.3 Bezprostřední příprava na operaci

Bezprostřední příprava se odehrává v den operace ráno. Zaměřuje se na kontrolu dokumentace, výsledků krevních odběrů a na provedení intervencí z předcházejících částí přípravy (lačnění, oholení operačního pole). Přikládají se bandáže nebo elastické punčochy, jako prevence TEN, aplikuje se i nízkomolekulární heparin (u některých výkonů je to kontraindikací). Zajišťují se invazivní vstupy, pokud již nebyly zavedeny, podáním medikace dle ordinace lékaře (infuzní terapie, premedikace, antibiotika).

Načasování a složení premedikace závisí na typu operace, přidružených onemocnění pacienta a jiných faktorech. Cílem premedikace je zmírnit sekreci slin a žaludečních šťáv, zmírnění úzkosti, prevence alergických reakcí. Při podávání jakéhokoliv léku musíme mít na paměti možný výskyt alergické reakce. Premedikace se podává 30 až 60 minut před výkonem, její podání se zaznamenává do dokumentace. Záznam musí mít tyto náležitosti: podpis, razítko, datum a čas podání. Po aplikaci musí pacient dodržovat klidový režim na lůžku a být pod dohledem zdravotního personálu. Těsně před navezením na sál sestra provádí verifikaci údajů pacienta, zkontroluje sejmutí zubní náhrady a šperků, odstranění

kontaktních čoček (Janíková et., 2013, s. 48–49; Slezáková et al., 2019, s. 34–29; Schneiderová, 2014, s. 72–73).

6.2 Perioperační péče o pacienta s karcinomem ledviny

Perioperační péče neboli intraoperační péče je etapa, která začíná předáním pacienta v předšálí a končí následným převzetím zdravotním personálem zpět na standardní oddělení či jednotku intenzivní péče (JIP). Perioperační péče je zajišťována operačním týmem, který se skládá z operatérů, anesteziologa, perioperačních sester, anesteziologických sester a sanitáře.

Než se pacient uvede do anestezie, dle standardizovaných postupů se kontroluje identifikace pacienta, dokumentace, místa operačního výkonu, lačnění atd. Při nefrektomii je uveden pacient do celkové anestezie a je zaveden močový katétr, často se zavádí CŽK. Následně je pacient polohován na bok nebo záda. Monitorují se mu základní životní funkce (TK, P, D, TT, SpO₂). Infuze, transfuze a jiné léky se podávají dle potřeby. Pacient po celou dobu operačního zákroku je zahříván vyhřívací podložkou.

Anesteziolog a anesteziologická sestra po čas výkonu sledují životní funkce, krevní ztrátu a diurézu. Perioperační sestra provádí ve spolupráci s lékařem – operátérem – před začátkem a ukončením každé operace početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu. Když operatér ukončí operační výkon, vše zapíše do operačního protokolu, ve kterém je zaznamenáván celý průběh výkonu. Po probuzení pacienta z anestezie je jeho stav sledován na monitorovaném lůžku v rámci pooperační péče (Zemanová, Mezenská, 2020, s. 133–149; Wichsová, 2020, s. 30–33).

6.3 Pooperační péče o pacienta s karcinomem ledviny

Pooperační péče nastává po převzetí pacienta sestrou z anesteziologické péče s veškerou dokumentací. Pacient po radikální nefrektomii je hospitalizován na jednotce intenzivní péče / pooperační jednotce, kde je zahájena bezprostřední pooperační péče. Všeobecná sestra monitoruje kontinuálně vitální funkce – krevní tlak, saturace kyslíku, puls, tělesná teplota, dech a EKG monitorace. Je zahájena infuzní a antibiotická terapie, v případě potřeby jsou podávány krevní náhrady. Pro správnou pooperační rekonvalescenci je

potřebná komplexní ošetrovatelská péče, která se zaměřuje na několik oblastí (Slezáková et al., 2021, s. 98).

Pooperační bolest se vyskytuje ve většině případů v operační ráně a kolem ní. Vzhledem k tomu, že má každý pacient jiný práh bolesti, musí sestra pravidelně přehodnocovat intenzitu bolesti, která se hodnotí například pomocí vizuální analogové škály – VAS (od 0 do 10), kdy 0 je žádná bolest a 10 je velmi silná bolest. Sestra aplikuje analgetika dle ordinace lékaře, kontroluje jejich efekt a může nabízet pacientovi i nefarmakologické metody tlumení bolesti, jako jsou alternativní úlevové polohy, relaxační masáže, psychologické metody (Libová et al., 2019, s. 44–48).

Po výkonu sestra sleduje stav operační rány a sekreci z ní, množství výdeje z drénu a vzhled sekrece. Při větší sekreci z rány do obvazu a drénu by měla sestra informovat lékaře, který určí další postup. Z důvodu prevence před komplikacemi v ráně by měla být rána pravidelně sterilně převazována (James, 2019, s. 144–146).

Velký zřetel v pooperační péči se dává na prevenci tromboembolické nemoci (TEN), nejrizikovější pacienti jsou s obezitou a kardiovaskulárním onemocněním. Sestra vhodnými intervencemi, jako je bandáž dolních končetin před výkonem anebo aplikace nízkomolekulárního heparinu, který se aplikuje před i po samostatné operaci, dle ordinace, předchází vzniku TEN. Výhodou je brzká rehabilitace a mobilizace (Libová et al., 2019, s. 34).

U radikální nefrektomie se zavádí na operačním sále před výkonem permanentní močový katétr, a to z důvodu kontinuálního odvádění moči a sledování bilance tekutin v pooperačním období. Vzhledem k narušení funkce močového traktu provedením radikální nefrektomie je katetrizace indikována. Sestra sleduje diurézu dle ordinace lékaře (Sochorová a Vidlář, 2016, s. 53–55).

V prvním operačním dnu se může jako následek anestezie vyskytnout nauzea a zvracení. Pacient je v rámci prevence např. aspirace uložen na bok nebo do semi-Fowlerovy polohy. Sestra aplikuje intravenózně antiemetika dle ordinace lékaře a kontroluje jejich efekt (James, 2019, s. 137–142).

V důsledku anestezie a samotného operačního výkonu může dojít ke stavu přechodného paralytického ileu, který se projevuje bolestí břicha, nadmutým břichem, zástavou odchodu plynů a stolice. Dle ordinace lékaře sestra spolupracuje s fyzioterapeutem,

dle stavu pacienta je žádoucí časná vertikalizace a mobilizace. Dále má pacient naordinovaný dietní režim, trávicí trakt je tak zatěžován postupně od diety čajové až po racionální (Slezáková a kol., 2019, s. 34–29; Schneiderová, 2014, s. 72–73).

Při výkonu, jako je radikální nefrektomie, dochází k velké ztrátě tělních tekutin, které se doplňují elektrolytovými roztoky parenterálně. Při větší krevní ztrátě je potřeba podat krevní deriváty. Pacientovi před samotným výkonem provádíme odběr krve na transfúzní stanici a rezervujeme krevní deriváty, aby byly připraveny co nejrychleji při podání.

Po přeložení pacienta z jednotky intenzivní nebo pooperační péče na standardní jednotku urologického oddělení je pokračováno v pooperační péči s akceptací jeho zdravotního stavu a péče pokračuje až do možné dimise pacienta.

6.4 Edukace pacienta podstupujícího chirurgickou léčbu karcinomu ledviny

Edukace pacienta všeobecnou sestrou je nedílnou součástí profese všeobecné sestry. Množství komplikací, ať už předoperačních, nebo pooperačních, a psychická pohoda pacienta mohou být ovlivněny dostatečnou, respektive nedostatečnou informovaností pacientů. Samotné sdělení diagnózy onkologického onemocnění je pro pacienta psychicky náročné. Edukací se snažíme získávat pacienta pro spolupráci, proto je důležitá již v momentě indikace pacienta k operaci. Sestra edukuje pacienty v několika oblastech předoperační přípravy a také informuje pacienta o předpokládaném průběhu pooperační péče. Během celé hospitalizace by měl mít pacient prostor na případné dotazy, které by mu měly být zodpovězeny (Slezáková a kol., 2019, s. 38–39; Páral a kol., 2020).

Samotná edukace počíná sdělením informací o předoperační přípravě. Sestra pacienta poučí o lačnění, hygieně před výkonem, potřebě sundání veškerých šperků a osobního prádla a klade velký důraz na zákaz kouření. Výhodou je také sdělit už před operací informace o pooperačním průběhu, což zabezpečí lepší připravenost pacienta, čímž se eliminuje jeho strach.

Sestra pacienta edukuje o tom, že v pooperačním období se může objevit bolest, zejména v operační ráně, kterou bude pravidelně sledovat a vhodnými intervencemi tlumit. Také edukuje pacienta o nefarmakologických způsobech tlumení bolesti, třeba aktivní zaujetím úlevové polohy, a o tom, jak správně zacházet s ránou při kašli či kýchání.

Na eliminaci bolesti také navazuje edukace ohledně vstávání z lůžka. Před operací sestra s pacientem nacvičí jednotlivé kroky. Ve spolupráci s fyzioterapeutem pak po operaci probíhá vertikalizace a mobilizace pacienta (Slezáková et al., 2021, s. 101–103).

Dále sestra edukuje pacienta o dietním režimu. Pacienta upozorní, že po operaci bude mít omezenou stravu. Sestra vysvětlí, že dietní režim po operaci se řídí ordinací lékaře a zdravotním stavem pacienta (Sochorová a kol., 2016, s. 93–97; Slezáková a kol., 2019, s. 38–39; Páral a kol., 2020).

Sestra edukuje pacienta v péči o ránu, vysvětlí, že rána bude převazována sterilně dle potřeby minimálně 2 dny po operaci. Upozorní ho, že veškeré změny jako bolest, zarudnutí, sekrece z rány nebo pnutí v ráně je nutno hlásit sestře (Sochorová a kol., 2016, s. 93–97; Slezáková a kol., 2019, s. 38–39; Páral a kol., 2020).

Při dimisi sestra edukuje pacienta ohledně fyzického šetření, které bude v rozsahu běžných činností. Neměl by zvedat nic těžkého a měl by dodržovat klidový režim. Sportovní aktivita se pak doporučuje za 2–3 měsíce po operaci. Poučí pacienta o dietním režimu v domácím prostředí, který by už neměl znamenat omezení. Potřeba je ale dodržovat pitný režim (minimálně 2 l tekutin denně) s akceptací aktuálního zdravotního stavu a doporučení lékaře. Sestra edukuje pacienta o péči o ránu v domácím prostředí. Doporučí ránu sprchovat vodou bez použití sprchových gelů. Sestra poučí o potřebě kontroly na ambulanci do 14 dnů od propuštění k případné extrakci stehů, celkové kontrole a sdělení výsledků histologie. Pacient je převeden do péče dispenzární ambulance, kam dochází dle předem stanovených termínů na kontroly. Všeobecná sestra upozorní pacienta na možné komplikace (krev v moči, bolest rány, vytékající hnis z rány, nevolnosti, teplota) a předá mu kontakt na ambulanci s nepřetržitou pohotovostní službou, kam se může pacient v případě komplikací nebo náhlé změny zdravotního stavu obrátit (Sochorová a kol., 2016, s. 93–97; Slezáková a kol., 2019, s. 38–39; Páral a kol., 2020).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Karcinom ledvin jako onkologické onemocnění urogenitálního traktu představuje problém – hlavně z hlediska pozdní diagnostiky. Vzhledem k tomu, že v dnešní době ještě není možné provádět screening, protože neexistují laboratorní ukazatele, které by napomáhaly k časnému odhalení daného karcinomu, je odhalen většinou náhodně a už v pokročilém stadiu. I přes tenhle fakt je možné zahájit v některých případech účinnou léčbu. Nejradikálnějším, ale také nejúčinnějším způsobem se jeví chirurgická léčba – radikální nefrektomie.

Nejen v dnešní době ovlivňuje onkologické onemocnění ve značné míře psychiku každého pacienta. Spousta pacientů nemá často představu, co s sebou dané onemocnění a léčba přináší. Dostatečná a kvalitní informovanost a podpora ze strany zdravotnického personálu je zásadní pro zvládnutí psychické zátěže. Psychická pohoda pacienta sehrává velkou roli v pooperační rekonvalescenci a celkovém zvládnutí onkologického onemocnění.

Pro zdravotnický personál je důležité poznat subjektivní názory pacienta na vnímání celé doby hospitalizace během chirurgické léčby karcinomu ledvin, což napomáhá k pochopení pacientů a nastavení správného individuálního ošetrovatelského plánu.

Vzhledem k těmhle faktům byl definován výzkumný problém, a sice – jaké jsou zkušenosti pacientů podstupujících chirurgickou léčbu karcinomu ledvin v předoperačním a pooperačním období?

8 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY

8.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem je zjistit, jaké jsou zkušenosti pacientů podstupujících chirurgickou léčbu karcinomu ledvin.

8.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy

- C1: Zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali předoperační období před radikální nefrektomií.
- C2: Zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali pooperační období po radikální nefrektomii.
- C3: Zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali edukaci při propuštění po radikální nefrektomii.

8.3 Hlavní výzkumná otázka

Jaké jsou zkušenosti pacientů podstupujících chirurgickou léčbu karcinomu ledvin?

8.4 Dílčí výzkumné otázky

- Jak pacienti subjektivně vnímali předoperační období před radikální nefrektomií?
- Jak pacienti subjektivně vnímali pooperační období po radikální nefrektomii?
- Jak pacienti subjektivně vnímali edukaci při propuštění po radikální nefrektomii?

8.5 Operacionalizace pojmů

Pacient. Rozumí se fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby. Většinou se jedná o osobu, která je nemocná, zraněná a vyžaduje lékařské ošetření nebo lékařskou péči. Právní předpisy ale používají pojmenování pacient i pro jiné uživatele zdravotnických činností jako třeba zdravé příjemce porodní asistence. Pojem pacient vzniklo z latinského slova „patiens“, které původně znamenalo „snášející“, „trpící“. Tyto jedinci mohou být hospitalizováni nebo využívají služeb ambulantních (zákon č. 372/2011 Sb.).

Zkušenost. Zkušenost je trvalý výsledek zážitku nebo prožitku. Zkušenost může být jak negativní, tak pozitivní. Předěšlá zkušenost značně ovlivňuje vytvoření scénáře příštího dění a předvídání důsledků. Ze zkušeností vyplývá spokojenost (Vágnerová, 2017, s. 122).

Subjektivní vnímání. Vnímání je kognitivní proces, který zahrnuje přijímání a interpretaci získaných informací, výsledkem jsou vjemy. Vnímání probíhá za pomoci lidských smyslů, pomocí kterých jsou informace přenášeny po nervových drahách do mozku. Tam si jedinec vytvoří smysluplný celek odrážející vnímanou skutečnost (Pavlovský et al., 2012, s. 30–31).

Radikální nefrektomie. Chirurgická léčba karcinomu ledvin, která spočívá v odstranění ledviny a jejích okolních tkání, horní části močovodu a okolních uzlin. Tento výkon lze provádět laparoskopickou, otevřenou nebo robotickou metodou (Hora et al., 2021, s. 78).

Předoperační období. Počíná ve chvíli, kdy lékař indikuje pacienta k operaci a končí předáním pacienta na operační sál. Je určené k vyšetření celkového stavu a přípravě pacienta a tím vytvoření vhodných podmínek k nekomplikovanému pooperačnímu průběhu (Slezáková et al., 2019, s. 33–39).

Pooperační období. Je období, které následuje v okamžiku, kdy se ukončí operační zákrok. Z pravidla se rozděluje na bezprostřední, rané a pozdní pooperační období. Je to období, během kterého je poskytována ošetrovatelská péče pacientovi po operačním výkonu, která má za úkol kompletní rekonvalescenci pacienta (Schneiderová, 2014, s. 72).

Edukace. Edukace z latinského překladu „educatio“ znamená vychovávání, označuje pojem výchovy a vzdělávání, kde edukant, tedy objekt edukace, informace přijímá a edukátor informace předává. Edukace by měla probíhat za pomoci edukačního procesu, který je možné charakterizovat jako systematický realizovaný sled vzdělávacích a výchovných činností (Páral et al., 2020, s. 151).

9 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

9.1 Metodologie výzkumu

Ke zpracování bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je způsob zkoumání, jakým interpretují lidé své sociální okolí a zkušenosti. Tento typ výzkumu je spjatý s holistickým a na osobu zaměřeným přístupem. Induktivní analýza dat je základem kvalitativního výzkumu. Samotný sběr dat končí při teoretickém nasycení. Data se vyhodnocují v průběhu jejich sběru a konečné výsledky mohou být ovlivněny výzkumem (Gurková, 2019, s. 6–15).

Ke sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Je to nejčastější metoda kvantitativního výzkumu, spočívá v dotazování se účastníka výzkumu na předem stanovené otázky. K upřesnění a rozvinutí odpovědí byly využity doplňující otázky (Mišovič, 2019; Gurková, 2019, s. 76–77).

9.2 Charakteristika sledovaného souboru

Výběr výzkumného souboru byl záměrný. Pro náš výzkum bylo osloveno 5 participantů, kteří byli vybráni dle relevantních stanovených kritérií. Byli to pacienti, kteří byli indikováni k chirurgické léčbě karcinomu ledvin a v Karlovarské krajské nemocnici a.s. podstoupili operační výkon – radikální nefrektomii v době trvání našeho výzkumu.

9.3 Organizace výzkumu

Celý výzkum probíhal v Karlovarské krajské nemocnici a.s. na urologickém oddělení. Před zahájením samotného výzkumu jsme žádali o souhlas s realizací rozhovorů náměstka pro nelékařská povolání a kvalitu Mgr. Gabrielu Fritsch Píčovou.

Od prosince 2022 do února 2023 probíhal sběr dat. Participantů byli seznámeni s akceptací anonymity participantů, a s tím, že veškeré informace, které jsem získal, budou sloužit pouze k účelům mé bakalářské práce. Každý participant před zahájením rozhovoru si přečetl a podepsal předem připravený informovaný souhlas.

Rozhovory byly časově přizpůsobeny tomu, jak se pacienti cítili po výkonu a jak se rozhovory vyvíjely. Ty se uskutečnily v soukromí. Data byla využita pouze v bakalářské práci.

9.4 Zpracování dat

Všechny rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a poté byly odpovědi přepsány a zanalyzovány. Byla využita metoda tužka–papír a bylo provedeno otevřené kódování, což znamená, že jsme rozkódovali získané informace. Je to proces, kdy jsou jednotlivé údaje v přepsaných rozhovorech rozebrány, pojmenovány a rozděleny do stanovených kódů, kategorií a subkategorií, které nám následně pomáhají vytvořit obraz a odpovědi na výzkumné otázky.

10 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Výzkum byl zpracováván hermeneutickým (fenomenologickým) přístupem, který má za úkol zkoumat určitý prožitek jedince. Snahou je zachytit zkoumaný fenomén v jeho čisté podobě. Popisujeme a interpretujeme životní zkušenosti člověka v jeho běžném životě. Jádrem fenomenologické studie je porozumět tomu, co znamená životní zkušenost v kontextu života lidí. Je vhodný pro výzkumné problémy, u kterých chceme porozumět společným zkušenostem s určitým fenoménem (Gurková, 2019, s. 49).

Se všemi participanty jsme vedli polostrukturované rozhovory s předem stanovenými, otevřenými otázkami, které byly rozšířené o doplňující otázky, kdy měli participanti možnost vyjádřit své pocity. Následně byly všechny rozhovory v plném znění přepsány do elektronické podoby. Po pečlivém přečtení všech rozhovorů byly za pomoci otevřeného kódování vytvořeny kategorie a subkategorie, které byly v návaznosti na dílčí cíle.

10.1 Kategorie: předoperační průběh

První dílčí výzkumný cíl měl za úkol zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali předoperační období před radikální nefrektomií. S pomocí tohoto cíle byla vytvořena hlavní kategorie: předoperační průběh, na kterou navazují subkategorie: pocity při přijetí, nutná předoperační příprava a informace od personálu, což vytváří obraz o tom, jak pacienti subjektivně vnímali tohle období.

Subkategorie: pocity při přijetí

- P1: „*Na urologii jsem už byl, věděl jsem, do čeho jdu.*“
- P2: „*Měla jsem strach, úzkost a obavy z operace.*“
- P3: „*Neměla jsem žádnou špatnou zkušenost, pocit byl dobrý.*“
- P4: „*... strach z operace, který jsem se snažila potlačovat.*“
- P5: „*Pocity jsem měl smíšené, neboť jsem nepociťoval individuální péči.*“

Z odpovědí pacientů na otázky ohledně pocitu při přijetí do nemocnice vyšlo najevo, že pocíťovali strach, úzkost a obavy zejména proto, že se báli operace. Pacienti, kteří už ale měli předešlou zkušenost s hospitalizací na daném oddělení, měli obavy menší, protože měli dobrou předešlou zkušenost.

Subkategorie: nutná předoperační příprava

- P1: *„Bral jsem to jako samozřejmost.“*
- P2: *„Věděla jsem, že je nutná, proto jsem k tomu zaujala kladný postoj.“*
- P3: *„Přípravu jsem vzala jako nutnost. Nepřemýšlela jsem o ní.“*
- P4: *„Přípravu na operaci jsem nijak neprožívala.“*
- P5: *„Předoperační přípravu si již nevybavuji.“*

Z otázky na pocity z předoperační přípravy jasně vyplynulo, že pacienti s ní neměli problém, protože ji vnímali jako nutnost. Chápali potřebu předoperační přípravy provést, aby byli co nejlépe připraveni k operaci, aby se předešlo pooperačním komplikacím.

Subkategorie: informace od personálu

- P1: *„Na otázky jsem dostal srozumitelnou odpověď.“*
- P2: *„Sestra mi zcela srozumitelně vysvětlila, co bych mohla očekávat.“*
- P3: *„Byla jsem ráda za každou informaci. Informace byly dostačující.“*
- P4: *„Sestra mě pouze informovala o tom, že budu převezena na JIP.“*
- P5: *„Nevěděl jsem na co se ptát, ale měl jsem pocit, že mi sestra řekla vše, co jsem potřeboval.“*

Všichni pacienti se jednohlasně shodli, že informace od personálu byly dostačující, srozumitelné a v pacientech to vyvolávalo pocit, že jsou dobře připraveni.

Obrázek 1: Schéma kódů, kategorie: předoperační průběh



Zdroj: Vlastní zpracování

10.2 Kategorie: pooperační období

K popsání druhého dílčího cíle byla stanovena druhá kategorie: pooperační období. Subkategorie popisují pocity po operaci, průběh a postoj k omezením. To vytváří obraz o tom, jak pacienti vnímali pooperační období.

Subkategorie: Pocity po operaci

- P1: „...úleva...“
- P2: „*Měla jsem velkou radost, že vše proběhlo bez komplikací.*“
- P3: „...radost, že vše dobře dopadlo.“
- P4: „*Pooperační období bylo náročné.*“
- P5: „*Podle toho, co mi sestra říkala před výkonem, jsem to čekal horší, tak jsem byl rád...*“

Dle vyjádření pacientů lze soudit, že po operaci cítili úlevu, opadnul z nich strach a měli radost, že vše dobře dopadlo. Jedna z pacientek odpověděla, že pooperační období pro ni bylo náročné, což bylo způsobené zhoršenou psychikou, protože necítila oporu rodiny.

Subkategorie: pooperační průběh

- P1: „*Nejhorší pro mě vůbec bylo se pohnout, bolel mě celej člověk.*“
- P2: „*Žádné komplikace nenastaly*“
- P3: „...*jsem bez bolesti...*“
- P4: „*Horší byly pooperační bolesti, když jsem se nedokázala sama obsloužit.*“
- P5: „*Nejvíce mě trápilo zvracení, nakonec mi i strčili hadičku do nosu.*“

Pooperační průběh byl u každého pacienta individuální. Převládaly zejména pooperační bolesti a zvracení. Někteří pacienti byli však úplně bez obtíží, alespoň to tak sami vnímali.

Subkategorie: postoje k omezením

- P1: „*Nemohl jsem ani spát, protože jsem se bál, že si vytáhnu tu hadičku, co mi odváděla moč. Chtěl jsem, ať to hned dají pryč.*“
- P2: „*Močovou cévku jsem tolerovala.*“
- P3: „*Omezení jsem snášela celkem dobře.*“
- P4: „*Dietní omezení, žilní kanyla, močová cévka mi nevadily, patřilo to k léčbě.*“
- P5: „*Hrozně mi vadily všechny ty hadičky, co ze mě trčely. Omezovalo mě to v pohybu.*“

Postoje k pooperačním omezením byly spíše pozitivní. Největším problémem se jevily invazivní vstupy, zejména močová cévka – až dva pacienti uvedli, že je omezovala v pohybu. Ostatní pacienti omezení tolerovali a snášeli celkem dobře.

Obrázek 2: Schéma kódů, kategorie: pooperační období



Zdroj: Vlastní zpracování

10.3 Kategorie: edukace a dimise

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali edukaci při propuštění domů. Podle výsledků subkategorí můžeme říct, že pacienti měli při propuštění velmi pozitivní pocity a velký vliv na pooperační rekonvalescenci měla rodina.

Subkategorie: pocity při dimisi

- P1: *„V nemocnici dobře, doma nejlépe.“*
- P2: *„Byla jsem ráda, že půjdu domů, protože jsem věděla, že domácí prostředí přispěje ve velké míře k mému zotavení.“*
- P3: *„Se mi moc nechtělo, sestřičky se o mě hezky staraly. Doma nikoho nemám.“*
- P4: *„Domů jsem se těšila, ale potřebovala jsem pomoc. Byla jsem v psychickém vypětí.“*
- P5: *„Po tak dlouhé době jsem se domů těšil, ale nevěděl jsem, co od toho očekávat.“*

Je zřejmé, že domácí prostředí má pozitivní vliv na rychlejší rekonvalescenci pacientů. Což bylo znát i z vyjádření našich respondentů. Převažovaly radostné pocity. Negativní pocity se objevily jenom u pacientů, kteří doma neměli podporu rodiny, na což navazuje další subkategorie.

Subkategorie: vliv rodiny při rekonvalescenci

- P1: *„Manželka mi byla velikou oporou, při její přítomnosti jsem zapomněl na bolesti.“*
- P2: *„Všichni mě navštěvovali, což mi zlepšovalo náladu.“*
- P3: *„Byla jsem odkázána na cizí pomoc, což mě psychicky zatěžovalo a prodlužovalo cestu k uzdravení.“*
- P4: *„Moje dcery mi nepomohly ani nezavolaly, jak se mám, jestli něco nepotřebuji. Hodně mě to trápilo.“*
- P5: *„Manželka se snažila dělat maximum, ale i tak mi přišlo, že dělá málo.“*

Jak už jsme zmínili v předešlé subkategorii, je jasné, že pacienti, kteří doma měli podporu rodiny, byli psychicky v pohodě, což mělo pozitivní vliv na jejich rekonvalescenci. Naopak pacienti, kteří neměli doma nikoho, byli v psychickém vypětí a nebyli si jistí, jestli to doma zvládnou.

Subkategorie: postoje k režimovým opatřením

- P1: *„Je třeba je dodržovat, abych si neublížil.“*
- P2: *„Režimová opatření jsem dodržovala, měla jsem k nim kladný a pozitivní postoj.“*
- P3: *„Informace jsem vnímala jako velmi důležité, protože přispívaly k mému uzdravení.“*
- P4: *„S režimovými opatřeními jsem počítala, proto jsem se na ně připravila už před operací.“*
- P5: *„Byla potřebná, věděl jsem, jak se mám chovat po propuštění.“*

Při otázce na postoje k režimovým opatřením po propuštění pacienti reagovali kladně. S režimovými opatřeními počítali, snažili se je dodržovat a považovali je za velmi důležitá, protože jejich dodržování přispívalo k rychlejší rekonvalescenci.

Obrázek 3: Schéma kódů, kategorie: edukace a dimise



Zdroj: Vlastní zpracování

DISKUZE

Cílem našeho výzkumného šetření bylo zjistit, jaké jsou zkušenosti pacientů podstupujících chirurgickou léčbu karcinomu ledvin během hospitalizace. V diskuzi budeme výsledky našeho výzkumného šetření komentovat v širším kontextu a budeme hodnotit dosažené výsledky s jinými výzkumy a odbornými zdroji.

Výzkumem jsme zjistili, jaké faktory ovlivňovaly vnímání pacientů během hospitalizace. Faktory v předoperačním období se liší od faktorů v pooperačním období, a to v závislosti na celkovém stavu pacienta. V předoperačním období se zkušenosti odvíjely hlavně od psychické pohody, kdyžto v pooperačním období byla podstatnější fyzická pohoda.

10.4 Vyhodnocení výzkumných otázek

Jak pacienti subjektivně vnímali předoperační období před radikální nefrektomií?

Při dotazování pacientů na vnímání předoperačního období před radikální nefrektomií jsme mohli zaznamenat jejich pocity při přijetí, které se rozdělovaly do dvou skupin. Pacienti, kteří neměli předešlou zkušenost s daným urologickým oddělením, pociťovali strach, obavy, úzkost z operace, kdyžto pacienti, kteří předešlou zkušenost již měli, se vyjadřovali spíše pozitivně. Stejný výsledek vyšel i Baranikové (2022), která zkoumala zkušenosti pacientů s radikální prostatektomií. Uvedla, že pacienti, kteří předešlou zkušenost neměli, byli napjatí, pociťovali strach a obavy z hospitalizace. U pacientů, kteří naopak předešlou zkušenost měli, se pocity různily na základě toho, jestli byla zkušenost pozitivní, nebo negativní. Stránská (2021) také uvedla, že pacienti měli větší obavy, pokud to byla jejich první operace v životě (Stránská 2021, s. 43; Baraniková 2022, s. 48).

Pacienti uváděli, že jejich strach a úzkost se zmírnily v momentě, kdy začali dostávat informace od zdravotnického personálu. Hodnotili, že na otázky vždycky dostali srozumitelnou odpověď, a byli rádi za všechny informace, které je připravily na to, co by měli očekávat, a i když někteří nevěděli, na co se ptát, tak měli pocit, že jim sestra řekla vše, co potřebovali. To v pacientech vyvolávalo pocit, že jsou dobře připraveni. Hlaváček (2020) ve své práci uvádí, že informanti, kteří se cítili být dostatečně informováni, uvedli, že jsou před operací klidnější. Rosová (2021) se domnívá, že je nezbytné pacienty řádně informovat a edukovat před operačním výkonem, protože řádná informovanost snižuje předoperační

strach a úzkost. Neefektivní edukací a nedostatečnou informovaností dochází ke ztrátě důvěry v ošetrovatelský personál (Hlaváček 2020, s. 45; Rosová 2021, s. 66).

V rámci otázek o předoperačním období jsme se pacientů dotazovali na zkušenosti a pocity z nutné předoperační přípravy, což by mohlo představovat jistý problém, který by mohl ovlivňovat zkušenosti s předoperačním obdobím. K našemu překvapení si pacienti na předoperační přípravu nestěžovali, vnímali ji jako nutnost a brali to jako součást hospitalizace. Jedna pacientka dokonce uvedla, že předoperační přípravu si již vůbec nevybavuje. Například Procházková (2012) ve svém výzkumu ověřovala hypotézu, ve které předpokládala, že v rámci předoperační přípravy bude pro respondenta nejobtížnější proces vyprazdňování trávicího traktu. Tahle hypotéza se ale nepotvrdila. Nejobtížnější pro respondenty bylo dodržet změnu stravovacích návyků (Procházková, 2012, s. 48). Domníváme se, že důvodem, proč naši participanti nijak zvláště nevnímali předoperační přípravu oproti respondentům výzkumu Procházkové, je fakt, že všem našim participantům bylo diagnostikováno onkologické onemocnění, uvědomovali si jeho závažnost, a proto se nijak významněji nepozastavovali nad předoperační přípravou a brali to jako součást léčby.

Kdybychom tedy chtěli zevšeobecnit to, jak pacienti vnímali předoperační období před radikální nefrektomií, mohli bychom říci, že převládaly spíše pozitivní pocity. Myslíme si, že to mohlo být způsobené tím, že někteří pacienti měli předešlou zkušenost s daným oddělením a byli řádně informováni. Osobně se ale domnívám i přes to, že to pacienti v rozhovorech nezmínili, že faktorem, který také ovlivnil jejich předoperační vnímání, bylo to, že jim bude nádor s těla odstraněn a že jim bude pomoheno.

Jak pacienti subjektivně vnímali pooperační období po radikální nefrektomii?

Dále jsme se v rozhovorech s participanty zajímali o pooperační období. Chtěli jsme vytvořit obraz toho, jak pacienti vnímali pooperační období po radikální nefrektomii. Hlavním faktorem, který ovlivnil vnímání pacientů v pooperačním období, byly jejich pocity. Dle vyjádření pacientů šlo usoudit, že v nich převládla radost, že vše proběhlo bez komplikací a cítili úlevu, že už to mají všechno za sebou. Jeden z pacientů se dokonce vyjádřil, že pooperační období čekal horší. Jenom jedna pacientka se vyjádřila, že pooperační období pro ni bylo náročné. Domníváme se, že důvod, proč bylo pro pacientku pooperační období náročnější než u ostatních pacientů, bylo to, že necítila oporu rodiny. Kačírková (2012) ve svém výzkumu uvádí, že pacienti vnímají nemocniční prostředí jako neznámé a cizí, a proto pro ně rodina představuje jediný pevný a záchytný bod. Také

podotýká, že až šest respondentů z deseti považovalo rodinu za největší oporu v průběhu hospitalizace (Kačírková, 2012, s. 100).

Dalším faktorem, který ovlivnil pooperační vnímání pacientů, byl jejich fyzický stav. Při dotazování na pooperační průběh se nejvíce pacientů odvolávalo na bolesti. Dva pacienti uvedli, že právě bolesti nejvíce ovlivnily jejich pooperační průběh. Jeden z pacientů uvedl, že největší problém pro něj byl pooperační vomitus. Dva pacienti se vyjádřili, že u nich nenastaly žádné komplikace a byli prakticky bez bolesti. Sršeň (2019) ve svém kvantitativním výzkumu, který se zaměřuje na pooperační bolest, uvádí, že před operací očekávalo jenom 7,5 % pacientů, že bude bez bolesti, a překvapivě až 60 % respondentů bylo skutečně po operaci bez bolesti. Vliv na tenhle výsledek mohlo mít to, jak byli pacienti o pooperační bolesti edukováni před operací. Z osobní praxe víme, že to, jak pacient vnímá bolest, je velice individuální, protože každý má jiný práh bolesti, proto je těžké tenhle náš výsledek blíže zevšeobecnit. Co se týče pooperační nauzey a vomitu, u našeho respondenta se jednalo o pooperační komplikaci, kterou nelze předpokládat, a i když je tato komplikace nepříjemným prožitkem, lze ji správnou rehabilitací předcházet nebo ji lze při vzniku farmakologicky léčit. Matoušková (2020) ve svém článku uvádí, že pooperačním ileem trpí při laparoskopické radikální nefrektomii až 10 % pacientů a při otevřené radikální nefrektomii až 3 % pacientů (Sršeň, 2019, s. 42; Matoušková et al., 2020, s. 45).

Každý operační zákrok s sebou nese jistou míru diskomfortu v pooperačním období. Stejně tomu taky bylo i u pacientů po radikální nefrektomii. Z rozhovorů s pacienty nám vyplynulo, že diskomfort nevytvářely jenom pooperační komplikace a bolesti, ale také omezení ve formě zavedeného močového katétru nebo drénu, proto jsme v rámci výzkumného šetření zjišťovali také to, jaké pacienti zaujali k omezením postoje. Dalo by se říct, že největším problémem byl pro naše participanty zavedený močový katétr, i když tři pacienti se vyjádřili, že neměli problém s pooperačními omezeními a tolerovali je. Zbylí dva pacienti popisovali, že močová cévka je značně omezovala, zejména během spánku. Z rozhovorů víme, že všichni pacienti byli v předoperačním období zevrubně edukováni o močovém katéttru v pooperačním období. Domníváme se, že tento problém nastal v důsledku toho, že pacienti neměli předešlou zkušenost s močovým katétrem – na rozdíl od pacientů, kteří problém s močovým katétrem neměli. Dva z těch tří totiž uvedli při bližším dotazování, že močový katétr už v minulosti měli. Nebylo snahou otázek kladených participantovi zjistit, jestli už v minulosti měl zkušenost s močovým katétrem, ale lze předpokládat, že jistou zkušenost měl.

Jak pacienti subjektivně vnímali edukaci při propuštění po radikální nefrektomii?

V poslední části rozhovoru jsme se zajímali o edukaci při dimisi. Zjistili jsme, jaké pocity měli naši respondenti při dimisi a co jejich pocity ovlivňovalo. V prvním okamžiku, když se pacienti dozvěděli, že budou propuštěni do domácího prostředí, v nich začala převládat radost. Postupně ale začaly přibývat obavy a psychické vypětí. Všimli jsme si, že pocity pacientů měly přímou návaznost na to, jestli na ně doma někdo čekal, nebo ne. Jeden pacient to dokonce vyjádřil přímo, prohlásil: „*Doma nikoho nemám.*“ Další pacientka po bližším dotazování uznala, že byla v psychickém vypětí z důvodu, že neměla podporu od rodiny. Šibová (2012), která zkoumala vliv na rodiny na prožívání nemoci a rekonvalescenci, uvádí, že až 85 % respondentů si myslí, že pro pacienta je důležitý kontakt s rodinou. Osobně si myslíme, že kontakt s rodinou má veliký vliv na rekonvalescenci zejména po psychické stránce. Také Fazourová (2018) ve svém výzkumu uvádí, že během výzkumu se jako přínosné z psychické oblasti ukázaly projevy podpory, otevřená komunikace, pozitivní přístup a upřímný zájem rodiny (Šibová, 2012, s. 59; Fazourová, 2018, s. 97).

Z hlediska rekonvalescence bylo důležité to, jaké pacienti zaujmou postoje k režimovým opatřením. Všichni pacienti se jednohlasně shodli, že je důležité je dodržovat, a chápali, že jejich dodržování přispívá k rychlejší rekonvalescenci. Domníváme se, že to, jaké zaujmou pacienti postoje k režimovým opatřením, hodně závisí na tom, jak sestra pacienty edukuje. Kačírková (2012) ve své práci vyjádřila domněnku, že sestra podporuje pacientovi dovednosti, značnou měrou ovlivňuje jeho postoje a hodnoty k vlastnímu zdraví a životnímu stylu (Kačírková, 2012, s. 100).

10.5 Limity výzkumu

Limity výzkumu nebyly detekovány, rozhovory byly realizovány s pěti participanty a vzhledem k tomu, že došlo k nasycení dat, v dalším dotazování již nebylo pokračováno.

10.6 Doporučení pro ošetrovatelskou praxi

Výstupem této bakalářské práce a také doporučením pro ošetrovatelskou praxi je zpracovaný návrh mapy péče v pooperačním období o pacienty podstupující radikální nefrektomii v první pooperační den a v den dimise. Tato mapa péče bude po schválení vedoucími pracovníky určena pro urologické oddělení Karlovarské krajské nemocnice a.s. v Karlových Varech a je k nahlédnutí v *Příloze C*.

ZÁVĚR

Cílem předkládané kvalifikační práce bylo zjistit, jaké jsou zkušenosti pacientů podstupujících chirurgickou léčbu karcinomu ledvin. Pro naplnění tohoto cíle a určených dílčích cílů byly stanoveny výzkumné otázky, které odpovíděly na skutečnost, jaké jsou osobní zkušenosti pacientů z období před operací, v pooperačním období a při edukaci při propuštění.

Nástrojem nebo metodou sběru dat byly polostrukturované rozhovory s otevřenými otázkami. Rozhovory s participanty byly realizovány krátce po propuštění do domácího prostředí.

Výzkumem bylo zjištěno, že pacientovu zkušenost v předoperačním období ovlivňovala předešlá zkušenost, a to ať už s operačním výkonem, nebo s daným oddělením. Bylo zjištěno, že u pacientů převažovala úzkost a strach z neznámého. Co se týče předoperační přípravy, tu hodnotili pozitivně, nebo si ji dokonce ani nevybavovali. Faktem ale zůstává, že všem obavy z operace aspoň částečně zmírnily informace od zdravotního personálu. Dostatečná informovanost se tedy jevila jako nejpozitivnější bod v celém předoperačním období z hlediska subjektivního vnímání pacientů.

Zkušenosti pacientů v pooperačním období byly závislé na fyzickém stavu pacienta a pooperačních komplikacích. Negativní zkušenosti byly vesměs pacienty přičítány zejména pooperační bolesti a u někoho pooperačnímu vomitu. Co se týče pooperačních omezení, jako překážka se jevil, dle zkušeností participantů, zejména močový katétr. Lze ale říct, že z psychologického hlediska pacienti cítili úlevu, strach z nich opadl a měli radost, že operace dopadla v pořádku. Nevyvratitelným faktem, který se potvrdil i v našem výzkumu, nadále zůstává, že nejlépe vnímaným obdobím hospitalizace byla pro pacienty chvíle, kdy se dozvěděli, že budou dimitováni do domácího prostředí. V tomto momentu velkou roli sehrávala hlavně rodina a pacienti blízcí, kteří měli obrovský vliv na psychickou pohodu a následnou rekonvalescenci.

Výsledky výzkumného šetření vytvářejí obraz o subjektivním vnímání hospitalizace a zkušenostech pacientů podstupujících radikální nefrektomii. Na základě těchto pozitivních i negativních emocí vyjádřenými pacienty bylo možné vytvořit výstup této bakalářské práce, a to návrh mapy ošetrovatelské péče v pooperačním období, která by mohla posloužit při dalším ošetřování pacientů podstupujících radikální nefrektomii.

BIBLIOGRAFIE

BARANIKOVÁ, Michala. *Ošetrovatelské péče o pacienta po radikální prostatektomii*. Plzeň, 2022. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.

BÜCHLER, Tomáš; kolektiv, 2020. *Speciální onkologie: druhé vydání, aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Maxdorf. 296 s. ISBN 978-80-734-5651-1.

FAZOUROVÁ, Jitka. *Rodina a její možnosti pomoci pacientům s onkologickým onemocněním*. Zlín, 2018. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.

GORIN, Michael; ALLAF, Mohamad, 2019. *Diagnosis and surgical management of renal tumors*. Berlin: Springer. 329 s. ISBN 978-3-319-92309-3.

GURKOVÁ, Elena, 2019. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 95 s. ISBN 978-80-244-5627-0.

GURKOVÁ, Elena; ZELENÍKOVÁ, Renáta, 2017. *Klinické prostředí v přípravě sester organizace, strategie, hodnocení*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0583-0.

HANUŠ, Tomáš; MACEK, Petr; kolektiv, 2015. *Urologie pro mediky*. Praha: Karolinum. 305 s. ISBN 978-80-246-3032-8.

HEITZ, James, 2019. *Pooperační stavy, příznaky, diagnostika, postupy*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-271-0873-2.

HLAVÁČEK, Lukáš. *Vnímaní pacientů před a po operačním výkonu*. Brno, 2020. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.

HORA, Milan; DOLEJŠOVÁ, Olga; kolektiv, 2020. *Urologie pro studenty všeobecného lékařství*. Praha: Karolinum. 132 s. ISBN 978-80-246-4544-5.

JANÍKOVÁ, Eva; ZELENÍKOVÁ, Renáta, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-8.

KAČÍRKOVÁ, Michala. *Jednostranná nefrektomie z pohledu pacienta*. České Budějovice, 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

KHANNA, Rakesh; BRATSLAVKSY, Gennady; STEIN, Robert, 2018. *Surgical techniques for kidney cancer*. Berlin: Springer. 115 s. ISBN 978-1-4939-7690-4.

KISS, Igor; kolektiv, 2022. *Modrá kniha České onkologické společnosti*. 28. aktualizace. Brno: Masarykův onkologický ústav. 330 s. ISBN 978-80-86793-53-3.

LIBOVÁ, Ľubica; BALKOVÁ, Hilda; JANKECHOVÁ, Monika, 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-1466-4.

LOUNOVÁ, Veronika; ŠTUDENT, Vladimír, 2021. Diagnostika a staging nádorů ledvin. *Urologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 22(4), 177–180 [cit. 8. 12. 2022]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2021/04/03.pdf>.

MATOUŠKOVÁ, Michaela, 2020. *Léčba urogenitálních malignit, její nežádoucí účinky a možnosti jejich řešení*. Olomouc: Solen. 121 s. ISBN 978-80-7471-309-5.

MATUŠKOVÁ, Kristýna; ZVOLSKÝ, Miroslav, 2018. *TNM Klasifikace zhoubných novotvarů*. 8. vydání. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 266 s. ISBN 978-80-7472-185-4.

MELLANOVÁ, Alena, 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 987-80-247-5589-2.

MORONGOVÁ, Adéla. *Faktory ovlivňující spokojenost pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí*. České Budějovice, 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021. *Koncepce ošetrovatelství* [online]. Praha: MZČR. Poslední aktualizace 18. 5. 2021 [cit. 20. 2. 2022]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_oseetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf.

MÍŠOVIČ, Ján, 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon. 292 s. ISBN 978-80-7419-285-2.

PAVLOVSKÝ, Pavel; kolektiv, 2012. *Soudní psychiatrie a psychologie: 4., aktualizované vydání*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4332-5.

PÁRAL, Jiří; kolektiv, 2020. *Chirurgická propedeutika: Základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-135-7.

PLEVOVÁ, Ilona; kolektiv, 2018. *Ošetrovatelství I. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.

PROCHÁZKOVÁ, Pavlína. *Příprava pacienta před plánovaným operačním výkonem*. Brno, 2012. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství.

ROSOVÁ, Monika. *Strategie zvládnutí strachu před operačním výkonem*. České Budějovice, 2021. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka; kolektiv, 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 276 s. ISBN 978-80-247-2900-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka; kolektiv, 2021. *Ošetrovatelství v chirurgii II: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-271-1718-5.

SOCHOROVÁ, Nataša; VIDLÁŘ, Aleš, 2016. *Základy obecné urologie nejen pro sestry*. Olomouc: Solen. 108 s. ISBN 978-80-7471-142-8.

SRŠEŇ, Mojmír. *Pooperační bolest, její očekávání, průběh a spokojenost pacientů*. Pardubice, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

STASKOVÁ, Věra; kolektiv, 2019. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-2206-6.

STRÁNSKÁ, Kateřina. *Zkušenosti onkologicky nemocných s operačním zákrokem*. Olomouc, 2021. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství.

ŠIBOVÁ, Veronika. *Vliv rodiny na prožívání nemoci a rekonvalescenci u seniorů v domácí péči*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2017. *Obecná psychologie dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Karolinum. 416 s. ISBN 978-80-246-3268-1.

VÝROST, Jozef; SLAMĚNÍK, Ivan; SOLLAROVÁ, Eva, 2019. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada. 740 s. ISBN 978-80-247-5775-9.

WICHISOVÁ, Jana, 2020. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Praha: Grada. 88 s. ISBN 978-80-271-1029-2.

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů*. Praha: Parlament České republiky, 2011, ročník 2011, číslo 372. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#>.

ZEMANOVÁ, Jitka; MEZENSKÁ, Miluše, 2021. *Perioperační anesteziologická péče v kostce*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-1740-6.

ZVARA, Vladimír; HORŇÁK, Michal; kolektiv, 2010. *Urologické operace*. Martin: Osveta. 288 s. ISBN 978-80-8063-338-7.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Žádost o udělení souhlasu s výzkumem.....	59
Příloha 2: Informovaná souhlas pro rozhovor	60
Příloha 3: Návrh mapy ošetrovatelské péče pro urologické oddělení KKN a.s.	61

PŘÍLOHY

Příloha 1: Žádost o udělení souhlasu s výzkumem

Žádost o udělení souhlasu s výzkumem

Vážená paní

Mgr. Gabriela Fritsch Píchová

Náměstek pro nelékařská povolání a kvalitu

Nemocnice Karlovy Vary, Karlovarská krajská nemocnice a.s.

Bezručova 1190/19

Karlovy Vary 360 01

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření a vedení rozhovorů na urologickém oddělení

Jmenuji se Miroslav Berka a jsem studentem 3. ročníku na Západočeské univerzitě v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, program Všeobecné ošetrovatelství.

Ve své bakalářské práci se věnuji tématu ošetrovatelské péče o pacienta po radikální nefrektomii pro karcinom ledviny, a proto bych Vás rád požádal o souhlas s výzkumem.

Téma bakalářské práce:

OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA PO RADIKÁLNÍ NEFREKTOMII PRO KARCINOM LEDVINY

Výzkum bych rád provedl ve vaší nemocnici na urologickém oddělení, formou hloubkových rozhovorů s pacienty. S výsledky výzkumného šetření vás případně rád seznámím.

Miroslav Berka

student 3. ročníku bakalářského studia FZS ZČU v Plzni, program Všeobecné ošetrovatelství.

Souhlasím s provedením výzkumu:

.....

V Karlových Varech dne:

Příloha 2: Informovaná souhlas pro rozhovor

Informovaný souhlas pro rozhovor

Název bakalářské práce: Ošetrovatelské péče o pacienta po radikální nefrektomii pro karcinom ledviny

Student: Miroslav Berka

Mail studenta: berkam@students.zcu.cz

Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Student bakalářského programu: Všeobecné ošetrovatelství

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová, Ph.D.

CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:

Hlavním cílem práce je zjistit, jaké jsou zkušenosti pacientů podstupujících chirurgickou léčbu karcinomu ledvin.

Dílčí cíle práce:

- Zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali předoperační období před radikální nefrektomií
- Zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali pooperační období po radikální nefrektomii.
- Zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali edukaci při propuštění po radikální nefrektomii

S vaším povolením bude náš rozhovor nahráván na diktafon a bude součástí výzkumu. Sdělené informace budou použité pouze mnou jako studentem a vedoucím bakalářské práce, nikým jiným. Rozhovory po použití budou smazány.

Pokud budete chtít od výzkumu můžete kdykoliv odstoupit. Vaše identita bude zachována a bude použit pseudonym.

SOUHLAS S VÝZKUMEM:

Já

souhlasím s účastí ve výzkumu. Souhlasím s využitím mých odpovědí během rozhovoru pro bakalářskou práci. Rozumím, že mohu kdykoliv od výzkumu odstoupit, a že citace mých odpovědí během rozhovoru budou použity anonymně, nebudu v bakalářské práci nijak identifikován/a

Po přečtení informovaného souhlasu jej můžete podepsat děkuji.

Podpis účastníka/ce výzkumu:.....

Podpis studenta:.....

Příloha 3: Návrh mapy ošetrovatelské péče pro urologické oddělení KKN a.s.

Návrh mapy ošetrovatelské péče pro urologické oddělení KKN a.s.		
První pooperační den		Den dimise
Fyzická ošetrovatelská péče	Psychická ošetrovatelská péče	Příprava pacienta na domácí prostředí
<ul style="list-style-type: none"> • Překlad na standardní oddělení • Monitorace fyziologických funkcí • Analgetická terapie dle ordinace • Nefarmakologické tlumení bolesti • Observace krvácení a zvracení • Infuzní a antibiotická terapie • Prevence tromboembolické nemoci • Kontrola krevních výsledků • Případné podání krevních náhrad • Prevence před rizikem infekce <ul style="list-style-type: none"> ○ Péče o ránu ○ Péče o invazivní vstupy (PŽK, PMK, drén) • Kontrola bilance tekutin • Vertikalizace a mobilizace pacienta 	<ul style="list-style-type: none"> • Dostatečné předoperační informovanost o pooperačním období • Individuální péče • Dostatek prostoru na otázky • Psychická podpora 	<ul style="list-style-type: none"> • Edukace o péči o ránu • Edukace o dietním omezení • Důležitost pitného režimu • Edukace o fyzickém šetření • Edukace o následné dispenzarizaci • Edukace o možných pooperačních komplikacích • Nefarmakologické tlumení bolesti • Dostatek prostoru na otevřenou diskuzi • Odpověď a prostor na pacientovy otázky • Edukační letáky • Kontakt s rodinou a její edukace

Zdroj: Vlastní zpracování