

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Jaroslava Suková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Jaroslava Suková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PŘED A PO
CHIRURGICKÉ REKONSTRUKCI LEDVINNÉ PÁNVIČKY**

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 vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Suková Jaroslava

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta před a po chirurgické rekonstrukci ledvinné pánvičky

Vedoucí práce: Mgr. Kožíšková Zlata

Počet stran – číslované: 71

Počet stran – nečíslované: 35

Počet příloh: 1 CD

Počet titulů použité literatury: 42

Klíčová slova: edukace, hydronefróza, ledvinová pánvička, močový systém, ošetrovatelská péče

Souhrn:

Předmětem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta před a po chirurgické rekonstrukci ledvinné pánvičky. Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část je zaměřena na popis anatomie a fyziologie močového ústrojí a na vysvětlení pojmů hydronefróza a pyeloplastika. Popisuje předoperační a pooperační péči o pacienty s diagnostikovanou vrozenou hydronefrózou s indikovaným operačním řešením. V závěru teoretické části je přiblížen ošetrovatelský model Virginie Hendersonové a pojem edukace. Praktická část popisuje ošetrovatelskou péči o dva záměrně vybrané pacienty metodou kazuistiky. Jsou zde stanoveny ošetrovatelské diagnózy, sestaven edukační plán a provedeno srovnání obou kazuistik. Výstupem práce je edukační materiál pro pacienty po urologických operacích.

Abstract

Surname and name: Suková Jaroslava

Department: Nursing and Midwifery Assistance

Title of thesis: Nursing care of the patient before and after the surgical reconstruction of the kidney pelvis

Consultant: Mgr. Kožíšková Zlata

Number of pages – numbered: 71

Number of pages – unnumbered: 35

Number of appendices: 1 CD

Number of literature items used: 42

Keywords: education, hydronephrosis, renal pelvis, urinary systém, nursing care

Summary:

The subject of the bachelor thesis is nursing care of the patient before and after surgical reconstruction of renal pelvis. The thesis is divided into two parts. The theoretical part is focused on the description of the anatomy and physiology of the urinary tract and on the explanation of the terms hydronephrosis and pyeloplasty. Describes preoperative and postoperative care for patients diagnosed with congenital hydronephrosis with an indicated surgical solution. At the end of the theoretical part, Virginia Henderson's nursing model and concept of education are approached. The practical part describes the nursing care of two deliberately chosen patients by case report. There are established nursing diagnoses, prepared an educational plan and a comparison of both case studies. The output of the work is an educational material for patients after urological operations.

Poděkování

Děkuji Mgr. Zlatě Kožíškové za odborné vedení mé bakalářské práce, za poskytování cenných rad a materiálních podkladů, za její čas a trpělivost. Dále děkuji MUDr. Olze Dolejšové Ph.D. za poskytování odborných rad.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 MOČOVÝ SYSTÉM.....	13
1.1 Anatomie močového systému	13
1.1.1 Horní cesty močové	13
1.1.2 Dolní cesty močové	14
1.2 Fyziologie močového systému.....	15
1.2.1 Ledviny.....	15
1.2.2 Močové cesty.....	16
2 PATOLOGIE LEDVINOVÉ PÁNVIČKY	17
2.1 Komplikace hydronefrózy	18
2.1.1 Záněty.....	18
2.1.2 Litiáza.....	18
3 DIAGNOSTIKA HYDRONEFRÓZY	20
4 OPERAČNÍ ŘEŠENÍ VROZENÉ HYDRONEFRÓZY	21
4.1 Miniinvazivní přístupy k pyeloplastice.....	21
4.2 Otevřený přístup k pyeloplastice	22
5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V UROLOGII.....	23
5.1 Předoperační příprava	23
5.2 Pooperační péče	25
5.2.1 Ošetrovatelská péče o permanentní močový katétr	26
5.2.2 Ošetrovatelská péče o drenážní systém	27
5.2.3 Ošetrovatelská péče o nefrostomický drén.....	28
5.2.4 Ošetrovatelská péče o pacienta s ureterálním stentem	28
5.3 Úloha sestry v prevenci pooperačních komplikací	29
6 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL V. HENDERSONOVÉ	30
6.1 Metaparadigmatická koncepce modelu	30
6.2 Koncepce teorie modelu	30
6.3 Fáze poskytování základní ošetrovatelské péče.....	31
7 EDUKAČNÍ ČINNOST SESTRY	32
PRAKTICKÁ ČÁST	34
8 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	34
8.1 Hlavní cíl.....	34

8.2	Dílčí cíle.....	34
9	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	35
9.1	Formulace problému	35
9.2	Výzkumné otázky	35
10	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	36
11	METODIKA PRÁCE	37
12	KAZUISTIKA Č. 1	38
12.1	Anamnéza.....	38
12.2	Fyzikální vyšetření	40
12.3	Ošetrovatelský model Virgínie Hendersonové	41
12.4	Průběh hospitalizace.....	44
12.5	Ošetrovatelský plán	51
12.6	Edukační plán.....	56
13	KAZUISTIKA Č. 2	58
13.1	Anamnéza.....	58
13.2	Fyzikální vyšetření	59
13.3	Ošetrovatelský model Virgínie Hendersonové	60
13.4	Průběh hospitalizace.....	63
13.5	Ošetrovatelský plán	70
13.6	Edukační plán.....	75
	DISKUZE	77
	ZÁVĚR.....	82
	SEZNAM LITERATURY	83
	SEZNAM PŘÍLOH	87
	PŘÍLOHY	88

SEZNAM TABULEK

Tabulka	1
Edukace pacientky v péči o operační ránustr. 56	
Tabulka	2
Edukace pacienta o důležitosti dostatečného příjmu tekutinstr. 75	

SEZNAM ZKRATEK

amp.	ampule
BMI	Body Mass Index, index tělesné hmotnosti
CT	výpočetní tomografie
č.	číslo
EKG	elektrokardiografie
GCS	Glasgow Coma Scale - Glasgowské skóre hloubky vědomí
i. v.	intravenózně
LNFS	levá nefrostomie
mmHg	milimetr rtuťového sloupce
NFS	nefrostomie
P	tep
PMK	permanentní močový katétr
p. o.	perorálně
PŽK	periferní žilní katétr
RHC	rehabilitace
RTG vyšetření	rentgenové vyšetření
SpO ₂	saturace krve kyslíkem
s. c.	subkutánně
tbl.	tableta
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota

ÚVOD

Téma bakalářské práce z medicínského oboru urologie bylo vybráno záměrně. Urologický obor se vyvíjel jak v léčebné péči, tak v ošetrovatelských metodách. Došlo k výrazné změně v chirurgických přístupech a v materiálním zajištění, a také ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienty.

Vrozená hydronefróza je onemocnění, při kterém dochází k dilataci ledvinné pánvičky a ledvinných kalichů s městnáním moči. Často je tato vada diagnostikována až při projevujících se komplikacích daného onemocnění nebo zcela náhodou při vyšetření pro jiné zdravotní potíže. K chirurgickému řešení tohoto onemocnění je indikováno 25-50% pacientů. Operační výkon, tedy chirurgická rekonstrukce ledvinné pánvičky, se nazývá pyeloplastika.

Cílem práce je přiblížit ošetrovatelskou péči o pacienta před a po operaci pro vrozenou hydronefrózu, na což poukazují zpracované kazuistiky. Kazuistika číslo jedna je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacientku po pyeloplastické operaci otevřeným přístupem, druhá kazuistika je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienta po laparoskopické pyeloplastice. Pro pacienty je dle ošetrovatelského problému sestaven vhodný edukační plán. Výsledkem práce je vypracovaný edukační materiál pro pacienty, kteří jsou po urologických operacích v oblasti ledvin propuštěni do domácího ošetřování. Vypracovaný materiál bude k dispozici na odděleních urologické kliniky.

Literatura použitá v této práci nebyla starší deseti let. Byla vyhledána ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje, v Knihovně zdravotnických studií, na internetu a zapůjčena od MUDr. Olgy Dolejšové, Ph.D. a vedoucí bakalářské práce Mgr. Zlaty Kožíškové.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MOČOVÝ SYSTÉM

1.1 Anatomie močového systému

Močový systém (*systema urinarium*) tvoří horní a dolní cesty močové. Součástí horních močových cest jsou ledviny, které produkují moč, dále ledvinné kalichy, ledvinné pánvičky a močovody, kterými je moč odváděna do dolních močových cest. Ty tvoří močový měchýř a močová trubice, jimiž je vyloučena moč z těla ven.

1.1.1 Horní cesty močové

Ledviny (viz příloha A) jsou párový orgán uložený retroperitoneálně ve výši 12 hrudního obratle až 2-3 bederního obratle. Pravá ledvina bývá uložena níže než levá. Ledviny mají fazolovitý tvar, dosahují délky 10–12 cm, šíře 5-6 cm a síly 3,5-4 cm, u mužů váží 120-170 gramů, u žen o 15 gramů méně. Mají červenohnědé zbarvení a hladký povrch. Jsou obaleny tenkým vazivovým pouzdem (*capsula fibrosa*) a fasciálním pouzdem (*fascia renalis*) a jsou fixovány k okolí. Jsou tvořeny kůrou (*cortex renalis*), dřeni (*medulla renalis*) a skládají se z kanálků – nefronů. Nefron je tvořen z glomerulu, Bowmanova pouzdra, proximálního tubulu, Henleyovy kličky, distálního tubulu a sběracího kanálku. Větší část se nachází v kůře ledvin, do dřene zasahuje Henleyova klička a sběrací kanálek. Cévní zásobení ledvin zajišťuje levá a pravá ledvinná tepna (*arteria renalis sinistra* a *dextra*), která přivádí krev z břišní aorty. Levá a pravá ledvinná žíla (*vena renalis sinistra* a *dextra*) odvádí krev z ledvin do dolní duté žíly (*vena cava inferior*), zpět do krevního oběhu (Čihák, 2013, s. 265-285).

Močové cesty začínají menšími ledvinovými kalichy (*calices renales minores*), kterých je sedm až čtrnáct. Mají tvar pohárku a jsou uloženy v tuku uprostřed vnitřního okraje ledviny. Vybíhají směrem do dřene ledviny, kde do nich ústí jedna až tři ledvinové pyramidy (*papily*). Následně se dva až tři menší kalichy spojují do tří větších kalichů (*calices renales majores*), které vstupují do ledvinové pánvičky. Ledvinová pánvička (*pelvis renalis*) se nachází v hilu ledviny mezi větvíci se tepnami. Je dutým útvarem trojúhelníkového tvaru a vystupují z ní močovody. Pánvička má objem tři až osm centimetrů krychlových a její naplnění nad pět centimetrů krychlových je již bolestivě pocíťované. Stěna ledvinových kalichů a pánvičky je tenká, má tři vrstvy a vytváří nevyplněný útvar. Vnitřní vrstvu

tvoří sliznice (tunica mucosa), která je kryta přechodným epitelem, jenž nevstřebává vodu ani látky z moči a je typický pro celé močové cesty. Začíná u ledvinových papil, které jsou kryty jednovrstvým, cylindrickým epitelem. Střední vrstva je vazivově svalová (tunica muscularis), zevní vrstva je vazivová (tunica adventitia). Jsou známy dva typy kalichů s pánvičkami. První typ je ampulární, kdy je pánvička kulatější a objemnější s krátkými kalichy. Druhý typ je dendritický, kdy je pánvička štíhlá a kalichy jsou dlouhé, bohatě větvené (Čihák, 2013, s. 291-293).

Močovody (uretery) jsou párový orgán, trubice dlouhé dvacet pět až třicet centimetrů o průměru čtyři až sedm milimetrů. Vystupují z pánvičky za renálními cévami, sestupují retroperitoneálním prostorem přes okraj malé pánve, do níž vstupují. Dále zahýbají za spodinu močového měchýře a šikmo shora dolů vstupují do jeho stěny a ústí na jeho sliznici. Vnitřní část stěny je tvořena sliznicí, která je uspořádána do nízkých podélných řas. Při řezu ureterem vytváří hvězdicovitý vzhled. Střední část je tvořena svalovinou, která má dvě vrstvy, vnitřní podélnou a zevní cirkulární. V oblasti malé pánve je svalovina zesílena o třetí vrstvu, zevní podélnou, která je před vstupem do měchýře ještě zesílena svalovými pruhy a smyčkami, které vychází ze stěny močového měchýře. Vytváří ureterovou pochvu, která svými stahy brání návratu moče (refluxu) z močového měchýře zpět do ureteru. Zevní vrstvu tvoří vazivo. Mezi svalovinou a vazivem je žilní pleteň (Čihák, 2013, s. 294-296).

1.1.2 Dolní cesty močové

Dolní cesty močové tvoří močový měchýř (vesica urinaria) a močová trubice (urethra). Močový měchýř je dutý orgán uložený za symfýzou v malé pánvi, ve kterém se zadržuje moč. Na močovém měchýři je popisována spodina (fundus vesicae), tělo (corpus vesicae), vrchol (apex vesicae) a kaudální zúžení fundu měchýře (cervix vesicae), ze kterého vychází močová trubice. U fundu se nachází trojúhelníkové pole (trigonum vesicae), které je ohraničené ústími ureterů a vstupem do močové trubice. Stěna je tvořena sliznicí s podslizničním vazivem, které umožňuje složení do řas. Řasy nejsou v trigonu vesicae. Sliznice je pokryta přechodným epitelem a pod sliznicí je svalovina tvořena ze tří vrstev svalových vláken prostoupených vazivem. Ta mají vypuzovací funkci. Z části kolagenní vazivo (tunica adventitia) a z části peritoneum (tunica seróza) kryjí povrch močového měchýře (Čihák, 2013, s. 297-302).

Močová trubice je konečným úsekem močových cest, začíná vnitřním ústím (ostium urethrae internum) v močovém měchýři a končí zevním ústím (ostium urethrae externum) mezi malými stydkými pysky u žen a na vrcholu penisu u mužů. U žen je dlouhá 3-4 cm, u mužů 20-22 cm. Stavba mužské a ženské močové trubice je rozdílná. Močová trubice u žen má podle průběhu úsek intramurální, pánevní a hrázový. Naléhá na přední stěnu vagíny pomocí svalových a vazivových vrstev stěn. U mužů je močová trubice součástí mužských pohlavních orgánů. Má část intramurální, prostatickou, membranózní a spongiózní (Čihák, 2013, s. 307-308, 345-347.)

1.2 Fyziologie močového systému

Tělo člověka, tvořené obrovským množstvím buněk, má velkou spotřebu živin a tvoří mnoho odpadních látek. Odpadní látky z buněk přechází do krve a jsou z těla vylučovány plicemi, kůží a ledvinami. Ledviny a močové cesty se podílí na vylučování odpadních a přebytečných látek rozpuštěných ve vodě a udržují stálé vnitřní prostředí (homeostázu). Organismus je schopný regulovat vylučování podle svojí potřeby (Rokyta, 2015, s. 297).

1.2.1 Ledviny

Ledviny dokáží za den přefiltrovat 1700 litrů krve a vytvořit přibližně 1,5 litru hypertonické moči. Funkční a stavební jednotkou je nefron. Každá jeho část má svojí funkci. V glomerulu dochází k ultrafiltraci plazmy z krve přitékající z vas afferens, filtruje se do prostoru mezi vnitřní a vnější list Bowmanova pouzdra a odtéká do proximálního tubulu jako primární moč. V proximálním tubulu dochází ke zpětnému vstřebávání větší části primární moči. Ta teče do Henleovy kličky, její sestupné raménko propouští vodu a ionty do interstitia, na vrcholu kličky se moč koncentruje a ve vzestupném raménku dochází ke vstřebávání sodíku a chloridů do interstitia. Vzestupné raménko je nepropustné pro vodu. V distálním tubulu dochází ke vstřebávání vody, sodíku, chloridu, draslíku, bikarbonátu a močoviny a k vylučování vápníku a fosfátů. Udržuje stálý objem a složení extracelulární tekutiny za pomoci antidiuretického hormonu, aldosteronu a atriálního natriuretického peptidu. Ve sběracích kanálcích dochází k zahušťování moči dle potřeb organismu a vzniká definitivní moč (Rokyta a spol., 2016, s. 183-186).

Ledviny mají funkci vylučovací, endokrinní, homeostatickou a metabolickou. Vylučují z těla do moči přebytečné látky, které jsou rozpustné ve vodě, jako ionty, zplodiny metabolismu (kyselina močová, močovina, kreatinin), hormony (adrenalin, serotonin) a cizorodé látky. Endokrinní funkce spočívá v tvorbě hormonů erythropoetinu a trombopoeti-

nu, které regulují tvorbu červených krvinek a krevních destiček. Při sníženém prokrvení ledvin juxtaglomerulární aparát produkuje enzym renin, který se podílí na regulaci krevního tlaku a na složení krevní plazmy spolu s angiotenzinem a aldosteronem. Dochází zde k přeměně vitamínu D na kalcitriol. V ledvinách dochází i k odbourávání hormonů např. inzulínu a parathormonu. Metabolickou funkci mají proto, že jsou schopné ihned po jídle a při stresu produkovat glukózu (glukoneogeneze), podobně jako játra. V rámci homeostatické funkce se podílí na řízení objemu krve a výši krevního tlaku. Je-li objem krve zvýšený a zvýšený krevní tlak, dochází ke zvýšené tvorbě a zvýšenému vylučování moči. Při sníženém objemu krve a sníženém krevním tlaku se zvyšuje vstřebávání vody a sodíku zpět do krevního oběhu. Ledviny udržují koncentraci iontů v plazmě a podílí se na udržení acidobazické rovnováhy (Rokyta a spol., 2016, s. 188).

1.2.2 Močové cesty

Močové cesty slouží k odtoku definitivní moči z těla a nedochází zde ke změnám ve složení a množství moči. Do ledvinových kalichů přitéká definitivní moč ze sběrných kanálků přes papilární vývody. Z kalichů přetéká moč do ledvinové pánvičky, kde se krátce zadržuje. Pánvička se naplní močí do určitého objemu, poté se uvolní 2-5 ml moči a vznikne močové vřetenko, které stéká močovodem do močového měchýře rychlostí tři centimetry za minutu. Je-li vyšší diuréza, zvýší se objem vřetenka i rychlost posunu (Rokyta a spol., 2016, s. 192). Ze sběrných kanálků moč přitéká plynule, z kalichů a pánvičky odtéká za pomoci stahů jejich stěny. Močovody ji transportují aktivně peristaltickými stahy, vždy močovodem protéká jedno vřetenko (Čihák, 2013, s. 296).

Přitékající moč se v močovém měchýři hromadí. Objem močového měchýře je 500-700 centimetrů krychlových. Nucení na močení se dostavuje při náplni 250-300 centimetrů krychlových (Čihák, 2013, s. 297). Na vyprazdňování močového měchýře se podílí hladká svalovina močového měchýře (*musculus detrusor vesicae*). Při vylučování moči se postupně stahuje, moč je vytlačována do močové trubice. Močový měchýř má vnitřní svěrač z hladké svaloviny, který není ovlivnitelný vůlí a zevní svěrač z příčně pruhované svaloviny, který je ovlivnitelný vůlí. K močení (mikci) dochází čtyřikrát až šestkrát za den (Rokyta, 2016, s. 192).

2 PATOLOGIE LEDVINOVÉ PÁNVIČKY

Patologie ledvinové pánvičky, pro kterou se provádí chirurgická rekonstrukce, se nazývá **hydronefróza**. Označuje se tak stav, kdy dochází k postupné dilataci ledvinové pánvičky a ledvinových kalichů s městnáním moči. Může způsobit až atrofii ledvinového parenchymu (Kawaciuk, 2009, s. 110).

Získaná hydronefróza se také nazývá obstrukční hydronefróza a vzniká v důsledku blokády močovodu konkrementem, zánětem, koagulem, stenózou, tumorem, fibrotickými změnami či expanzivními procesy z okolních tkání (Kolombo a kol., 2016, s. 4). Je-li jedna ledvina postižená obstrukcí, je druhá ledvina schopná zajistit bilanci tekutin, ale na základě zvýšené funkce může dojít k její hypertrofii (Hanuš, Macek a kolektiv, 2015, s. 95-99).

Příčinou vrozené hydronefrózy (viz příloha B 1) je vnitřní zúžení pyeloureterálního přechodu, vnější útlak a sekundární obstrukce. Zúžení pyeloureterálního přechodu je nejčastější vnitřní příčinou, dvakrát častěji se vyskytuje u chlapců než dívek a častěji na levé ledvině. Vnitřní příčinou obstrukce jsou vzácně slizniční záhyby, které v pyeloureterálním přechodu fungují jako chlopně. U dospělých osob bývá příčinou vrozené hydronefrózy nejčastěji mechanický vnější útlak způsobený aberantními cévami, které jsou před pyeloureterálním přechodem nebo proximálním močovodem. Sekundární obstrukci může také způsobit závažný vezikoureterální reflux a zúžení dolního segmentu rozdvojením ureteru při zdvojené ledvině (Kawaciuk, 2009, s. 110).

Rozvoj hydronefrózy souvisí s tlakem uvnitř pánvičky, který je za normální situace téměř nulový. Při obstrukci se intrapelvický tlak zvyšuje, blíží se filtračnímu tlaku v glomerulech a ubývá močový infiltrát. Na to reaguje juxtaglomerulární aparát, kterým se aktivují další procesy končící fibrózní přeměnou interstitia. Poškození parenchymu ledviny může vést až ke změně ledviny v afunkční vazivově fibrózní vak. Odstraní-li se překážka včas, může se parenchym ledviny částečně zregenerovat (viz příloha C). Ireverzibilní je pozdní fibrózní přeměna parenchymu s hyalinizací (Kawaciuk, 2009, s. 110).

Klasifikace vrozených hydronefróz

1. stupeň – mírně rozšířená pánvička, kalichy bez dilatace, šířka parenchymu je normální
2. stupeň – rozšířená pánvička a jeden nebo několik kalichů, šířka parenchymu je normální

3. stupeň – dilatovaná pánvička a všechny kalichy, šířka parenchymu je normální

4. stupeň – výrazná dilatace pánvičky a kalichů, redukce parenchymu ledviny (Kawaciuk, 2009, s. 111).

2.1 Komplikace hydronefrózy

Komplikace jsou závislé na délce trvání hydronefrózy, na stupni a na místu obstrukce, zdali je úplná či částečná, jedno či oboustranná, akutní či chronická. Záleží na funkčním stavu ledvin a na schopnosti se uzdravit. Nejčastějšími komplikacemi hydronefrózy jsou infekce a litiáza (Hanuš, Macek, 2015, s. 95).

2.1.1 Záněty

V důsledku hydronefrózy jsou časté infekce parenchymu ledviny a ledvinové pánvičky – akutní pyelonefritis. Infekce často vzniká v dolních močových cestách a postupuje vzhůru do ledviny. Často ji způsobují bakterie *Escherichia coli*, *Proteus* či *Klebsiella*, jež se běžně nachází v zažívacím traktu. Zánět může přejít v chronický, který je spojen s nebakteriální infekcí a se zánětlivými stavy původu imunologického, metabolického či chemického. Mezi příznaky akutní pyelonefritis patří třes, zimnice, horečky, malátnost a tupé bolesti v boku. V laboratorním vyšetření krve jsou zvýšené zánětlivé parametry, v moči je přítomnost bílkoviny, krve a bakterií. Léčba spočívá v podávání antibiotik perorálně či intravenózně podle klinického stavu, dále v klidu na lůžku, v dostatečném příjmu tekutin, ve snižování tělesné teploty a ve sledování krevního tlaku a tepu (Nair, 2017, s. 110).

Nejtěžším závažným stavem je urosepse. Řadí se mezi tzv. SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) – syndrom systémové zánětlivé odpovědi. Jde o život ohrožující stav, kdy dochází k poruchám funkcí orgánů, které nesouvisí s infekčním ložiskem. Hlavní je endoteliální poškození a porucha mikrocirkulace (Kolombo a spol., 2016, s. 52-53). Pyelonefritis se může komplikovat vznikem renálního abscesu, který se může šířit do okolí ledviny. (Zámečník, Macek, 2012, s. 19).

2.1.2 Litiáza

Další komplikací hydronefrózy je litiáza (viz příloha B 2). Vzniká v důsledku mechanické překážky odtoku moči. Může být asymptomatická nebo se projeví příznaky infekce či ledvinovou kolikou. V důsledku infekce nasedají na litiázu příznaky jako u akutní pyelonefritis a přetrvávající pocit na močení. Léčba konzervativní se zaměřuje na tišení bolesti, dostatečný příjem tekutin a podávání antibiotik dle příznaků. Chirurgická léčba je doporučena u litiázy tehdy, když konkrement nemůže spontánně projít močovými cestami

a způsobuje komplikaci, obstrukci močových cest. K chirurgické léčbě při akutní obstrukci močových cest se nejčastěji využívá endoskopické metody cystoskopie se zavedením ureterálního stentu či ureterorenoskopie. Provádí se rigidním nebo flexibilním ureterorenoskopem. Litiáza je pak odstraněna z pánvičky či kalichů při pyeloplastické operaci (Nair, Peate, 2017, s. 113-114; Zvara a kol., 2010, s. 31, 41, 243).

Ledvinová kolika způsobená sestupující litiázou se projeví opakovanou, kolikovitou bolestí v bederní oblasti vystřelující do oblasti třísel až do stehů na jejich vnitřní straně. Je provázena nauzeou, zvracením a nadýmáním (Nejedlá, 2015, s. 239).

3 DIAGNOSTIKA HYDRONEFRÓZY

K diagnostice hydronefrózy napomáhají odebrané anamnestické údaje od pacienta, výsledky z provedeného fyzikálního vyšetření, provedených laboratorních vyšetření a zobrazovacích metod. Odběr anamnézy pomůže lékaři odhalit začátek obstrukce a její možnou příčinu. Proto se lékař zajímá o předchozí potíže pacienta, kterými jsou ledvinová kolika, operační výkon, nádorové onemocnění, ozařování, opakované močové infekce a jiné. Důležitým fyzikálním vyšetřením je poklep a pohmat. Při vyšetření poklepem je u hydronefrózy bolestivě pocíťovaná bimanuální palpace, bývá pozitivní tapotement, což je poklep malíkovou hranou ruky na oblast ledvin. Při vyšetření pohmatem je možné při pokročilé hydronefróze nahmatat v podžebří hladkou rezistenci (Hanuš, Macek, 2015, s. 96).

Laboratorně se provádí vyšetření krve biochemické a hematologické, kterými zjišťujeme, zda jsou změněny renální parametry (urea, kreatinin) a zánětlivé parametry (c-reaktivní protein, leukocyty, prokalcitonin). Biochemické vyšetření moči slouží ke zjištění přítomnosti krve, bílkovin, bakterií, leukocytů a poukáže na změnu pH moči (Hanuš, Macek, 2015, s. 96).

Hlavní význam v diagnostice mají zobrazovací metody. Nejpoužívanější metodou, kterou lze zjistit dilataci dutého systému, šíři parenchymu a eventuální obstrukci, je ultrasonografie. Příčinu obstrukce nejlépe odhalí výpočetní tomografie (dále jen CT) a CT intravenózní vylučovací urografie s pozdními rentgenovými snímky po aplikaci furosemidu, protože mají nejlepší rozlišovací schopnost. Dříve se nejčastěji používalo rentgenové vyšetření (dále jen RTG vyšetření) s kontrastní látkou, intravenózní vylučovací urografie. Především pozdní snímky mají význam v odhalení anatomické příčiny obstrukce v horních močových cestách. Pro zvýšené riziko nefropatie a alergické reakce na jodovou kontrastní látku se v současnosti používá již méně. Dalším vyšetřením je izotopové vyšetření ledvin. Pacientovi se při vyšetření podává radiofarmakum v kombinaci s diuretikem. Jde o dynamické vyšetření, které pomáhá zhodnotit změny funkce ledvin a rychlost odtoku moči močovými cestami (Hanuš, Macek, 2015, s. 96-98).

4 OPERAČNÍ ŘEŠENÍ VROZENÉ HYDRONEFRÓZY

Rekonstrukční operace ledvinové pánvičky při vrozené hydronefróze se nazývá pyeloplastika. Je indikovaná u pacientů s hydronefrózou s poklesem ledvinové funkce pod 40 % a u pacientů s komplikacemi – s litiázou a opakovanými záněty. Při funkci ledviny pod 10 % se provádí odnětí ledviny - nefrektomie (Kawaciuk, 2009, s. 113-114).

K chirurgickému řešení hydronefrózy se používají dva typy operací. Nejčastěji používaným typem je rekonstrukce ledvinové pánvičky podle Andersona a Hynese (1949). Druhým typem je laloková plastika podle Kučery (1966), která je vhodná tam, kde je nutno přemostit delší úsek zúženého ureteru pod ledvinovou pánvičkou. Účelem pyeloplastiky je odstranění překážky na přechodu ledvinové pánvičky do močovodu. Je-li příčinou aberantní cévní svazek, provádí se antepozice pánvičky a močovodu (Zvara, Horňák a kol., 2010, s. 38, 272-273).

4.1 Miniinvazivní přístupy k pyeloplastice

Mezi miniinvazivní přístupy k pyeloplastické operaci patří přístup laparoskopický a robotický, přičemž rekonstrukce ledvinové pánvičky je prováděna shodným postupem. Laparoskopie je vhodná pro všechny pacienty. Robotický typ operace se používá spíše u dospělých pacientů, méně u dětí. Pro omezený prostor v retroperitoneu je tento přístup u dětí technicky náročný. Přednostně se uplatní spíše při pyeloplastice vlevo, kde je umožněn přímý přístup k ureteropelvicke junkci (Wein, Kavoussi a Campbell, 2012, s. 3222).

Laparoskopická pyeloplastika se provádí v celkové anestezii transperitoneálně nebo z retroperitonea po založení kapnoperitonea a umístění optického portu a dvou pracovních portů. Na začátku operace je do močového měchýře zaveden permanentní močový katétr (dále jen PMK). Operátor pronikne k postižené ledvinové pánvičce a močovodu, provede resekci zúžené části močovodu, rekonstrukci pánvičky a antepozici močovodu. Do močovodu je vložen ureterální stent, kterým je zajištěna derivace moči a zhojení ušité anastomózy. K ledvinové pánvičce je vložen spádový drén a jsou uzavřeny incize klipy nebo stehem (Zvara, Horňák a kol., 2010, s. 272-273).

4.2 Otevřený přístup k pyeloplastice

Provádí se u pacientů, kde není možné provést laparoskopický výkon z anesteziologických důvodů nebo u pacientů po předchozích mnohočetných výkonech v dutině břišní. Princip operace je obdobný jako u laparoskopického výkonu, ale je vybrán operační přístup z lumbotomie. Po resekci ledvinové pánvičky se před suturou pánvičky s močovodem vloží do ledvinové pánvičky nefrostomický (dále jen NFS) drén nebo nefrostomický intubační drén, jehož tenká intubační cévka je vsunuta do ureteru. Nefrostomický drén zajišťuje derivaci moči k lepšímu zhojení anastomózy. Po provedení anastomózy se vloží k ledvině podtlakový drén a rána se po vrstvách uzavře (Hanuš, Macek a kol., 2015, s. 267; Zvara, Hornák a kol., 2010, s. 38-40).

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V UROLOGII

Ošetrovatelskou péčí v urologii by měly urologickým pacientům poskytovat sestry s odbornými znalostmi a dovednostmi v oblasti urologického ošetrovatelství, v oblasti komunikace se schopností posoudit stav pacienta a zajistit holistický přístup v ošetrovatelské péči. Sestra je svojí přítomností pacientovi dosažitelná, dle potřeby a aktuálního stavu pacienta hovoří a diskutuje s pacientem o jeho obavách vyplývajících např. z nemoci, z operačního výkonu, z bolesti. Provádí u pacienta edukaci. Nutná je spolupráce mezi sestrami, lékaři a dalšími odborníky k zajištění kvalitní péče a spokojenosti pacienta (Crowe, 2014, s. 178-182).

5.1 Předoperační příprava

Cílem předoperační přípravy je snížení rizik a zabezpečení nekomplikovaného průběhu operace a pooperačního léčení. Velmi významný je empatický přístup zdravotnických pracovníků a vstřícná komunikace vedoucí k eliminaci úzkosti a strachu pacienta (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 39).

Předoperační příprava je dělena na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Dlouhodobá předoperační příprava začíná ve chvíli, kdy lékař rozhodne u pacienta o nutnosti operačního výkonu. Součástí této přípravy je provedení nutných předoperačních vyšetření. Tato vyšetření provádí praktický lékař nebo lékař internista a další specialisté v případě přidružených onemocnění (diabetolog, neurolog, hematolog...). V rámci předoperačního vyšetření je nutné provést fyzikální vyšetření, změření fyziologických funkcí, vyšetření moči na močový sediment a na biochemické vyšetření, biochemické vyšetření krve (jaterní a ledvinové testy, ionty, glukóza) a hematologické vyšetření krve (krevní obraz, hemokoagulační vyšetření). Dále je provedeno elektrokardiografické (dále jen EKG) vyšetření a nativní RTG vyšetření plic a srdce (Slezáková, 2010, s. 34-35).

Výsledky těchto vyšetření nesmí být před termínem operace starší než jeden měsíc u dospělého pacienta a dva týdny u dětí. Rozsah předoperačních vyšetření je dán zdravotním stavem pacienta, typem anestézie a typem operačního výkonu (Cvachovec, Herold, Černý, Ševčík a Horáček, 2011).

Před urologickým operačním výkonem je vždy nutné v rámci dlouhodobé přípravy provést bakteriologické vyšetření moči. Nemá-li pacient dle bakteriologického vyšetření

moči negativní výsledek, je nutná antibiotická léčba dle zjištěné citlivosti patogenu na antibiotika (Zvara, 2010, s. 38).

Krátkodobá předoperační příprava probíhá 24 hodin před plánovaným operačním zákrokem a začíná příjmem pacienta k hospitalizaci na lůžkové oddělení nemocnice. V rámci fyzické přípravy k operaci je důležitá celková hygiena o tělo, nehty a vlasy. Je provedena příprava operačního pole oholením s následným omytím desinfekčním mýdlem. Příprava střeva se provádí dle typu operace. V některých případech se vyprázdnění střeva neprovádí, jindy se aplikují čípky či se podává klyzma nebo rektální roztok k vyprázdnění stolice z dolní části střeva a konečníku. Je nutné, aby pacient lačnil dvě až osm hodin před plánovaným časem operačního výkonu dle anesteziologického doporučení. Od příjmu poslední plné porce jídla musí uplynout osm hodin, od porce lehkého jídla šest hodin a od příjmu tzv. čirých tekutin dvě hodiny. Dle ordinace lékaře jsou intravenózně podávány infuzní roztoky k zajištění hydratace pacienta. V tomto případě je sestrou zaveden periferní žilní katétr (dále jen PŽK) již na oddělení. Na žádost pacienta jsou mu do trezoru uloženy cennosti a větší částka peněz, uložení je potvrzeno podpisem pacienta (Slezáková, 2010, s. 35; Černý, Cvachovec, Ševčík a Šturma, 2009).

V rámci krátkodobé anesteziologické přípravy anesteziologický lékař zhodnotí zdravotní stav pacienta na základě provedených předoperačních vyšetření, doporučuje doplňující vyšetření, rozhodne o vhodnosti podání narkózy. Pacienta seznámí s anestézií, s jejími riziky, sepiše premedikaci k výkonu a pacient podepíše informovaný souhlas s anestézií (Slezáková, 2010, s. 35).

Na základě premedikace jsou pacientovi večer podány léky ke snížení strachu a pro klidný spánek. Léky snižující strach jsou někdy podávány i brzy ráno. Premedikace je podávána s cílem zmírnit úzkost pacienta, jako prevence nauzey, zvracení a aspirace, ke zmírnění slinění a sekrece v dýchacích cestách, k tlumení vagových reflexů a k omezení vedlejších účinků anestetik. Je úvodem do anestézie (Jedličková, 2012, s. 236-237).

Na psychické přípravě se podílí sestry a lékaři. Jejím účelem je eliminovat úzkost, strach a stres z operace. Důležitá je vzájemná komunikace, je třeba pacientovi vše vysvětlit, zodpovídat všechny jeho otázky a vyslechnout jeho obavy z operace a pooperačního stavu se zájmem a empatií (Jedličková, 2012, s. 235).

Bezprostřední předoperační příprava je omezena na dvě hodiny před operací. Zahrnuje kontrolu oholení operačního pole, přiložení bandáží či oblečení kompresivních punčoch na dolní končetiny. Jsou uschovány protetické pomůcky označené jménem pacienta. Snímatelné zubní náhrady pacient vyjme z úst a vloží do připravené nádoby. Podle ordinace anesteziologa je aplikován opiát dle premedikace a pacient je odvezen na operační sál. Vše je pečlivě zaznamenáno do dokumentace (Slezáková, 2010, s. 35-36).

5.2 Pooperační péče

Pooperační péče je dána typem operace a zdravotním stavem pacienta. Obvykle již před operací se předpokládá pooperační sledování na standardním oddělení, pooperačním pokoji či na lůžku jednotky intenzivní péče nebo anesteziologicko resuscitačním oddělení (Schneiderová, 2014, s. 72).

Po ukončení celkové anestézie a po extubaci pacienta jsou monitorovány základní životní funkce, tedy puls (dále jen P), krevní tlak (dále jen TK), saturace krve kyslíkem (dále jen SpO₂), tělesná teplota (dále jen TT) a vědomí pomocí Glasgow Coma Scale (dále jen GCS). Je nutné sledovat obvazy na operační ráně, odvody z drénů a katétrů. Bolest je tišena analgetiky a tekutiny hrazeny infuzní terapií dle doporučení anesteziologa či ošetřujícího lékaře, který provedl pooperační kontrolu pacienta. Dvě hodiny pacient lační, poté může po doušcích přijímat malé množství čaje či neperlivé vody. Je sledována bilance tekutin.

Pokud je pacient po operačním výkonu předáván z operačního sálu na pooperační pokoj či lůžka intenzivní péče, je dle zdravotního stavu překládán na standardní lůžko po dvou až dvaceti čtyřech hodinách nebo i později (Schneiderová, 2014, s. 72).

Na standardním lůžkovém oddělení je pacient uložen do připraveného čistého lůžka. V intervalech určených lékařem jsou kontrolovány základní životní funkce. Pacient má dostupnou signalizaci, aby mohl dle potřeby zavolat zdravotnický personál. Je kontrolován obvas na operační ráně, zavedený periferní či centrální žilní katétr, jsou sledovány odvody z drénů a katétrů a bilance tekutin. U pacientů, kteří nemají po operaci zavedený permanentní močový katétr, je nutné sledovat první spontánní mikci. Stejně tak je sledována spontánní mikce i u pacientů, kterým byl permanentní močový katétr v pooperačním období odstraněn. Dále je tišena bolest, eventuálně tlumena nauzea a zvracení. Po celkové anestézii přechodně vymizí střevní peristaltika. Je sledována její obnova a odchod plynů a stolice. Záleží na typu operace. Podle typu operace je pacientovi podávána strava běžná

nebo se postupně přechází na běžnou stravu přes dietu čajovou, tekutou a kašovitou. Součástí pooperační péče je rehabilitační péče (dále jen RHC), kterou provádí rehabilitační pracovníci i zdravotnický personál oddělení. Sestry dopomáhají nemocnému s hygienickou péčí a zaměřují se na prevenci vzniku komplikací. Nemocného psychicky podporují (Schneiderová, 2014, s. 72-73).

Po laparoskopické pyeloplastice má pacient v ráně vložený spádový drén, má zavedený PMK a ureterální stent (viz příloha D 1). Drén se odstraňuje druhý až třetí pooperační den podle množství odvedeného sekretu z operační rány. PMK je možné odstranit čtvrtý pooperační den. Pacientovi je doporučeno jeden až dva dny rehabilitovat na lůžku. Nemá-li pacient potíže, může být propuštěn do domácího ošetřování. K odstranění ureterálního stentu je nemocný pozván po 21. pooperačním dni a do týdne po odstranění ureterálního stentu je pacientovi provedeno kontrolní sonografické vyšetření (Zvara, Horňák a kol., 2010, s. 272-273).

Po otevřené pyeloplastice má pacient zavedený nefrostomický drén (viz příloha D 2), podtlakový drén v operační ráně a PMK. Z nefrostomického drénu je sledován odvod moči a odstraňuje se dle ordinace lékaře sedmý až desátý pooperační den. Podtlakový drén, který je vložen v operační ráně k ledvinové pánvičce, se odstraňuje druhý až čtvrtý pooperační den, po snížení odvodu sekretu z operační rány. PMK je odstraněn po mobilizaci nemocného (Zvara, Horňák a kol., 2010, s. 38-40).

5.2.1 Ošetřovatelská péče o permanentní močový katétr

Permanentní močový katétr (Foleyův katétr) je pacientům operovaným pro vrozenou hydronefrózu zaváděn při operačním výkonu. Po aseptickém zavedení katétru do močového měchýře je provedena jeho fixace naplněním retenčního balónku vodou pro injekce dle doporučení výrobce, nejčastěji množstvím deset mililitrů vody pro injekce. Na PMK je napojen sběrný močový sáček.

Ošetřovatelská péče o PMK je zaměřena na minimalizaci rizika vzniku infekce. Problémovými místy jsou vstup katétru do ústí uretry, spojení sběrného sáčku s katétrem a výpusť sáčku. Sběrný sáček má být pověšen pod úroveň močového měchýře, nejlépe na postranici lůžka nebo při chůzi fixován na stehno. Chybou je položení sáčku na podlahu. Sběrný sáček má být pravidelně vypouštěn, aby se nepřeplnil močí. Při vypouštění moči ze sáčku se nemá výpusť dotýkat stěn nesterilních nádob. Výměny sběrného sáčku jsou prováděny dle doporučení výrobce. Sběrný sáček je označen datem výměny pro snadnou kon-

trolu intervalu k výměně. PMK se má od sběrného sáčku rozpojovat co nejméně. Pacient je poučen o manipulaci s katétrem a se sběrným sáčkem a o tom, jak se s ním s opatrností pohybovat, aby nedošlo k zalomení katétru nebo odvodné hadice, eventuálně při zatažení až k jeho extrakci. Pacient je poučen o zásadách hygieny rukou, které je nutné praktikovat při každé manipulaci s cévkou. Dále je poučen o hygienické péči o genitál a PMK a o pitném režimu. Je třeba kontrolovat množství moči, její zápach a možnou přítomnost příměsí. Je nutno sledovat, zda si pacient nestěžuje na potíže související se zavedeným PMK jako je bolestivost, řezání a pálení v uretře, zda nemá výtok z uretry či zvýšenou tělesnou teplotu. Do dokumentace je proveden záznam o zavedení, výměně a odstranění PMK a o výměně sběrného sáčku. Jsou zaznamenány vzniklé potíže (Vytejková, 2013, s. 124, 126, 135-138; Macek, 2011, s. 124-126; Streitová, 2015, s. 110-111).

5.2.2 Ošetřovatelská péče o drenážní systém

Drenážní systém je tvořen drénem a sběrnou nádobou. Jeho preventivním úkolem je odvádět sekret z operační rány, aby se zde nehromadil. Terapeutickým úkolem je vyprázdnění sekretu z místa, kde se již nahromadil. Dalším úkolem je signalizovat vážné komplikace, například krvácení po operaci. Po pyeloplastické operaci se setkáváme s drenáží spádovou a podtlakovou. Spádová drenáž odvádí sekret z operační rány pasivním způsobem. Do rány je vložena syntetická hadička s otvory, která je stehem přichycena ke kůži a okolí zakryto sterilními čtverci mulu. Některý spádový drén je napojen na sběrný sáček, jiný je vložena do sterilního lepícího drenážního sáčku, ale bez sterilního krytí okolí drénu. Podtlaková drenáž zajišťuje aktivní a nepřetržitě sání sekretu nejčastěji z operační rány. Nádoby, ve kterých je podtlak, mohou být vyrobeny ze skla, tvrdého plastu nebo měkkého plastu.

Ošetřovatelská péče o drény je úkolem sestry. Sestra sleduje jejich funkčnost, množství a charakter sekretu. U podtlakové drenáže kontroluje podtlak v nádobce a na nádobce označuje výši hladiny sekretu za předchozí den. Má-li pacient více drénů, musí být správně označeny a výdeje správně zapsány do dokumentace. Opatrně s drény manipuluje při převazu, i když jsou přišity stehem, aby nedošlo k jejich odstranění. Při převazu provede dezinfekci kůže směrem od drénu do jeho okolí. Podle typu drénu provede sterilní zakrytí a fixaci krytí. Pacient je sestrou poučen o vhodné manipulaci s drénem. O odstranění drénu rozhodne lékař, sestra asistuje. Před odstraněním drénu je nutné u podtlakové drenáže přerušit podtlak tlakou, aby nebyly poraněné okolní tkáně při jeho vynětí. Je odstraněno vrchní krytí, provedena dezinfekce kůže, odstranění stehu nůžkami, vynětí drénu a při-

ložení sterilního krytí s jeho fixací. Někdy se konec drénu odesílá na mikrobiologické vyšetření ve sterilní zkumavce (Vytejková, 2015, s. 248-255).

5.2.3 Ošetřovatelská péče o nefrostomický drén

Nefrostomie je zaváděna za účelem derivace moči z ledvinové pánvičky. Je zavedena perkutánní punkcí přes stěnu břišní a přes parenchym ledviny v lokální anestézii nebo vložena do ledvinové pánvičky při otevřené operaci. Indikací je obstrukce močových cest z jakékoli příčiny nebo po operačních výkonech slouží k derivaci moči pro lepší hojení (Hanuš, 2015, s. 248).

Ošetřovatelská péče je zaměřena na sledování výdeje z nefrostomie, příjem a výdej tekutin je zapisován do dokumentace. Je nutná kontrola obvazu přiloženého kolem drénu, převazy provádět po osprchování a dle potřeby, vždy za dodržení aseptických podmínek. Při převazu je třeba se přesvědčit, zda nejsou uvolněny stehy, kterými je nefrostomie fixována ke kůži. Spojení kohoutu od nefrostomie se sběrným sáčkem je kryto mulem. Sběrný sáček musí být pověšen níže, než jsou ledviny. Nemělo by dojít k zalomení či ohnutí nefrostomie nebo odvodné hadice. Pacienta je nutno poučit o příjmu tekutin, manipulaci s nefrostomií, se sběrným sáčkem a o možném riziku vzniku infekce (Drlíková, 2016, s. 18; Macek, 2011, s. 126-127).

5.2.4 Ošetřovatelská péče o pacienta s ureterálním stentem

Ureterální stent zajišťuje derivaci moči močovodem nebo slouží k hojení močovodu po operačním výkonu nebo po jeho poranění. Je uložen proximálním koncem v ledvinové pánvičce a distálním koncem v močovém měchýři. Stočená zakončení stentu brání změně jeho umístění. Může být zaveden dočasně (dny, týdny) nebo trvale. Jde o cizí těleso v močových cestách. Někteří pacienti ureterální stent tolerují, jiným způsobuje dyskomfort v podobě častého močení, bolestivosti v bedru či v podbříšku. Při zavedeném ureterálním stentu se v biochemickém vyšetření moči nalézá mikroskopická hematurie, která po námaze může být i makroskopická.

Ošetřovatelská péče se zaměřuje na důsledné sledování bilance tekutin, která může poukázat na komplikaci, zneprůchodnění ureterálního stentu. Nedílnou součástí ošetřovatelské péče je poučení pacienta o pitném a klidovém režimu (Hanuš, 2015, s. 248; Macek, 2011, s. 127).

5.3 Úloha sestry v prevenci pooperačních komplikací

Pooperační komplikace se dělí na časné a pozdní. Vyskytují se v závislosti na operačním výkonu nebo na podání anestézie, komplikují pooperační průběh. Časné pooperační komplikace vznikají do dvou až dvaceti čtyřech hodin po operaci. Mezi časné pooperační komplikace patří dechové a kardiovaskulární potíže, poruchy vědomí, nauzea až zvracení, hypotermie, svalový třes, hypertermie, poruchy acidobazické rovnováhy a krvácení. Pozdní pooperační komplikace se projevují v dalších dnech, nejčastěji čtvrtý až pátý pooperační den. Mohou se projevit komplikace jako v časném období. Dále se mohou vyskytnout infekce v operační ráně a v místech zavedených katétrů, potíže zažívacího ústrojí, horečka, poruchy jaterních a ledvinových funkcí, alergické reakce, neurologické a psychiatrické potíže (Jedličková a kol. 2012, s. 243-245).

Sestra zastává velmi důležitou roli v rámci prevence pooperačních komplikací, proto již v předoperačním období pacienta edukuje o omezení příjmu tekutin a stravy, průběhu pooperační rehabilitace a prevenci tromboembolické nemoci. Provádí s pacientem nácvik dechového cvičení, nácvik vstávání z lůžka a chůze v rámci rehabilitace. To vše je důležité v prevenci vzniku respiračních a cévních komplikací a v prevenci imobilizačního syndromu a vzniku proleženin. Během pooperačního období sleduje fyziologické funkce, výdeje z katétrů a drénů, stav obvazu na operační ráně. Aktivně se zajímá o pacientovi pocity a potíže. Změny zdravotního stavu ihned hlásí lékaři, aby se předešlo rozvoji vážné komplikace. Vše zaznamenává do dokumentace. V pooperačním období provádí s pacientem již naučená dechová cvičení, cvičení s končetinami, vybízí ho k mobilizaci a k soběstačnosti. Sestra aplikuje subkutánně nízkomolekulární heparin dle ordinace lékaře, kontroluje stav bandáží či kompresivních punčoch. Sleduje vyrovnanost diurézy, nabízí pacientovi tekutiny nebo podává infuzní terapii dle ordinace lékaře. Dohlíží na příjem vhodné stravy dle naordinované diety. Sleduje odchod střevních plynů a stolice. Stará se o čistotu ložního prádla, zajišťuje hygienickou péči o tělo a dutinu ústní, eventuálně pacientovi v činnostech dopomáhá. Provádí aseptické ošetření operační rány a invazivních vstupů. Dle potřeby minimalizuje kašel, nauzeu a zvracení pomocí naordinovaných léků a pomocí vhodné polohy na lůžku. Při zajištění ošetrovatelské péče vždy pacientovi zajistí intimitu. Psychickou pohodu navodí svým příjemným vystupováním a ochotou. Sestra je s pacientem v blízkém kontaktu. Umožní pacientovi kontakt s rodinou či s přáteli (Slezáková, 2010, s. 39-57).

6 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL V. HENDERSONOVÉ

Patří mezi humanistické modely. Nazývá se Teorie základní ošetřovatelské péče. Pavlíková (2010, s. 49) uvádí definici funkce sestry Virginie Hendersonové takto: „*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.*“

6.1 Metaparadigmatická koncepce modelu

Metaparadigmatická koncepce je rozdělena do čtyř oblastí. První oblastí je **osoba**. Osoba je samostatná a úplná, složená z biologické, psychické, sociální a spirituální součástí. Ty jsou tvořeny čtrnácti dílčími potřebami, které si osoba samostatně naplňuje. Druhou oblastí je **prostředí**. Prostředí není definováno, V. Hendersonová ho vnímá jako všechny vnější podmínky a vlivy, které na osobu působí. Třetí oblastí je **zdraví**. Zdraví vnímá jako schopnost osoby samostatně plnit čtrnáct základních potřeb. Čtvrtou oblastí je **ošetřovatelství**. Cílem ošetřovatelství je udržet osobu soběstačnou, nezávislou a schopnou hodnotně žít. V případě úbytku soběstačnosti poskytuje sestra vhodnou ošetřovatelskou péči (Pavlíková, 2010, s. 45-46).

6.2 Koncepce teorie modelu

Člověka ovlivňují čtyři oblasti, které jsou obsaženy ve čtrnácti elementárních potřebách, na které působí kultura a jedinečnost každé osoby a jsou uspokojované rozdílně. Nejvíce potřeb je v oblasti **biologické** (1. normální dýchání, 2. dostatečný příjem potravy a tekutin, 3. vylučování, 4. pohyb a udržování vhodné polohy, 5. spánek a odpočinek, 6. vhodné oblečení, oblékání a svlékání, 7. udržování fyziologické tělesné teploty, 8. udržování upravenosti a čistoty těla, 9. odstraňování rizik ze životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých). Méně potřeb je v oblasti **psychické** (10. komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů, 14. učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení), **sociální** (12. smysluplná práce, 13. hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace) a ve **spirituální** oblasti (11. vyznání vlastní víry) je potřeba jen jedna (Pavlíková, 2010, s. 46-47).

6.3 Fáze poskytování základní ošetrovatelské péče

V **1. fázi** poskytované základní ošetrovatelské péče sestra zjistí, ve které oblasti potřeb má pacient deficit sil, vůle či znalostí. Určí deficitní oblast, plánuje a realizuje činnosti, kterými poskytne pacientovi pomoc. Plán činností vytváří sestra spolu s pacientem a slouží zdravotnickému personálu k jednotnému postupu při jeho realizaci. Musí být v souladu s terapeutickým plánem. Při realizaci ošetrovatelského plánu vznikají různé vztahy. Ve **vztahu sestry – pacient** se sestra stává pro pacienta partnerkou, pomocníkem či pacientovi plně nahrazuje činnosti v oblastech s deficitem potřeb. **Vztah sestry – lékař** je výsledkem jejich spolupráce při realizaci ošetrovatelského a terapeutického plánu. Na péči o pacienta se podílí celý kolektiv zdravotnických pracovníků, pomáhají si, doplňují se, vzniká **vztah sestry – zdravotnický tým**.

Ve **2. fázi** poskytované základní ošetrovatelské péče, po poskytnutí pomoci a zlepšení soběstačnosti pacienta, provede sestra revizi a přenastavení plánu péče. Revize plánu se provádí podle potřeby a mění se úrovně potřeb pacienta po hodině, po 24 hodinách nebo po týdnech.

Ve **3. fázi** poskytované základní ošetrovatelské péče se sestra věnuje edukaci pacienta a jeho rodiny (Pavlíková, 2010, s. 48-50).

7 EDUKAČNÍ ČINNOST SESTRY

Edukace je proces intenzivního působení na chování a jednání pacienta, jehož cílem je dosáhnout kladných změn v jeho znalostech, názorech, návycích a dovednostech. V edukaci se prolínají výchova a vzdělávání lidí. Edukační proces probíhá za účasti edukanta a edukátora v edukačním prostředí s použitím edukačních prostředků. Edukantem je ve zdravotnickém zařízení zdravý či nemocný jedinec. Může jím být i zdravotnický pracovník, který se vzdělává. Edukatorem jsou zdravotničtí pracovníci. Edukačními prostředky rozumíme edukační materiály, edukační standardy, různé předpisy a zákony. Edukační prostředí je místo, kde se edukace provádí, může to být ambulance nebo vhodná místnost na lůžkovém oddělení. Ve zdravotnictví má edukace svoje místo v rámci primární, sekundární a terciální prevence. Cílem edukace v primární prevenci je uchování zdraví a prevence nemocí. Do sekundární prevence patří edukace pacientů. Cílem je vést pacienty ke změně životního stylu vzhledem k jejich diagnóze, předávat jim informace, nacvičovat s nimi různé dovednosti a zabránit opakování onemocnění. V terciální prevenci je edukace směřována ke zlepšení kvality života a předcházení možných komplikací u chronických a nevyléčitelných pacientů. Edukace je ovlivněna věkem a vzděláním pacienta, poruchami smyslových orgánů a kognitivních funkcí, vírou, etnikem, sociálními a dalšími faktory (Juřeníková, 2010, s. 9-11).

Edukační program sestra sestavuje společně s pacientem tak, aby mu vyhovoval a změna chování, vytvoření si nových hodnot, postojů a dovedností se mohla uskutečnit. K uskutečnění změny chování dojde, když je pacient správně edukován, když má plné informace o svém zdravotním stavu, zná příčinu onemocnění a způsob léčby. Je nutné, aby si uvědomil, že je zodpovědný za své zdraví a pečoval o sebe. Vhodnou edukací může sestra u pacienta eliminovat pocity úzkosti, strach z budoucnosti a dodat mu optimismus. Edukovaný pacient lépe spolupracuje při léčbě, je aktivnější a rychleji se uzdravuje (Svěráková, 2012, s. 24, 28-29).

Edukační proces se sestává z pěti fází. V první fázi je posouzení stavu pacienta, kdy je úkolem sestry zjištění údajů o pacientovi, jeho názorů na vlastní zdraví a na plánovanou změnu životního stylu za využití pozorování nebo rozhovoru. Na základě této fáze jsou stanoveny edukační cíle. Ve druhé fázi, fázi projektování, sestra zvolí téma edukace, její metodu (přednáška, vysvětlování, rozhovor, instruktáž, práce s textem), formu (individuální, skupinovou, E-learning), pomůcky (učební pomůcky textové, vizuální, auditivní, audi-

ovizuální, počítačové edukační programy, internet), časovou dotaci (orientační, bývá flexibilní), cíl a sestaví edukační plán. Třetí fáze, fáze realizace, začíná motivací edukanta, pokračuje expozicí, tedy předáváním nových poznatků pacientovi. Následuje fixace, neboli procvičování nových znalostí a dovedností. Pokračuje průběžnou diagnostikou, která prověří pochopení učiva. Je zakončena aplikací, která prověří, zda je edukant schopen naučené použít. Čtvrtá fáze, fáze upevnění a prohlubování učiva, slouží k uchování znalostí a dovedností ve dlouhodobé paměti. Učivo je nutné upevnit v paměti opakováním a procvičováním. V poslední fázi, kterou je fáze zpětné vazby, sestra vyhodnotí výsledky edukace pomocí znalostního testu, kladením kontrolních otázek, posouzením vykonání ošetrovatelského výkonu pacientem a pomocí objektivních ukazatelů, které jsou důkazem změny v chování pacienta. Sestra povzbuzuje pacienta a nešetří chválou při zlepšení zdravotního stavu. Edukaci zaznamenává do dokumentace pacienta (Juřeníková, 2010, s. 21-22; Svěráková, 2012, s. 35).

Edukačním cílem rozumíme výsledek naplánované činnosti. Dělí se na cíle krátkodobé a dlouhodobé, nižší a vyšší. Cíl je stanoven edukantem podle jeho schopností a dovedností, ne edukátorem. Určený cíl musí být přiměřený, jednoznačný, kontrolovatelný a komplexní. Je zaměřen na oblast kognitivní (vzdělávací), afektivní (postojovou) a psychomotorickou neboli výcvikovou (Juřeníková, 2010, s. 27-30).

PRAKTICKÁ ČÁST

8 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

8.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem práce je popsat ošetrovatelskou péči o pacienta před a po chirurgické rekonstrukci ledvinné pánvičky a vytvořit edukační materiál.

8.2 Dílčí cíle

1. Vypracovat kazuistiky u dvou vybraných pacientů.
2. Identifikovat ošetrovatelské diagnózy a navrhnout intervence.
3. Nalézt v kazuistikách rozdíly a shody v ošetrovatelské péči.
4. Navrhnout edukační materiál pro pacienty po urologické operaci.

9 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

9.1 Formulace problému

Operační plastika ledvinné pánvičky – pyeloplastika se provádí u pacientů s diagnostikovanou hydronefrózou, což je narůstající rozšíření ledvinné pánvičky a kalichů ledviny. Vrozená hydronefróza, pro kterou se pyeloplastická operace provádí, bývá diagnostikovaná u dětských i dospělých pacientů. Neřešená hydronefróza vede ke vzniku komplikací v oblasti ledvin až k selhání jejich funkce. Operační řešení zamezí vzniku nepříjemných komplikací nebo vyřeší komplikace již vzniklé. Na Urologické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni se pyeloplastika provádí u dětí starších tří let a u dospělých pacientů. Jak již bylo uvedeno v úvodu, operace je indikovaná u 25-50% pacientů s diagnostikovanou vrozenou hydronefrózou.

V praktické části bakalářské práce jsou vypracované dvě kazuistiky u záměrně vybraných pacientů se stejnou diagnózou, ale s různým operačním přístupem. V kazuistice č. 1 je pacientka po pyeloplastice otevřeným operačním přístupem. V kazuistice č. 2 je pacient po laparoskopické pyeloplastice. V práci jsou podrobně popsána specifika ošetrovatelské péče o pacienty po rozdílném operačním přístupu. V některých bodech se ošetrovatelská péče se stanovenými ošetrovatelskými diagnózami shoduje, v některých je rozdílná. Jiná je i délka hospitalizace, edukace pacienta a ambulantní péče o pacienta po propuštění do domácího ošetřování. Praktická část se zabývá otázkou: „Jaké jsou hlavní oblasti ošetrovatelské péče o vybrané pacienty po pyeloplastice?“

9.2 Výzkumné otázky

1. Jaké ošetrovatelské problémy se vyskytly u vybraných pacientů?
2. Byly splněny cíle v identifikovaných ošetrovatelských diagnózách?
3. V jakých bodech byla ošetrovatelská péče v kazuistikách shodná a rozdílná?
4. V jaké oblasti je edukován pacient po urologické operaci?

10 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Do bakalářské práce byli záměrně vybráni dva dospělí pacienti urologické kliniky, kteří byli lékařem plánovaně přijati k rekonstrukční operaci ledvinové pánvičky, k pyeloplastice. Hlavním kritériem pro výběr pacientů bylo stanovení diagnózy vrozená hydronefróza, na jejímž podkladě došlo k rozvoji komplikací. Dalším kritériem bylo zvolené stejné operační řešení, ale jiný operační přístup. Ošetrovatelská péče se proto v určitých bodech shoduje a v některých odlišuje. Odlišná je i edukace pro pooperační období a v domácí péči. Vybraní pacienti, žena a muž, potvrdili svůj souhlas s výzkumem podepsáním informovaného souhlasu (viz příloha E).

Organizace výzkumu

Informace do empirické části bakalářské práce byly získány během individuální odborné praxe vykonávané na urologické klinice Fakultní nemocnice v Plzni na Borech od 25. 6. do 27. 7. 2018. Výzkum byl zahájen po obdržení souhlasného stanoviska s výzkumným šetřením (viz příloha F), o které bylo žádáno u managementu Fakultní nemocnice v Plzni. Při výzkumu byl použit polostrukturovaný rozhovor, odpovědi byly zaznamenány v písemné formě. K rozhovoru bylo přistoupeno při příjmu, v pooperačním období, před propuštěním a během domácího ošetřování. Informace o pacientovi byly získány z lékařské a ošetrovatelské dokumentace a pozorováním. Neméně důležité byly informace od všeobecných sester, kolegů z lůžkového oddělení, a také od sester z pooperačního pokoje.

11 METODIKA PRÁCE

Pro bakalářskou práci byl zvolen popis ošetrovatelské péče. Tomuto typu práce, kde se pracuje s malým počtem subjektů, vyhovuje kvalitativní metoda výzkumu. Kvalitativní výzkum nepoužívá číselné a statistické výpočty. Zaměřuje se na podrobný, holistický popis malého počtu osob, příběhů nebo chování. Analyzuje získané informace, kterých je hodně. Probíhá v přirozeném prostředí výzkumníkovi blízkém. Participanti jsou vybíráni záměrně. Je časově náročný a vyžaduje od badatele mnoho znalostí a dovedností. Výsledky není možné použít na velkou skupinu osob (Plevová a kol., 2011, s. 217; Kutnohorská, 2009, s. 22-23).

Metoda

Z nabízených metod kvalitativního výzkumu byla vybrána kazuistika. Kazuistika se zaměřuje na podrobný popis případu a jeho hlubokou analýzu. Sleduje pacienta jako osobu s biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřebami. V ošetrovatelství se stává návodem k provádění ošetrovatelské péče u určitého případu, onemocnění, využívá se jako forma ošetrovatelského výzkumu a také může doplňovat kvantitativní výzkum. V kazuistice jsou kombinovány různé metody sběru informací. Nejčastěji rozhovor, pozorování a analýza dokumentů. V kazuistice je popsán metodologický úvod, anamnéza, katanméza, interpretace, diskuze a závěr (Plevová a kol., 2011, s. 230; Žiaková, 2009, s. 264-265).

12 KAZUISTIKA Č. 1

12.1 Anamnéza

Pacientka, 72 letá žena, byla přijata na urologickou kliniku k plánované operaci ledvinné pánvičky pro kongenitální hydronefrózu vlevo. Před operací byla opakovaně hospitalizovaná na infekční klinice k antibiotické intravenózní terapii pro pyelonefritidy vlevo. Byla odeslána k vyšetření na urologickou ambulanci, kde bylo indikováno CT vyšetření ledvin a následně dynamická scintigrafie ledvin. Na základě výsledků provedených vyšetření s průkazem kongenitální hydronefrózy bylo rozhodnuto o operačním řešení a s pacientkou byl domluven termín přijetí k operaci.

Osobní anamnéza - v minulosti prodělala běžná dětská onemocnění. V mládí jí byla zjištěna hyperbilirubinemie. V roce 1997 byla na infekční klinice hospitalizovaná pro klíšťovou encefalitidu. Operována byla dvakrát, v roce 2010 byla u ní provedena hysterectomie s adnexectomií pro novotvar na vaječnicku a v roce 2016 operace šedého zákalu. Má varixy na dolních končetinách. Léčí se na interní ambulanci pro ischemickou chorobu srdeční. V současné době se léčí pro cholesterolémii, při léčbě má hodnoty cholesterolu v krvi v normě.

Rodinná anamnéza – otec pacientky se léčil pro anginu pectoris, zemřel v 69 letech na karcinom jater. Matka byla ve 33 letech na hysterectomii, měla srdeční onemocnění, ale pacientka neví jaké, zemřela stářím v 89 letech. Sourozence nemá. Má dva syny, kteří jsou zdraví.

Sociální anamnéza – pacientka je vdaná, bydlí s manželem v bytě v cihlovém domě.

Pracovní anamnéza – pacientka je 16 let v důchodu, pracovala jako dělnice ve strojním průmyslu.

Gynekologická anamnéza – menarché od 11 let, menstruace byla pravidelná, udává dva spontánní porody, žádný potrat či interrupci. Od 51 let má menopauzu po gynekologické operaci. Pravidelně chodí na prohlídky na gynekologii i na mamograf. Samovyšetření prsů provádí.

Alergologická anamnéza – pacientka je alergická na včelí jed a na pyl břízy.

Farmakologická anamnéza – chronická medikace

Preductal MR tbl (kardiakum)	1-0-1
Simvastatin 20mg tbl (hypolipidemikum)	0-0-1 ob den
Nebivolol 5mg tbl (antihypertenzívum)	1/2-0-1/2
Diroton tbl (antihypertenzívum)	1-0-1
Godasal 100mg tbl (antitrombotikum)	½-0-0, týden před operačním výkonem vysazen

- medikace za hospitalizace

Fraxiparine multi 0,3 ml s. c. (antikoagulans), aplikován 1x denně ve 20 hodin

Ketonal 1amp. i. v. (nesteroidní antirevmatikum, analgetikum), aplikován při bolesti

Ondasetron 1amp. i. v. (antiemetikum), aplikován při nauze

Paralen 500 mg tbl. p. o. (antipyretikum), podán při subfebrilii

Morphin 1% 10 mg (opiát), aplikován při premedikaci před operací

Infuzní terapie, celkem podáno 8500 ml krystaloidního roztoku

Abúsus – nekouří, alkohol pije příležitostně, denně vypije 1-2 kávy

Diagnóza hlavní Q620 Vrozená hydronefróza vlevo

Diagnózy vedlejší N10 Akutní pyelonefritida vlevo opakující se

D391 Novotvar – vaječník

E789 Porucha metabolismu lipoproteinů

I259 Ischemická choroba srdeční

Diagnóza operační Otevřená pyeloplastika dle Anderson-Hynesese vlevo

12.2 Fyzikální vyšetření

Celkový stav – pacientka je při plném vědomí, orientována místem i časem, spolupracuje, komunikuje bez problémů, je soběstačná, chůze a stoj je stabilní, je upravená, čistá. Kůže beze změn, bez známek dehydratace, vlasy a nehty má udržované.

Hlava – pokleповě nebolestivá, volně pohyblivá, oči a nos bez sekrece, jazyk plazí ve střední čáře, sliznice růžové, vlhké, hydratované, chrup má vlastní, sanován, snížený visus, slyší dobře.

Hrudník – normálního vzhledu, dýchání pravidelné, čisté, klidné, akce srdeční pravidelná, puls plný.

Břicho – dobře prohmatné, pokleповě nebolestivé, v podbříšku patrná stará jizva po gynekologické operaci. Tapotement v oblasti ledvin negativní.

Končetiny – v kloubech volně pohyblivé, na pravé horní končetině má identifikační náramek, lýtka oboustranně nebolestivá a bez otoků. Jsou patrné varixy bilaterálně.

Fyziologické funkce a výživa

Krevní tlak (TK)	130/80 mmHg	Hmotnost	69,8 kg
Puls (P)	54/min.	Výška	158 cm
Dech (D)	19/min.	Body Mass Index (BMI)	27,9 (nadváha)
Tělesná teplota (TT)	36,6°C	Dieta	3 (racionální)

Kompenzační pomůcky – pacientka používá brýle na čtení i na dálku.

Použité měřicí škály

Barthelův test základních všedních činností (viz příloha G): při příjmu a propuštění 100 bodů, plně soběstačná, od operace do 2. pooperačního dne 40 bodů, vysoce závislá, 3. a 4. pooperační den středně závislá, 5. a 6. pooperační den lehce závislá

Glasgow Coma Scale (viz příloha H): po dobu hospitalizace 15 bodů, plné vědomí

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové (viz příloha CH): při příjmu a propuštění bez rizika, od operace do 3. pooperačního dne nízký stupeň rizika

Škála bolesti dle Melzacka (viz příloha I): při příjmu a propuštění stupeň 0, bez bolesti, v den operace a 1. pooperační den až stupeň 3 (intenzivní), od 2. do 6. pooperačního dne stupeň 0-1 (mírná)

Klasifikace tíže tromboflebitis podle Maddona (viz příloha J): po dobu zavedení PŽK stupeň 0

Hodnocení rizika pádů (viz příloha K): bez rizika až nízký stupeň rizika během pooperační mobilizace do 6. pooperačního dne

12.3 Ošetřovatelský model Virgínie Hendersonové

Tento model byl použitý ke zjištění deficitních oblastí v uspokojování čtrnácti základních potřeb u pacientů vybraných do této bakalářské práce. Údaje o uspokojování základních potřeb jsou popsány z hlediska domácího prostředí a hospitalizace, subjektivně a objektivně.

1. Dýchání – s dýcháním pacientka nemá doma potíže v klidovém stavu, lehce se zadýchá při chůzi do čtvrtého patra, schody vyjde plynule, nemusí zastavit. Při příjmu dýchá klidně, není dušná, nekašle. V dokumentaci není záznam o potížích s dýcháním během hospitalizace.

2. Výživa a hydratace – doma se pacientka stravuje pětkrát denně, má ráda sýry, jogurty a sladká jídla. Omezeně zařazuje do jídelníčku uzeniny a hovězí maso. Vypije jeden až dva litry tekutin, hlavně vodu, občas minerálku, až dvakrát denně kávu. Alkohol pije jen příležitostně, dává přednost bílému vínu. Při příjmu i během hospitalizace byla pacientka hydratovaná. Postupná realimentace probíhala dle ordinace lékaře, byla podávána čajová, tekutá, kašovitá, šetřící až racionální strava. Stravu tolerovala, nestěžovala si na hlad v prvních pooperačních dnech, kdy bylo největší omezení v příjmu stravy, ani neměla chuť k jídlu. Tekutiny byly hrazeny infuzní terapií v den operace a v prvních pěti pooperačních dnech. Perorální příjem tekutin pozvolně navyšován. Večer po operaci měla nauzeu, nezvracela. Dieta a celkové množství přijatých tekutin za každých 24 hodin od operačního dne byly zaznamenávány do zdravotnické dokumentace pacientky.

3. Vylučování – pacientka udává, že močí spontánně, jen při silném kašli pozoruje lehký únik moči, používá slipovou vložku. Stolicí má pravidelně jedenkrát denně ráno. Pacientka udává časté pocení související se stresem. V průběhu hospitalizace vylučování moče zajištěno náhradní derivací moče s postupným obnovením spontánní mikce. Střevní

pasáž pooperačně obnovena. Pacientka vnímá přítomnost zavedeného PMK občas nepříjemně, ale o analgetika si neříkala. Při zvýšeném pocení požádala sestry o čisté povlečení a o čistou noční košili. Diuréza a odchod stolice jsou zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci pacientky.

4. Pohyb a udržování tělesné pohody – pacientka udává plnou soběstačnost, dochází třikrát týdně na džezgymnastiku, účastní se turistických pochodů. Navštěvuje v létě koupaliště a v zimě krytý bazén, protože ráda plave. Pohyb má i při práci na zahrádce. Při přijetí měla pacientka jistou chůzi, bez známek nestability a vertiga. Vyjádřila své obavy z delšího ležení, které jí po operaci čeká. Po operaci za pacientkou docházela fyzioterapeutka. Pod jejím vedením byla pacientka postupně mobilizována, což vedlo k obnovení soběstačnosti. Pacientka udává, že zpočátku při ležení pociťovala bolesti v zádech a nemohla se otočit pro bolestivost v levém boku. Postupně bolesti ustupovaly. Od bolesti zad se jí ulevilo, když si mohla sednout. Léky na bolest podány třikrát, nerada je užívá. Byla ráda, že se může zase pohybovat, může si dojít na toaletu. Rehabilitace je zapsána v dokumentaci a na kartě o rehabilitaci.

5. Spánek a odpočinek – pacientka si stěžuje na horší spaní v domácím prostředí, nemůže usnout, někdy usne až za dvě hodiny. Léky neužívá. Někdy se budí v noci pro bolest ruky, znovu usne tak za půl hodiny. Celkem spí asi šest hodin. Odpočívá ráda u televize v křesle s podloženýma nohama nebo vleže na podlaze, kde si i rovná záda. Večer před operací pacientce podáno dle premedikace hypnotikum, které odmítla. Potíže se spaním neudávala, ospávala po operaci i během dne.

6. Oblékání – pacientka je v oblékání doma samostatná, myslí si, že se obléká přiměřeně k počasí a má ráda oblečení z přírodních materiálů. Oblečení si vybírá podle příležitosti a situace, pro kterou se obléká. Upřednostňuje pohodlné oblečení i obuv. Vybírá si boty na nízkém podpatku. Pacientka preferovala za hospitalizace vlastní noční košile, ale v brzkém pooperačním období využila k převlečení nemocniční košile. Zdravotnickým personálem byla pacientce zajištěna dopomoc v oblékání.

7. Regulace tělesné teploty – pacientka se obléká podle počasí, myslí si, že přiměřeně. Má ráda příjemnou teplotu 22-23 stupňů Celsia v bytě ve dne i v noci. Při příjmu byla afebrilní. V průběhu hospitalizace několikrát naměřena subfebrilie.

8. Hygiena – v domácím prostředí je pacientka soběstačná, sprchuje se a čistí si zuby dvakrát za den, 1x za týden si myje vlasy a stříhá nehty. Má ráda příjemnou teplotu vody. Ke kadeřníkovi chodí pravidelně jedenkrát za měsíc. Při příjmu je pacientka čistá, upravená. Před operací provedla ranní hygienu. Pooperačně pacientce zajištěna dopomoc s prováděním hygienické péče na lůžku podle ordinovaného pohybového režimu. Pacientka se aktivně zapojovala. Těšila se na chvíli, kdy zase půjde do sprchy.

9. Ochrana před nebezpečím, vyvarování se nebezpečí z okolí a zranění jiných – pro svoji ochranu pacientka nosí především pohodlnou obuv bez vysokých podpatků s neklouzavou podrážkou. Na turistické pochody si bere nordic walking hole. Na kabelce a batohu má reflexní prvky. V autě zásadně používá bezpečnostní pásy a vyžaduje to i po rodině. K ochraně kůže před sluncem používá opalovací krémy. Pro lepší zrakovou orientaci používá brýle, špatně vidí na blízko i do dálky. Při příjmu, před operačním výkonem, provedena lékařem verifikace operační strany. Preventivně sestrou poučena o riziku pádu. Po dobu upoutání na lůžku v pooperačním období měla u lůžka zvednuté postranice a v dosahu ruky zavěšené signalizační zařízení. Posazování, stoj a chůzi pacientka prováděla za asistence zdravotnického personálu. Během hospitalizace se necítila ohrožena nebezpečím.

10. Komunikace s okolím, kontakt, vyjádření emocí, potřeb, obav a názorů – s komunikací pacientka dle jejích slov potíže nemá, vždy se umí vyjádřit, s každým se domluví. Má přátele, je v kontaktu s rodinou, schází se s dětmi. Radost má z vnoučat a největší z pravnoučka. Při příjmu byla pacientka klidná, udržovala oční kontakt, byla komunikativní, spolupracovala, vyjadřovala se srozumitelně a jasně. Taktéž v pooperačním období spolupracovala, dodržovala doporučení lékaře a sester, zajímala se o svůj zdravotní stav. Uměla vyjádřit svoje potřeby, obavy a touhy. Na pokoji se rychle seznámila s dalšími pacientkami, rozuměly si, byla zde příjemná atmosféra.

11. Víra, konání pobožnosti – dle vyjádření pacientky je pokřtěná, chodí pravidelně do kostela, ale ne na mše. Má ráda prostředí kostelů jako dochované kulturní památky. V rámci edukace při příjmu byla seznámena s možností Pastorační péče. Během hospitalizace o ní zájem neprojevila.

12. Práce, uspokojení z práce – pacientka udává, že je šestnáct let v důchodu, na brigády při důchodu nechodí. Je vyučená jako soustružnice. Dříve pracovala ve strojním

průmyslu ve výrobě na kontrole a na kontrole měřidel. V práci se jí líbilo, byla v podniku spokojená.

13. Aktivita, zájmy – pacientka udává různorodé zájmy. Ráda čte knihy, půjčuje si je v knihovně. Chodí na procházky, na turistické výlety, cvičí, pracuje na zahrádce. Sleduje televizi, občas jde do divadla. Během hospitalizace pacientka vyhledávala aktivity jako čtení a sledování televizních pořadů.

14. Učení, rozvoj osobnosti – pacientka se snaží získávat nové informace a udržovat paměť čtením, absolvovala počítačové kurzy, sleduje v televizi kvízy a soutěže. Na turistických výletech mají v cíli poznávací kvízy, kterými si též trénuje paměť. V den příjmu přečetla informovaný souhlas s hospitalizací, operací, celkovou narkózou, podáním transfúze a vyjádřila podpisem svůj souhlas. Přečetla na pokoji vyvěšená Práva a povinnosti pacientů, Vnitřní řád a na chodbě umístěný seznam alergenů v potravinách. Pacientka projevila zájem o nové informace a poznatky v rámci edukace při příjmu i v rámci pooperační edukace při propuštění do domácí péče.

12.4 Průběh hospitalizace

Den příjmu

Pacientka se ráno ve stanovený den dostavila na příjem na ambulanci urologické kliniky v doprovodu manžela. Zde byla lékařem provedena kontrola předoperačních vyšetření a sestrou byla pacientka odeslána do příjmací kanceláře přihlásit se k hospitalizaci na lůžkové oddělení. Na ambulanci byl pacientce nasazen identifikační náramek na dominantní ruku a s příjmovou dokumentací za doprovodu manžela šla na lůžkové oddělení, kde byla přivítána sestrou a zavedena do šatny k převlečení. S pacientkou ošetřovatelka sepsala šatní lístek a originál šatního lístku byl uložen do dokumentace. Ošetřovatelka pacientku zvažila, změřila a zavedla na pokoj, kde ji seznámila s dalšími pacientkami, jejím lůžkem, nočním stolem, se signalizačním zařízením a nabídla jí tekutiny. Mezitím sestra připravila tiskopisy, které jsou součástí lékařské a ošetřovatelské dokumentace a připravila žádanky a zkumavky na vyšetření moči. Pacientka byla sestrou seznámena s uspořádáním oddělení, aby se zde lépe orientovala. Dotazem sestry zjistila informace o vyprazdňování stolice a moči, kvalitě spánku, užívání kompenzačních pomůcek, stavu kůže, sociální situaci, spirituálních potřebách a provedla zhodnocení pacientky dle hodnotících škál. Změřila krevní tlak, puls, tělesnou teplotu a poučila pacientku o chodu oddělení, jak bude probíhat předoperační příprava, pooperační péče a informovala ji o pooperačním pobytu na poope-

račním pokoji v rámci urologické kliniky. Pacientka byla sestrou obeznámena se seznamem alergenů v potravinách, s Právy a povinnostmi pacientů a Vnitřním řádem, které jsou vyvěšeny na pokoji. Pacientka potvrdila podpisem v Edukační kartě, že byla poučena a v Ošetřovatelské anamnéze, že nežádá uložení cenností. Po vyšetření a přijetí pacientky lékařem sestra splnila lékařské ordinace a pacientkou byl proveden odběr moči do sterilní zkumavky po předchozím poučení sestrou o správném provedení odběru moči. Pacientce sestra zavedla PŽK a odebrala krev na vyšetření krevní skupiny a objednala dle ordinace lékaře jeden transfúzní přípravek Erytrocyty bez buffy coatu resuspendované k operaci. Pacientka byla vyšetřena anesteziologem, který zhodnotil přinesená předoperační vyšetření a zdravotní stav pacientky a sepsal premedikaci k operaci. V rámci předoperační přípravy jí k obědu byla podána dieta racionální, k večeři dieta kašovitá a poté mohla přijímat jen tekutiny. Příjem čirých tekutin měla anesteziologem povolený do šesté hodiny ranní. Večer bylo pacientce podáno per rectum salinické klyzma. Pacientce bylo dle ordinace lékaře aplikováno subkutánně antikoagulans, které jí v rámci prevence tromboembolické nemoci bylo aplikováno i po všechny následující večery až do propuštění. V rámci premedikace na ordinaci lékaře jí bylo podáno hypnotikum, které však odmítla. Dle hlášení sester noční služby v noci spala.

Operační den

V operační den byla pacientce změřena tělesná teplota, ustláno lůžko a zkontrolováno operační pole, které nebylo nutno oholit. Pacientka provedla ranní hygienu osprchováním celého těla dezinfekčním mýdlem. Dle premedikace jí byli podány léky z chronické medikace, které zapíla malým množstvím tekutiny a infuzní terapie. Ráno před operací udávala obavy z průběhu operace a z pooperačního období. Po výzvě anesteziologické sestry z operačního sálu vyzvala sestra pacientku, aby se vymočila, vysvlékla, odstranila si hodinky, šperky a přiložila kompresivní punčochy. Následně pacientce sestra aplikovala opiát ordinovaný lékařem anesteziologem a po telefonickém vyzvání jí odvezla na operační sál a předala anesteziologické sestře.

Po operaci byla pacientka převzata od anesteziologické a perioperační sestry sestrou z pooperačního pokoje spolu se zdravotnickou dokumentací, která obsahuje Anesteziologický záznam, Operační protokol, Operační ošetřovatelskou dokumentaci a Protokol o použití přístrojového zdravotnického prostředku. Při převzetí sestra zkontrolovala vědomí pacientky, obvaz na operační ráně, výdej z drénu a katétrů. Pacientka byla odvezena na

pooperační pokoj na lůžku po zajištění bočními postranicemi v prevenci pádu. Na pooperačním pokoji byly v 15 minutových intervalech monitorovány fyziologické funkce. Naměřené hodnoty se pohybovaly v rozmezí: TK 127/70-134/74 mmHg, P 45-59', SpO₂ 96-100%, TT 36,5-36,7°C, kontrolováno vědomí, podávána infuzní terapie a aplikován kyslík nosními hroty rychlostí čtyři litry za minutu dle doporučení anesteziologa. Na dosah ruky pacientky bylo umístěno sluchátko signalizačního zařízení. Na lůžko byly zavěšeny sběrné močové sáčky od PMK a nefrostomie vlevo (dále jen LNFS) a také nádoba od podtlakového drénu. Kontrolován obvaz na operační ráně. Místo vpichu PŽK bylo během podávání infuzní terapie hodnoceno dle Maddona stupeň 0, tedy bez zánětlivých změn. Kontrolován podtlak v nádobce od drénu, množství a charakter sekretu z drénu, který odváděl serózně-sanquinózní sekreci v malém množství. Separovaně měřen výdej z PMK, který odváděl moč bez příměsí krve a LNFS, která odváděla moč s lehkou příměsí krve. Sledována diuréza. Pacientka při kontrole pooperačního stavu lékařem udávala slabost, únavu a silnou bolest v operační ráně. Bolest vyhodnocena škálou hodnocení bolesti dle Melzacka na stupeň 3 (intenzivní). Byla podaná lékařem naordinovaná analgetická terapie a následná infuzní terapie 1000 ml krystaloidního roztoku k zajištění dostatečného příjmu tekutin s délkou aplikace na 9 hodin. Pacientka udávala úlevu od bolesti za třicet minut po podání analgetika na stupeň 1 (mírná) a usnula. V podvečerních hodinách bylo u pacientky pro arytmií sestrou natočeno EKG a lékařem zajištěno interní konzilium u lůžka. Pacientka se cítila dobře, palpitace neudávala. Na základě doporučení interního konzilia lékař upravil chronickou medikaci snížením dávky léku Nebivolol na ¼ - 0 - ¼. Pokračováno v monitoraci v nastaveném režimu. V noci měla opakovaně nauzeu, nezvracela. Sestrou zajištěna zvýšená poloha zvednutím podhlavníku u lůžka, aby pacientka ležela ve zvýšené poloze. Pacientka poučena o příjmu tekutin v malém množství. Dle ordinace lékaře pokračováno v infuzní terapii podáním 1000 ml krystaloidního roztoku a aplikováno intravenózně antiemetikum, po kterém nauzea ustoupila a pacientka do rána spala.

1. Pooperační den

Fyziologické funkce monitorovány po 30 minutách celou noc, ráno změřena a spočítána diuréza za posledních 24 hodin, kdy příjem tekutin byl celkem 2550 ml, z toho 2350 ml podáno intravenózně (dále jen i. v.) a 200 ml perorálně (dále jen p. o.) a výdej tekutin byl celkem 2480 ml, kdy PMK odvedl 1600 ml, LNFS 800 ml a drén 80 ml. Zjištěné hodnoty byly zapsány do zdravotnické dokumentace pacientky. V ranních hodinách byla provedena hygienická péče o dutinu ústní a tělo a masáž zad s použitím masážního gelu. Paci-

entce byla poskytnuta výrazná dopomoc zdravotnickým personálem, sama provedla hygieny dutiny ústní, obličeje a hrudníku. Byla provedena péče o lůžko. Při ranní vizitě lékař rozhodl o setrvání pacientky na pooperačním pokoji a o pokračování monitorace fyziologických funkcí v hodinových intervalech, naměřené hodnoty TK a P se pohybovaly v rozmezí 123/69-156/89 mmHg a 56-68' a TT 36,3-36,6°C. Nadále byla sledována funkčnost podtlakového drénu a separovaně zapisován výdej z PMK, z LNFS a z podtlakového drénu. PMK odváděl moč bez příměsí krve, LNFS s lehkou příměsí krve a výdej z drénu se nezvyšoval. Při kontrolách obvazu na operační ráně náhle zjištěno prosáknutí obvazu serózní sekrecí, proto proveden převaz, operační rána byla klidná. Stav vpichu PŽK hodnocen podle potřeby. Místo vpichu kanyly nevykazovalo zánětlivé změny. V tento den lékař ordinoval perorální příjem tekutin v množství 800 ml a intravenózní příjem v množství 2000 ml infuzní terapií. Tekutiny pacientka přijímala bez potíží, nauzeu již nepocítovala. Lékařem byl stanoven v rámci pohybového režimu klid na lůžku s možností dechových cvičení a cvičení zaměřených na procvičování dolních končetin. Rehabilitace vedena pod odborným dohledem fyzioterapeutky. Pacientka se pokusila otočit na zdravý bok, ale cítila tah v levém, operovaném boku. Chtěla by se posadit, což by dle jejích slov ještě nezvládla a také respektuje pohybový režim. Těšila se na změnu polohy pro bolesti v zádech. S otočením do pohodlné polohy jí pomohla sestra. Více než v operační ráně pocítovala bolest v zádech dle škály stupeň 3 (intenzivní), proto jí bylo dopoledne aplikováno analgetikum. Pacientka udávala po analgetiku úlevu od bolesti na stupeň 1 (mírná). Během dne krátce spávala. Odpoledne ji navštívil manžel a syn. Nechtěla, aby ji navštívili, ale pak jí jejich přítomnost potěšila. V noci opět pocítovala bolest v zádech, která byla hodnocena jako stupeň 3 (intenzivní). Po podání lékařem ordinovaného analgetika měla do 30 minut úlevu od bolesti na stupeň 0 (bez bolesti), ale jen spávala, protože byla ze spánku rušena ostatními pacienty a monitorovacím zařízením.

2. Pooperační den

Standardně byla ráno u pacientky provedena hygienická péče s masáží zad a péče o lůžko a změřena diuréza za předchozí den. Příjem tekutin byl celkem 2800 ml (i. v. podáno 2200 ml, p. o. 600 ml) a výdej celkem 2600 ml (1600 ml PMK, 1000 ml LNFS, 0 ml drén), bilance tekutin byla vyrovnaná. Při ranní vizitě lékař rozhodl o přeložení pacientky zpět na standardní oddělení. Dopoledne byla převezena z pooperačního pokoje na třílůžkový pokoj, kde zatím byla sama, což jí vyhovovalo. Lůžko bylo při převezení zajištěno postranicemi v prevenci pádu. Na dosah ruky pacientky bylo umístěno sluchátko od signalizačního

zařízení. Lékař pacientce naordinoval čajovou dietu s maximálním perorálním příjmem tekutin 1000 ml a infuzní terapii, při které bylo pacientce intravenózně podáno 3000 ml krystaloidního roztoku v průběhu 22 hodin. Pacientka udávala, že již nepocituje nauzeu, ale přesto nemá pocit hladu ani chuť k jídlu. Střevní pasáž byla obnovena, což se projevilo odchodem plynů. Pohybový režim nebyl lékařem změněn a pokračovala v již naučené rehabilitaci. Dnes lépe zvládala otočení na zdravý bok, než předchozí den. Udávala, že bolest v boku i zádech je mírná, stupeň 1 dle Melzackovy škály a podání analgetik odmítala. Chtěla by se posadit, ale je si vědoma, že nesmí. Kontrolován TK a P dle ordinace lékaře po třech hodinách. Naměřené hodnoty krevního tlaku se pohybovaly v rozmezí 146/77 - 158/95 mmHg a hodnoty pulsu 72-75'. Pacientka byla afebrilní s TT 36,4-36,8°C. Kontrolován vpich PŽK dle potřeby, nejevil známky infekce. Taktéž místa zavedení PMK i LNFS byla kontrolována a nejeví známky infekce, podtlakový drén byl funkční a obvaz na operační ráně byl čistý a suchý. Moč odváděná z katétrů byla bez příměsi krve a z drénu byl výdej nulový. Pacientka v průběhu dne četla oblíbenou knihu, luštila křížovku, telefonovala s kamarádkami a mezitím pospávala. Dopoledne jí navštívil syn a odpoledne manžel. Udávala, že se v noci i přes občasné probuzení vyspala.

3. Pooperační den

Na standardním oddělení bylo ráno zahájeno základními ošetrovatelskými intervencemi, především ranní hygienickou péčí o tělo a dutinu ústní doplněnou o masáž zad s použitím masážního gelu. Hygienickou péčí pacientka zvládla se střední dopomocí, protože už jí lékař povolil posazování v rámci pohybového režimu. Pacientka přivítala novou aktivitu v rehabilitační péči a naučila se správnému způsobu posazování přes neoperovanou stranu. Po ranní hygieně byla sestrami provedena péče o lůžko a sepsána diuréza za předchozích 24 hodin. Pacientka měla příjem tekutin celkem 3800 ml (i. v. 3000 ml a p. o. 800 ml) a výdej celkem 3700 ml (2650 ml PMK, 1050 ml LNFS, drén 0 ml). Při ranní vizitě lékař naordinoval tekutou dietu č. 0 a příjem čaje bez omezení. Pacientce byla podána podle ordinace lékaře infuzní terapie v množství 1000 ml s délkou podání 6 hodin. TK a P byl kontrolován na základě ordinace lékaře 2x denně s naměřenými hodnotami – ráno 159/71 mmHg, 72' a večer 146/87 mmHg, 66'. V chronické medikaci ordinováno původní dávkování léku Nebivolol. Po celý den měla TT 36,5-36,9°C. Lékařem byla převázána operační rána a odstraněn podtlakový drén, operační rána byla klidná a nejevila známky infekce. Dle slov pacientky bylo odstranění drénu nepříjemné. Obvaz na operační ráně kontrolován sestrami a neprosakoval. V tento den byla provedena rekatetrizace PŽK dle

standardu místa vpichu po odstraněném PŽK i nového PŽK nejevila známky infekce a byla hodnocena dle Maddonovy škály stupeň 0. Vyměněny sběrné sáčky od PMK a LNFS a byl sledován odvod z katétrů, které odvádí moč bez příměsi krve. I tyto invazivní vstupy nejevily známky infekce. Pacientka udávala bolesti v operační ráně jen při změně polohy a občas v zádech, bolesti hodnotila jako mírné, tedy dle Melzackovy škály bolesti stupeň 1 a nabízené analgetikum odmítla. Na pokoj byla přijata pacientka, se kterou si povídala. Odpoledne ji navštívil manžel a donesl ji novou knihu na čtení, neboť druhou knihu už dočítala. V noci spala dobře, nebyla ze spánku rušena.

4. Pooperační den

Základní ošetrovatelská péče probíhala ve standardních postupech. Byla změřena diuréza za 3. pooperační den, kdy byl celkový příjem tekutin 2500 ml (i. v. 1000 ml a p. o. 1500 ml) a celkový výdej 2500 ml (1300 ml PMK, 1200 ml LNFS). Odvod z PMK a z LNFS byl bez příměsi krve a byl přiměřený k příjmu tekutin. Dle ordinace lékaře kontrolován TK 1x denně a byla naměřena hodnota 155/76 mmHg. Hodnoty TT byly naměřeny v rozmezí 36,7-37,5°C. Lékař pacientce ordinoval kašovitou dietu OSK a infuzní terapii 500 ml krystaloidního roztoku s délkou podání pět hodin. Pacientka již přijímala tekutiny bez potíží a v neomezeném množství. Pohybový režim byl upraven lékařem na stoj a několik kroků na místě u lůžka. S velkou radostí se postavila a přešlapovala. Místa vstupů zavedených katétrů nejevila známky infekce. Operační rána byla převázána sestrou, rána byla klidná a bez známek infekce. Vpich PŽK kontrolován a hodnocen dle potřeby, nevykazoval známky infekce. Pacientka udávala občasné bolesti v zádech dle hodnotící škály na stupeň 1, pomáhala jí úlevová poloha. S pacientkou přijatou předchozí den si povídaly a nacházely společná témata k rozhovoru. Jinak dále četla. Odpoledne ji potěšil manžel svojí přítomností. V noci spala.

5. Pooperační den

Základní ošetrovatelská péče probíhala ve standardních postupech a hygienickou péči zvládla pacientka s lehkou dopomocí. Diuréza za předchozí den byla sepsána s hodnotami celkového příjmu tekutin 2000 ml (i. v. 500 ml a p. o. 1500 ml) a celkového výdeje tekutin 2100 ml (1100 ml PMK, 1000 ml LNFS). Pohybový režim upravil lékař při ranní vizitě na chůzi s dopomocí sester nebo fyzioterapeutky, což pacientka přivítala a aktivně realizovala. Lékař naordinoval šetřící dietu č. 2 a infuzní terapii 500 ml krystaloidního roztoku s délkou podání pět hodin. Po ukončení infúze byl odstraněn PŽK, vpich byl

klidný bez známek infekce, hodnocen na škále hodnocení tromboflebitis dle Maddona na stupeň 0. Obvaz na operační ráně měla čistý a suchý, bez nutnosti převazu. Výdej z PMK a LNFS byl dále sledován. Pacientka byla edukována sestrou o manipulaci se sběrnými sáčky. Občasné pobolívání v zádech u pacientky trvalo, hodnoceno dle Melzacka na stupeň 1, pacientce pomáhala úlevová poloha a analgetika nepožadovala. Dopoledne měla TT 36,6°C, odpoledne a večer TT 37,3-37,8°C a na základě ordinace lékaře bylo podáno anti-pyretikum, po kterém byl zaznamenán pokles TT na hodnotu 36,7°C. V odpoledních hodinách ji navštívil manžel a synové s rodinami. V noci spala.

6. Pooperační den

Hygienickou péči už pacientka prováděla bez dopomoci a ošetrovatelský personál zajistil péči o lůžko. Diuréza za 5. pooperační den činila 2500 ml přijatých tekutin a 2350 ml činil výdej z PMK a nulový výdej byl z LNFS. Pacientce lékař vysvětlil, že moč stéká močovodem do močového měchýře. Na základě ordinace lékaře byl extrahován PMK a kontrolována spontánní mikce. Pacientka močila bez potíží a sledování diurézy bylo zrušeno. Lékař převázal operační ránu. Sestry kontrolovaly LNFS a vyměnily sběrný sáček. Střevní pasáž byla obnovena, plyny jí odcházely od 2. pooperačního dne bez potíží s nadýmáním a tento den byl zaznamenán odchod malého množství formované stolice. Stejně jako předchozí den jí byla podána dieta č. 2. Byla změřena TT s hodnotou 36,7-36,9°C. Zvýšení soběstačnosti navodilo u pacientky zlepšení psychického stavu. Rehabilitační péče byla ukončena. Bolest pacientka již neudávala. Pobyť v nemocnici si nadále naplňovala hlavně čtením. Už se těšila domů. Spala.

7. Pooperační den

Pacientka již byla soběstačná v provádění hygienické péče i v dalších aktivitách. Spontánně močí bez potíží, moč je bez příměsi krve. Měla formovanou stolicí a udává spokojenost s vyprázdněním. Lékařem ordinována dieta racionální č. 3. Dle ordinace lékaře byla pacientce uzavřena LNFS do pocitu tlaku v ledvině a sestra pacientku edukovala, aby ji v případě pocitu tlaku v ledvině informovala. Pacientka neměla potíže ani pocit tlaku či bolesti. Na základě této skutečnosti lékař LNFS odpoledne odstranil a převázal operační ránu. Obvaz na operační ráně a po LNFS byl sledován, neprosákl a pacientka byla bez potíží. Pacientka udávala, že se naučila během hospitalizace s LNFS a sběrným sáčkem manipulovat, ale nedovede si představit, že by ji měla dlouhodobě. Pacientka se svěřila, že v běžném denním životě by se s NFS těžko psychicky vyrovnávala. Pacientka je ve velmi

dobrém psychickém stavu, dočetla třetí knihu a navečer sledovala oblíbený seriál v televizi. Spala.

8. Pooperační den

V tento den ráno po základních ošetrovatelských činnostech proběhla lékařská vizita, při které lékař pacientce naordinoval odběr krve na kontrolní hematologické a biochemické vyšetření. Pacientka provedla ranní hygienu osprchováním celého těla, které jí lékař dnes povolil. Následně lékař provedl převaz operační rány, odstranil stehy a na základě výsledků laboratorního a hematologického vyšetření krve lékař rozhodl o propuštění pacientky do domácího ošetřování. Dopoledne byly pacientce vydány šaty ze šatny. Na šatním lístku pacientka svým podpisem potvrdila převzetí šatů a lístek byl vložen do dokumentace pacientky. Pacientce lékař předal propouštěcí zprávu a poučil ji o možných komplikacích, dalším léčebném postupu a pooperačním sledování. Doporučil kontrolu na ambulanci urologické kliniky s provedením sonografického vyšetření za týden po propuštění. Poté pacientku poučila všeobecná sestra o péči o operační ránu, o pitném režimu a jak postupovat v případě jakýchkoli komplikací. Poučení pacientka potvrdila svým podpisem do Edukační karty. Domů pacientku odvezl manžel osobním autem.

9. – 15. Pooperační den

Pacientka se dostavila na kontrolní vyšetření na urologickou ambulanci 15. pooperační den pro výsledek tento den provedeného CT vyšetření ledvin. Do tohoto dne pacientka byla v domácím ošetřování a dodržovala klidový režim bez fyzické zátěže. S fyzicky zatěžujícími činnostmi jí pomáhal manžel. Dle slov pacientky byla soběstačná, neměla bolesti zad ani operační rány a cítila se velmi dobře, byla spokojená s výsledkem operace, která jí odstranila občasnou nepříjemnou bolest v ledvině, kterou měla v období před hospitalizací. O operační ránu pacientka pečovala dle doporučení lékaře a dle edukace všeobecné sestry. Operační rána se zhojila bez komplikací.

12.5 Ošetrovatelský plán

00132 – Akutní bolest související s operačním výkonem a pooperačním upoutáním na lůžko projevující se subjektivně slovním vyjádřením pocitu bolesti v operační ráně a v zádech a objektivně bolestivým výrazem v obličeji

Očekávaný výsledek – pacientka slovně vyjádří do 30 minut po podání analgetika úlevu od bolesti

Ošetrovatelské intervence

- posuzuj bolest dle škály bolesti podle Melzacka
- monitoruj bolest, její intenzitu, charakter a propagaci
- podávej analgetika dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek a vedlejší účinky
- informuj lékaře o změně charakteru bolesti
- pomáhej pacientce změnit polohu, zajisti pohodlí
- sleduj neverbální projevy bolesti
- prováděj záznamy o bolesti do zdravotnické dokumentace
- edukuj pacientku o možnosti využití nefarmakologického ovlivnění bolesti (úlevová poloha, fixace operační rány při kašli, psychologické prostředky)

Hodnocení – při hodnocení bolesti dle škály Melzacka měla pacientka úlevu od bolesti za 30 minut po podání analgetika ze stupně 3 na stupeň 0. Analgetikum podáno během hospitalizace 3x. Hodnocení bolesti ukončeno 6. pooperační den.

00134 – Nauzea související s anestézií projevující se subjektivně nepříjemným pocitem v žaludku a kyselou chutí v ústech a objektivně dávením a zblednutím kůže

Očekávaný výsledek - u pacientky vymizí nepříjemné pocity nauzey

Ošetrovatelské intervence

- vysvětlí pacientce příčinu nauzey
- ubezpeč pacientku, že dojde k úlevě
- ulož pacientku do zvýšené polohy
- podej antiemetika dle ordinace lékaře, sleduj účinek antiemetik
- podávej tekutiny po doušcích a v malém množství
- zajisti příjem tekutin infuzemi dle ordinace lékaře
- prováděj záznamy do ošetrovatelské dokumentace

Hodnocení – nauzea u pacientky ustoupila do dvou hodin po splnění lékařských ordinací a ošetrovatelských intervencí. Pacientce byla podána antiemetika, tekutiny nejprve byly hrazeny infuzní terapií, po odeznění nauzey byly tekutiny pacientce per orálně nabízeny v omezeném množství. Nauzeu pociťovala pacientka během hospitalizace v pooperačním období 1x, ošetrovatelský problém byl 2. pooperační den ukončen.

00108 – Deficit sepeče při koupání a hygieně související s naordinovaným klijdem na lůžku projevující se subjektivně verbalizací pocitu nečistoty těla a objektivně neschopností provést samostatně hygienickou péči

Očekávaný výsledek – pacientce bude zajištěna v pooperačním období adekvátní dopomoc při hygienické péči

Ošetřovatelské intervence

- dbej na soukromí při provádění osobní hygieny
- zajisti příslušné pomůcky a dostatek času
- zajisti kompletní hygienickou péči včetně péče o chrup
- zajisti dopomoc k dokončení kompletní osobní hygieny
- umožni pacientce aktivní úlohu při hygienické péči
- vše zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace

Hodnocení – pacientka prováděla hygienickou péči na lůžku a u umyvadla v koupelně s větší či menší dopomocí zdravotnického personálu až do sedmého pooperačního dne. Měla pocit čistoty. Sprchování celého těla bylo pacientce umožněno až osmý pooperační den, kdy byl ošetřovatelský problém definitivně ukončen.

00085 – Zhoršená tělesná pohyblivost související s omezením pohybu po operačním výkonu projevující se subjektivně stížností na bolest při pohybu a objektivně pohybovým omezením dle lékařské ordinace ve zdravotnické dokumentaci

Očekávaný výsledek – pacientka bude respektovat lékařem ordinované pohybové omezení a bude v rámci pooperační rehabilitační péče spolupracovat

Ošetřovatelské intervence

- pouč pacientku o ordinovaném pohybovém omezení
- zajisti rehabilitaci pod vedením fyzioterapeutky
- předcházej vzniku komplikací z imobility
- nabízej použití pomůcek vhodných ke změně polohy
- vybízej pacientku ke cvičení v povoleném rozsahu
- pečuj o bezpečnost pacientky, veď ji k soběstačnosti
- průběh RHC zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace

Hodnocení – pacientka respektovala pohybové omezení a aktivně spolupracovala s fyzioterapeutkou a sestrami při pooperační rehabilitační péči až do 6. pooperačního dne, kdy byly rehabilitační péče a ošetrovatelský problém pro soběstačnost pacientky ukončeny.

00044 – Narušená integrita tkáně související s operační ránou projevující se subjektivně bolestivostí a změnou citlivosti v operační ráně a objektivně operační ránou sterilně krytou obvazem

Očekávaný výsledek – nekomplikované primární hojení operační rány bez pocitu bolesti

Ošetrovatelské intervence

- kontroluj denně obvaz na operační ráně
- informuj pacientku o postupu při převazu
- prováděj převaz operační rány dle potřeby a dle ordinace lékaře za dodržení asepse
- podávej analgetika dle ordinace lékaře
- zaznamenávej převaz a hodnocení operační rány do zdravotnické dokumentace
- edukuj pacientku o péči o operační ránu

Hodnocení – hojení operační rány se během hospitalizace pacientky nekomplikovalo. Operační rána byla klidná, byla převazována dle ordinace lékaře. Bolest byla tlumena analgetikem. Ošetrovatelský problém přetrvává do domácího ošetřování, proto pacientka edukována v péči o operační ránu v domácím prostředí.

00007 Hypertermie související s pooperačním stavem projevující se subjektivně teplou překrvenou pokožkou a objektivně naměřenou TT nad normální rozmezí

Očekávaný výsledek – pacientka bude mít fyziologické hodnoty TT 36,0-36,9°C

Ošetrovatelské intervence

- monitoruj TT, TK, P dle potřeby a ordinace lékaře
- naměřené hodnoty zaznamenávej do dokumentace
- zajisti dostatečný přísun tekutin, sleduj diurézu
- podávej antipyretika dle ordinace lékaře, kontroluj jejich účinek
- edukuj pacientku o faktorech ovlivňující tělesnou teplotu (přiměřená teplota okolí, vhodné oblečení, klidový režim)

Hodnocení – zvýšená TT byla u pacientky naměřena 4. a 5. pooperační den, po podání antipyretik došlo k úpravě tělesné teploty na fyziologické hodnoty, v dalších dnech již byla afebrilní. Problém byl ukončen 7. pooperační den.

00004 – Riziko infekce související se zavedenými invazivními vstupy

Očekávaný výsledek – místa zavedených invazivních vstupů nebudou mít příznaky infekce

Ošetřovatelské intervence

- sleduj denně místa invazivních vstupů PMK, LNFS a drénu
- kontroluj žilní vstup dle standardu
- odstraň PŽK při příznacích infekce
- kontroluj fixaci LNFS, prováděj převazy LNFS dle potřeby nebo dle ordinace lékaře za dodržení aseptických podmínek, obvaz udržuj suchý a čistý
- edukuj pacientku o příznacích infekce
- dodržuj správné postupy v péči o drenážní a močový systém
- ochraňuj pacientku před nemocniční nákazou
- zaznamenávej převazy a hodnocení míst invazivních vstupů do dokumentace

Hodnocení – u pacientky se po dobu zavedení invazivních vstupů po prováděných intervencích neprojeví příznaky infekce. Ošetřovatelský problém byl ukončen 7. pooperační den po extrakci všech invazivních vstupů.

00249 – Riziko dekubitu související s pooperační sníženou pohyblivostí

Očekávaný výsledek – pacientka bude mít neporušenou, dostatečně prokrvenou, vyživenou a hydratovanou kůži, během snížené pohyblivosti nevznikne dekubit

Ošetřovatelské intervence

- zhodnoť riziko vzniku dekubitů dle Nortonové
- pouč pacientku o riziku vzniku dekubitů
- prováděj častou výměnu lůžkovin a osobního prádla
- zajisti včasnou rehabilitaci a mobilizaci
- ošetřuj kůži vhodnými přípravky
- proved' zápis do ošetřovatelské dokumentace

Hodnocení – u pacientky nevznikl dekubit během pooperační snížené pohyblivosti. Nízkým rizikem vzniku dekubitů byla pacientka ohrožena v den operace a 3 pooperační dny, od 4. pooperačního dne byla bez rizika vzniku dekubitu a ošetřovatelský problém ukončen.

00155 – Riziko pádů související s pooperačním oslabením organismu

Očekávaný výsledek – při pooperační mobilizaci nedojde k pádu pacientky

Ošetřovatelské intervence

- edukuj pacientku o riziku pádu a o použití bezpečnostních prvků při mobilizaci (madla, držadla, chodítka), eventuálně zajisti lůžko postranicemi
- zajisti bezpečné prostředí
- umísti na dosah ruky signalizační zařízení
- zajisti dohled a dopomoc pacientce při opouštění lůžka
- reaguj na vertigo, zajisti pacientce pocit bezpečí

Hodnocení – během pooperační mobilizace byla pacientka pod dohledem zdravotnického personálu a fyzioterapeutky, nedošlo k pádu pacientky. Riziko pádů bylo ukončeno 7. pooperační den.

12.6 Edukační plán

Tabulka 1 Edukace pacientky v péči o operační ránu

Účel	Edukace pacientky v péči o operační ránu, aby nevznikla infekční komplikace.
Cíl	Pacientka bude správně pečovat o operační ránu, aby předešla vzniku infekční komplikace a kůže v okolí rány byla dostatečně prokrvená, vyživená a hydratovaná.

Pomůcky	Výuková metoda
Brožura, převazový materiál dle potřeby	Rozhovor, ukázka, praktický výcvik

Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dota- ce	Hodnocení
Kognitivní	Pacientka vysvětlí postup při ošetřování operační rány a vyjmenuje příznaky infekce v operační ráně.	Sestra pacientku seznámí s postupem při ošetřování operační rány a s příznaky infekce v operační ráně.	15'	Pacientka vyjmenovala, jak bude postupovat při ošetřování operační rány a jaké jsou příznaky infekce v operační ráně.
Afektivní	Pacientka chápe důležitost pooperační péče o operační ránu v domácím prostředí.	Sestra pacientce vysvětlí, proč je důležitá pooperační péče o operační ránu v domácím prostředí.	10'	Pacientka pochopila důležitost pooperační péče o operační ránu v domácím prostředí.
Psycho- motorický	Pacientka bude schopna převazovat operační ránu.	Sestra pacientce předvede převaz operační rány.	10'	Pacientka správně provádí převaz operační rány.

Zdroj: Vlastní

13 KAZUISTIKA Č. 2

13.1 Anamnéza

Pacient, 30 letý muž, byl přijatý na urologickou kliniku k laparoskopické pyeloplastice vlevo s extrakcí litiázy pro kongenitální hydronefrózu. Na základě subjektivních potíží, kdy pacient udával bolesti břicha v epigastriu, praktický lékař pacientovi doporučil dodržování diety při žaludeční acidóze, předepsal užívání omeprazolu a indikoval ultrasonografické vyšetření, na jehož podkladě bylo provedeno urologické vyšetření. V rámci diagnostiky bylo provedeno CT vyšetření a scintigrafie ledvin. Na základě výsledků provedených vyšetření s průkazem vrozené hydronefrózy levé ledviny s redukcí parenchymu a s mnohočetnou kalikolitiázou bylo pacientovi doporučeno operační řešení a byl domluven termín přijetí k operaci.

Osobní anamnéza – pacient prodělal běžné dětské nemoci, vážněji nestonal, operace a úrazy neměl. Do doby, než začal mít bolesti v epigastriu, se cítil zdravý. Potíže vyřešily dieta a léky, které užíval jen krátce.

Rodinná anamnéza – rodiče se s ničím neléčí, má tři sourozence, dva bratry a jednu sestru, jsou zdraví.

Sociální anamnéza – pacient je svobodný, bydlí v nájemním bytě 2+1 na vesnici.

Pracovní anamnéza – pacient je vyučen v oboru kuchař – číšník, pracuje jako dozorce ve věznici.

Alergická anamnéza – pacient udává alergii na jodové kontrastní látky, kdy měl po CT vyšetření exantém na stehnech a trupu. Na základě kožního vyšetření užíval antihistaminika.

Abusus – nekouří, drogy neužívá, alkohol pije příležitostně, kávu 1x denně.

Farmakologická anamnéza – chronická medikace - v současné době bez medikace

- medikace za hospitalizace

Fraxiparine Multi 0,4 ml (antikoagulans), aplikován s. c. 1x denně ve 20 hodin

Analgin 1 amp. (analgetikum), aplikován při bolesti

Morphin 1% 10 mg (opiát), aplikován při premedikaci před operací

Infuzní terapie, celkem podáno 4000 ml krystaloidního roztoku

Diagnóza hlavní Q620 Vrozená hydronefróza vlevo

Diagnózy vedlejší N200 Kalikolitiáza vlevo

T887 Alergie na jodovou kontrastní látku

Diagnóza operační Laparoskopická resekční pyeloplastika dle Andersona-Hynesese vlevo, extrakce mnohočetné nefrolitiázy

13.2 Fyzikální vyšetření

Celkový stav – pacient je při plném vědomí, orientován místem i časem, spolupracuje, komunikuje bez problémů, je soběstačný, chůze a stoj je stabilní, je upravený, čistý. Kůže beze změn, hydratovaná, vlasy a nehty má upravené.

Hlava - pokleповě nebolestivá, volně pohyblivá, oči a nos bez sekrece, jazyk plazí ve střední čáře, sliznice růžové, vlhké, chrup sanován, visus zhoršený, slyší dobře.

Hrudník - normálního vzhledu, dýchání pravidelné, čisté, klidné, akce srdeční pravidelná, puls plný.

Břicho - dobře prohmatné, pokleповě nebolestivé.

Končetiny – v kloubech volně pohyblivé, na pravé horní končetině má identifikační náramek, lýtka jsou pohmatově nebolestivá a bez známek varixů a otoků.

Fyziologické funkce a výživa

Krevní tlak (TK)	145/95 mmHg	Hmotnost	81,7 kg
Puls (P)	60/min.	Výška	177 cm
Dech (D)	17/min.	BMI	26,1 (nízká nadváha)
Tělesná teplota (TT)	36,3°C	Dieta	3 (racionální)

Kompenzační pomůcky – korekce vizu brýlemi.

Použité měřicí škály

Barthelův test základních všedních činností: při příjmu a propuštění 100 bodů, plně soběstačný, po přivezení z operačního sálu a 1. pooperační den až 40 bodů, vysoká závislost, 2. pooperační den střední závislost, 3-4. pooperační den lehká závislost, poté soběstačný

Glasgow Coma Scale: po dobu hospitalizace 15 bodů, plné vědomí

Hodnocení rizika dekubitů dle Nortonové: při příjmu a propuštění bez rizika, nízké riziko trvalo od operačního výkonu do 2. pooperačního dne

Škála bolesti podle Melzacka: při příjmu stupeň 0, bez bolesti, po operaci až stupeň 3, intenzivní bolest, při propuštění stupeň 0-1, občas pociťuje mírnou bolest.

Klasifikace tíže tromboflebitis podle Maddona: po dobu zavedení PŽK stupeň 0

Hodnocení rizika pádů: při příjmu a propuštění bez rizika, od operačního dne do 4. pooperačního dne nízký stupeň rizika při pooperační mobilizaci

13.3 Ošetřovatelský model Virgínie Hendersonové

1. Dýchání – dle slov pacienta doma potíže s dýcháním nemá, ani v klidu ani při zátěži. Od šestnácti let kouřil, po deseti letech přestal. Odvykání zvládl sám, bez pomoci odborníka. Nyní pět let nekouří. Při příjmu pacient dýchal klidně, pravidelně, neměl kašel. V dokumentaci nebyl záznam o dechových potížích během hospitalizace. Svěřil se až při propuštění, že třetí pooperační den při posazení nemohl zhluboka dýchat, musel dýchat mělce.

2. Výživa a hydratace – pacient doma denně vypije dva litry neochucené vody, minerální vody nebo džusu. Alkohol, pivo či víno pije jen výjimečně. Nesnídá, ačkoliv si je vědom nesprávné životosprávy. První jídlo má v poledne, poté jí třikrát až čtyřikrát do večera. Dodržuje dietu pro acidózu žaludku. Je rád, že vlastním přičiněním snížil váhu o devět kilogramů. Má rád drůbeží a netučné maso, zeleninu, těstoviny, plátkové sýry. Miluje sladké, ale kvůli dietě ho teď nejí. Při příjmu i během hospitalizace byl pacient hydratován. Tekutiny byly hrazeny infuzní terapií v den operace a 1. pooperační den. Perorálně mohl přijímat čaj a neperlivé vody, neomezený perorální příjem tekutin měl od 2. pooperačního dne. Postupná realimentace probíhala dle ordinace lékaře, byla podávána čajová, tekutá, kašovitá, šetřící až racionální strava. První pooperační dny pociťoval hlad, který

nikdy nepoznal. Strava pacientovi v nemocnici chutnala. Strava a množství přijatých tekutin byly zaznamenávány do zdravotnické dokumentace pacienta.

3. Vylučování – pacient potíže s močením nebo s vyprazdňováním stolice při příjmu neudává. Stolicí má pravidelně, jedenkrát denně. Udává, že se potí přiměřeně k počasí a fyzické námaze. Po operaci bylo vylučování moči zajištěno PMK a ureterálním stentem s postupným obnovením spontánní mikce. Spontánně močil s lehkými potížemi. Pociťoval během močení tlak v levé ledvině, který ke konci močení ustával. Lékař mu vysvětlil, že potíže způsoboval ureterální stent. Dle sdělení pacienta zavedený PMK vnímal jako „ztrátu mužství“. Večer před operací bylo pacientovi podáno klyzma, které pociťoval dle jeho slov jako velmi negativní zážitek. Střevní pasáž se pooperačně obnovila. Diuréza a odchod stolice byly zaznamenány do zdravotnické dokumentace pacienta.

4. Pohyb a udržování tělesné pohody – pacient je soběstačný, doma se rád vydává na procházky a výlety. Věnuje se horské turistice a hraje minigolf. Do devatenácti let hrál fotbal. V bytě má malé fitness, ve kterém nepravidelně cvičí. V práci jedenkrát ročně plní fyzické testy a jedenkrát za měsíc mají bojová přezkoušení. Po operaci byl pacientovi lékařem naordinován klid na lůžku s RHC na lůžku s postupnou mobilizací v následujících dnech pod vedením fyzioterapeutky a zdravotnického personálu. RHC vedla k obnovení soběstačnosti. Udával, že se tři dny nemohl otáčet pro bolestivost v levém boku a pro pocit tlaku v pravém boku. Musel ležet na zádech. Až po aplikaci analgetika se mohl pohybovat. Dle slov pacienta pociťoval bolest v operační ráně při změně polohy, proto z lůžka vstával opatrně. Při RHC a mobilizaci mu pomáhal zdravotnický personál z oddělení. Pohybový režim a rehabilitační péče byly zapsány do zdravotnické dokumentace a na kartu o rehabilitaci.

5. Spánek a odpočinek – pacient nemá doma potíže s usínáním, spí i devět hodin, když nevstává do práce. Vstává-li do práce, spí méně, asi pět až šest hodin. Před nástupem do nemocnice spal jen dvě hodiny. Večer před operací bylo pacientovi podáno hypnotikum dle premedikace, které neužil, protože nechce užívat léky. Udával, že usnul až k ránu a spal jen krátce. Potíže se spaním měl i další noc, kdy byl na pooperačním pokoji rušen hlukem z ulice a naříkajícím pacientem. Následující den spal lépe.

6. Oblékání – pacient je doma v oblékání soběstačný, obléká se úměrně k počasí, kupuje si pohodlné oblečení, upřednostňuje bavlněné materiály, nenosí džíny. V nemocnici si oblékl svoje pyžamo, ale po operaci z důvodu zavedeného PMK ho vyměnil za nemoc-

niční košili. Vlastní pyžamo si oblékl pátý pooperační den ihned po odstranění PMK. Zdravotnický personál zajistil pacientovi dopomoc při oblékání v pooperačním období.

7. Regulace tělesné teploty – pacient udává, že se obléká přiměřeně k ročnímu období a teplotě prostředí, ve kterém se nachází. Při příjmu byl afebrilní. Lehce zvýšená teplota byla u něj naměřena v prvních třech pooperačních dnech. V den operace po přivezení ze sálu měl zimnici s třesavkou, byl zahříván příkrývkou BAIR HUGG. Stav se víc neopakoval. Pokojová teplota mu vyhovovala, dle potřeby požádal o vyvětrání. Hodnoty naměřené TT byly během hospitalizace zaznamenávány do zdravotnické dokumentace.

8. Hygiena – pacient je v hygienické péči soběstačný, udává, že se doma sprchuje v létě dvakrát denně, jinak jednou za den. Rád se koupe ve vaně. Vlasy si myje při každém sprchování, holí se pravidelně, nehty si stříhá jedenkrát za týden. O chrup pečuje. Nyní pro potíže s chrupem navštěvuje zubního lékaře častěji než jedenkrát za rok. Při příjmu byl pacient čistý, oholený. Ráno před operací se po oholení operačního pole osprchoval antimikrobiálním mýdlem. Dopomoc s prováděním hygienické péče na lůžku podle ordinovaného pohybového režimu pacientovi zajistil v pooperačním období zdravotnický personál oddělení. Udával, že je stydlivý a v nemocnici mu najednou bylo úplně jedno, že je někdy odhalený. Umytí u lůžka považoval za nedostatečné, chtěl se sprchovat. Lékařem bylo sprchování povoleno čtvrtý pooperační den, kdy začal chodit. Na sprchu se velmi těšil.

9. Ochrana před nebezpečím, vyvarování se nebezpečí z okolí a zranění jiných – pacient pro ochranu svého těla používá opalovací krémy a repelent proti klíšťatům. Od 22 let vlastní řidičský průkaz. Dodržuje dopravní předpisy, ale několik let při jízdě v autě nepoužíval bezpečnostní pásy. V současné době bezpečnostní pásy používá. Dále udává, že riskuje i při turistických výletech. Láká ho vstupovat až k okraji skal. Při příjmu byla lékařem provedena verifikace operační strany. Sestrou byl preventivně poučen o riziku pádu. Po dobu upoutání na lůžku v pooperačním období měl u lůžka zvednuté postranice a v dosahu ruky zavěšené signalizační zařízení. Pooperační RHC probíhala za asistence zdravotnického personálu. Používal dezinfekci na ruce pro svoji ochranu před infekcí.

10. Komunikace s okolím, kontakt, vyjádření emocí, potřeb, obav, názorů – pacient je dle svého názoru přátelský a se sousedy má dobré vztahy. Je údajně upřímný, vyjadřuje své názory, nemá rád přetvářky. Emoce neskrývá, jedná emotivně. Nyní se obává operace, je poprvé v nemocnici. Velmi ho znepokojilo oznámení, že musí na operaci. Pacient byl při příjmu komunikativní, udržoval oční kontakt, vyjadřoval své pocity i názory.

Působil sympaticky a s pacienty na pokoji vycházel dobře. Měl velký strach, který neskrýval. Dodržoval léčebný režim až úzkostně, spolupracoval se zdravotnickým personálem a zajímal se o svůj zdravotní stav. Vyjádřil spokojenost s přístupem ošetřujícího lékaře a lékaře anesteziologa, s péčí sester a s ochotou všech odpovídat na všechny jeho otázky.

11. Víra, konání pobožnosti – pacient je ateista. Dle slov pacienta o nabídku Pastorační péče nebude mít během hospitalizace zájem.

12. Práce, uspokojení z práce – pacient se vyučil v oboru kuchař – číšník a pracoval v restauraci. Během práce si tříletým studiem dálkově doplnil maturitu v oboru podnikání. Už v restauraci pracovat nechtěl, hledal jiné zaměstnání. Nyní tři roky pracuje jako dozorce ve věznici, do práce dojíždí autem. Pracuje ve směnách. Je spokojen s lepším platovým ohodnocením, než měl v restauraci.

13. Aktivita, zájmy – mezi zájmy pacienta patří hlavně horská turistika, rád jezdí do Krkonoš a do Beskyd. Nemůže-li cestovat, chodí na procházky a výlety po okolí bydliště. Rád hraje minigolf, chodí plavat a občas rybaří. Zajímá ho motosport a řeší sudoku. S rodiči jezdil na dovolené do Řecka, kde byl nadšený z prostředí a upoutala ho přátelskost místních lidí. Během hospitalizace ho první a druhý pooperační den nic nebavilo, neměl o nic zájem. V dalších dnech četl časopisy, řešil sudoku a udržoval telefonický kontakt s rodinou a s přáteli. Byl rád, když ho navštívila přítelkyně nebo teta. Po úplné mobilizaci občas sledoval televizní pořady.

14. Učení, rozvoj osobnosti – pacient se připravuje na přijímací zkoušky na Policejní akademii, plní jedenkrát za měsíc bojové testy a sebeobranu. Učí se anglický jazyk za pomoci počítače. V den příjmu přečetl informovaný souhlas s hospitalizací, operací, celkovou narkózou, podáním transfúze a vyjádřil podpisem svůj souhlas. Přečetl na pokoji vyvěšená Práva a povinnosti pacientů, Vnitřní řád a na chodbě umístěný seznam alergenů v potravinách. Pacient projevil zájem o nové informace a poznatky v rámci edukace při příjmu i v rámci pooperační edukace při propuštění do domácí péče.

13.4 Průběh hospitalizace

Den příjmu

Pacient se ráno ve stanovený den dostavil na příjem na ambulanci urologické kliniky, kde lékař provedl kontrolu předoperačních vyšetření. Sestra pacienta odeslala do přijímací kanceláře, aby se přihlásil k hospitalizaci a poté mu na dominantní ruku nasadila

identifikační náramek. S tiskopisy z přijímací kanceláře se pacient dostavil na lůžkové oddělení, kde byl přivítán sestrou a odevzdal jí přinesené tiskopisy a předoperační vyšetření. Sanitářkou byl zaveden do šatny k převlečení a sepsání šatního lístku, jehož originál byl uložen do dokumentace. Pacienta sanitářka zvažila, změřila a zavedla na pokoj, kde pacienta seznámila s ostatními pacienty, jeho lůžkem, nočním stolem, se signalizačním zařízením a nabídla mu tekutiny. Sestra připravila tiskopisy, které jsou součástí lékařské a ošetrovatelské dokumentace, připravila žádanky a zkumavky na vyšetření moči. Poté sestra pacienta seznámila s uspořádáním a s provozem oddělení pro jeho lepší orientaci. Sestra s pacientem sepsala ošetrovatelskou anamnézu a provedla edukaci pacienta. Dotazem sestry zjistila informace o vyprazdňování stolice a moči, kvalitě spánku, užívání kompenzačních pomůcek, stavu kůže, sociální situaci a spirituálních potřebách pacienta. Změřila krevní tlak, puls, tělesnou teplotu a zhodnotila pacienta dle hodnotících škál. Edukovala pacienta o chodu oddělení, jak bude probíhat předoperační příprava, pooperační péče a o pooperačním pobytu pacienta na pooperačním pokoji v rámci urologické kliniky. Pacienta seznámila se seznamem alergenů v potravinách, s Právy a povinnostmi pacientů a Vnitřním řádem, oba tiskopisy se nachází na každém pokoji. Edukaci pacient potvrdil svým podpisem v Edukační kartě a v Ošetrovatelské anamnéze podepsal, že nežádá uložení cenností do trezoru. Po přijetí a vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem sestra splnila lékařské ordinace a pacient provedl odběr moči do sterilní zkumavky po poučení o správném provedení odběru moči. Odpoledne byl vyšetřen anesteziologem, který zhodnotil přinesená předoperační vyšetření, zdravotní stav pacienta a sepsal premedikaci k operaci. V rámci předoperační přípravy byl pacient poučen o dietním režimu. K obědu byla pacientovi podána racionální dieta, k večeři kašovitá dieta a poté mohl přijímat jen tekutiny. Příjem čírych tekutin měl anesteziologem povolený do šesté hodiny ranní. Večer mu bylo podáno per rectum salinické klyzma. Pacientovi bylo dle ordinace lékaře aplikováno subkutánně antikoagulans, které mu v rámci prevence tromboembolické nemoci bylo aplikováno i po všechny následující večery až do propuštění. Dle premedikace bylo pacientovi podáno hypnotikum na spaní, které neužil, protože nechce léky užívat. Nemohl usnout, nakonec spal jen krátce, o operaci neustále přemýšlel.

Operační den

Pacienta ráno probudil sanitář z operačního sálu, který provedl oholení operačního pole. Poté pacient provedl ranní hygienu sprchováním antimikrobiálním mýdlem. Následně sestra pacientovi zavedla PŽK a podala infuzní terapii dle premedikace. Dopoledne po telefo-

nické výzvě anesteziologické sestry z operačního sálu byl pacientovi aplikován opiát dle premedikace po předchozím vymočení, vysvlečení, odstranění šperků, hodinek a oblečení kompresivních punčoch. Po následné telefonické výzvě byl odvezen na operační sál a předán anesteziologické sestře.

Bezprostřední pooperační péče byla zahájena převzetím pacienta od anesteziologické a perioperační sestry všeobecnou sestrou z pooperačního pokoje spolu s dokumentací, která obsahuje Anesteziologický záznam, Operační protokol, Operační ošetřovatelskou dokumentaci a Protokol o použití přístrojového zdravotnického prostředku. Při převzetí sestra zkontrolovala vědomí pacienta, obvaz na operačních incizích, výdej z drénu a katétrů a zajistila lůžko postranicemi v rámci prevence pádů. Pacient odvezen na pooperační pokoj. Na pooperačním pokoji byly v 15' intervalech monitorovány fyziologické funkce, tedy TK, P, SpO₂, TT a kontrolován stav vědomí. Naměřené hodnoty se pohybovaly v rozmezí: TK 121/68-173/85 mmHg, P 60-115', SpO₂ 94-100%, TT 36,4-36,7°C. Vitální funkce byly monitorovány až do rána, v nočních hodinách v hodinových intervalech. Podávána infuzní terapie a aplikován kyslík nosními hroty rychlostí čtyři litry za minutu dle doporučení anesteziologa. Na dosah ruky pacienta bylo umístěno sluchátko signalizačního zařízení. Sestra zavěsila sběrný močový sáček od PMK k lůžku, PMK odváděl slabou hematurii, kontrolovala pooperační obvazy a odvod sekretu ze spádového drénu, který byl vložen do sterilního lepícího drenážního sáčku a sledovala příjem a výdej tekutin. Pro zimnici s třesavkou byl pacient přikrytý BAIR HUGG příkrývkou k zahřívání. Pacient byl po příjezdu z operačního sálu zkontrolován lékařem. Pacient udával bolesti v operovaném místě, dle škály hodnocení bolesti dle Melzacka na stupeň 3 (intenzivní), proto lékař naordinoval analgetickou terapii a následnou infuzní terapií 1000 ml krystaloidního roztoku byl zajištěn příjem tekutin s délkou aplikace 8 hodin. Pacient udával úlevu od bolesti již za 20 minut po podání analgetika na stupeň 1, tedy mírná bolest. Po zklidnění třesavky a bolesti pospával. Pacientovi byl na operačním sále zaveden druhý PŽK, proto byla kontrolována místa vpichů obou PŽK během infuzní terapie po dvou hodinách a hodnocena dle Maddonovy škály stupeň 0, bez zánětlivých změn. Za dvě hodiny po přivezení ze sálu mohl pacient pít tekutiny v malém množství. Večer pacient udával bolesti operační rány, v křížové krajině a v oblasti kostrče, dle škály hodnocení bolesti dle Melzacka na stupeň 3 (intenzivní). Aplikováno analgetikum dle ordinace lékaře a upravena poloha zvednutím podhlavníku lůžka a podložením kříže a hýždí podložkou dekubou, aby ležel pohodlněji. Pacient udával úlevu od bolestí za 30 minut po podání analgetika opět na stupeň 1 (mírná). Udává, že v noci spal

po chvilkách, dohromady snad čtyřicet minut. Rušil ho hluk z ulice, dále hluk z přístrojů a naříkající pacient.

1. Pooperační den

V rámci ošetrovatelské péče byly pacientovi monitorovány fyziologické funkce celou noc po 1 hodině a ráno byla monitorace ukončena. Dále změřena a sečtena diuréza za posledních 24 hodin a všechny zjištěné hodnoty byly zapsány do zdravotnické dokumentace pacienta. Celkový příjem tekutin byl 2700 ml (i. v. 2100 ml, p. o. 600 ml) a výdej 2600 ml z PMK a 0 ml z drénu. Byla provedena hygienická péče o dutinu ústní a tělo s provedením masáže zad za použití masážního gelu, při které byla pacientovi poskytnuta výrazná dopomoc zdravotnickým personálem, sám provedl hygienu dutiny ústní, obličeje a hrudníku. Byla provedena péče o lůžko. Při ranní vizitě bylo lékařem indikováno přeložení pacienta zpět na standardní oddělení, kam byl převezen v dopoledních hodinách. Lůžko bylo zajištěno postranicemi v prevenci pádu a do blízkosti pacienta umístěno sluchátko signalizačního zařízení. Byl rád, že je na klidnějším třílůžkovém pokoji a doufal, že se lépe vyspí. Lékařem byl ordinován perorální příjem tekutin v množství 1000 ml za den a 2000 ml krystaloidního roztoku podáno intravenózně infuzní terapií. Nadále kontrolován výdej z drénu, obvaž na operačních incizích a sledován odvod moče z PMK, který odváděl lehkou hematurii. Místa vpichů obou PŽK kontrolována podle potřeby, vpichy byly bez zánětlivých změn. Fyziologické funkce byly měřeny dle ordinace lékaře po 8 hodinách a zaznamenány do dokumentace. Naměřené hodnoty fyziologických funkcí se pohybovaly v rozmezí: TK 114/62-145/80 mmHg, P 62-68'. Odpoledne a večer byl pacient subfebrilní s hodnotami TT 37,2-37,4°C a v noci již byl afebrilní. V rámci pohybového režimu lékař stanovil klid na lůžku, proto pacient prováděl dechová cvičení a cvičení na lůžku s fyzioterapeutkou a posléze i sám. Stěžoval si na bolest zad, doporučena změna polohy, což přivodilo úlevu od bolesti. Až večer pro zhoršení bolesti v křížové krajině a pro bolest v operační ráně požádal o analgetikum. Bolest hodnocena dle škály hodnocení bolesti na stupeň 3 (intenzivní). Po podání lékařem ordinovaného analgetika pociťoval pacient úlevu od bolesti na stupeň 0 do třiceti minut a usnul. V noci pospával. Ze spaní se vzbudil při každé kontrole pokoje sestrou, ale znovu usnul. Udával, že se konečně vyspal.

2. Pooperační den

Tento den byl zahájen ošetrovatelskými intervencemi jako předchozí dny. Pacient zvládl hygienickou péči s menší dopomocí a sestry provedly péči o lůžko a změřily diurézu za 1. pooperační den. Pacient měl příjem tekutin 3200 ml (i. v. 2100 ml, p. o. 1100 ml) a výdej 3100 ml z PMK a 10 ml z drénu. Při ranní vizitě ošetřující lékař naordinoval pacientovi dietu tekutou OSP a perorální příjem tekutin bez omezení. Pacient byl sestrou edukován o pitném režimu. Pacient udával, že měl velký hlad, ale nezvládl sníst více jak půl porce polévky. TK a P byl kontrolován dle ordinace lékaře 1x denně s naměřenou hodnotou TK 130/75 mmHg a P 64'. Dopoledne byl pacient afebrilní, odpoledne a večer subfebrilní s naměřenou hodnotou TT 37,2°C. Infuzní terapie již byla ukončena. Sestra odstranila PŽK, který byl zaveden ráno před operací. Místa vstupu obou PŽK byla klidná, hodnocena dle Maddonovy škály na stupeň 0, bez známek infekce. Byl kontrolován výdej z PMK, v moči již nebyla známka příměsí krve. Odpoledne byl pacientovi lékařem proveden převaz operační rány a odstraněn drén, který téměř neodváděl. Operační incize byly klidné, nejevily známky infekce a obvaz neprosakoval. Rehabilitace byla rozšířena o sed na lůžku, a proto fyzioterapeutka pacienta edukovala o správné technice posazování. Během dne se několikrát na chvíli posadil za asistence sestry. Pacient udával, že se tento i předchozí den cítil unavený, neměl zájem o čtení nebo telefonování, nic ho nebavilo. Pacient často kladl různé otázky, měl velký strach z neprůchodnosti ureterálního stentu a z dalšího možného operačního výkonu v celkové narkóze. Po trpělivém odpovídání sester na všechny otázky a po pohovoru s lékařem se pacient uklidnil. V noci si vyžádal analgetikum pro bolest operační rány, v zádech a za krkem. Bolest hodnocena dle škály hodnocení bolesti dle Melzacka na stupeň 3, intenzivní. Po podání lékařem ordinovaného analgetika bolest ztlumena na stupeň 0. Spal. Udával, že spal celou noc bez rušivých elementů.

3. Pooperační den

Ráno bylo započato ošetrovatelskými intervencemi jako předchozí dny. Hygienickou péči pacient zvládl vsedě s lehkou dopomocí. Ošetřující lékař při ranní vizitě indikoval stoj u lůžka, dietu kašovitou OSK a provedl převaz operačních incizí. Ty byly klidná bez známek infekce. Nadále byla měřena diuréza s vyrovnanými hodnotami a PMK odváděl moč bez příměsí krve. Odstraněn PŽK, který byl zavedený na operačním sále a místo vpichu hodnoceno na škále hodnocení tromboflebitis dle Maddona na stupeň 0, tedy bez závažných změn. Pacient se cítil lépe, bolesti již nepocítoval a nežádal na noc analgetikum.

Začal mít zájem o čtení a řešil sudoku. Odpoledne ho navštívila teta. Vyjádřil pocit nespokojené hygienické potřeby, projevil přání se osprchovat, což zatím nebylo lékařem povoleno. Pacient v noci spal.

4. Pooperační den

Po ranních ošetrovatelských intervencích, po provedení ranní hygieny s lehkou dopomocí a po úpravě lůžka, proběhla vizita. Ošetřující lékař při ranní vizitě stanovil v rámci pohybového režimu chůzi s doprovodem na WC a povolil pacientovi sprchování. Kontrolován PMK, který odváděl moč bez příměsi krve. Pacient byl edukován sestrou o manipulaci se sběrným močovým sáčkem. Pacient dodržoval doporučený pitný režim a lékař mu naordinoval šetřící dietu č. 2. Diuréza byla dostatečná. Pacient opakovaně chodil na WC s dopomocí sestry a měl dvakrát formovanou stolici. Osprchovat se chtěl až s dopomocí přítelkyně, která odpoledne přišla na návštěvu. Po osprchování byly převázány operační incize, které byly klidné a nejevily známky infekce. Pacient již nebyl subfebrilní. Psychický stav pacienta se zlepšil. V noci spal klidně.

5. Pooperační den

Po pravidelných ranních činnostech a lehké dopomoci při hygieně proběhla ranní vizita. Pacientovi byla lékařem naordinovaná samostatná chůze a rehabilitace byla ukončena pro soběstačnost pacienta. Objednána dle ordinace lékaře racionální dieta č. 3. Sestrou provedena dle rozhodnutí lékaře extrakce PMK, kterou pacient dle jeho sdělení vnímal jako lehce nepříjemnou. Pacient se oblékl do svého pyžama. Lékař zrušil sledování diurézy a pacient byl denně dotazován na příjem tekutin, který byl dostatečný. Kontrolována spontánní mikce. Při spontánní mikci pacient udával, že během močení náhle pocítil tlak v ledvině, který ke konci močení ustával, bolest hodnotil jako stupeň 1. Lékař pacientovi vysvětlil, že tyto potíže jsou častým vedlejším fenoménem zavedeného ureterálního stentu. Pacient během dne udával, že stent pociťuje chvílemi i při sezení. Byl afebrilní a v psychické pohodě. Navečer sledoval televizní pořady. Svěřil se, že se těší domů na svoje lůžko a hlavně na klid, který ve městě v porovnání s vesnicí v noci není. V noci spal dobře.

6. Pooperační den

Pro pacienta to byl poslední den v nemocnici. Po opětovných ranních aktivitách, kdy hygienickou péči už pacient zvládl zcela sám, rozhodl lékař při ranní vizitě o provedení kontrolního ultrazvukového vyšetření. Na základě uspokojivého pooperačního nálezu na

urotraktu byl pacient propuštěn do domácího ošetřování. Před propuštěním lékař pacientovi převázal operační incize. Pacientovi lékař předal propouštěcí zprávu a poučil ho o možných pooperačních komplikacích při zavedeném ureterálním stentu, dalším léčebném postupu a o pooperačním sledování. Poté byl edukován sestrou o pitném a pohybovém režimu a v péči o operační ránu. Pacient vyjádřil spokojenost s péčí sester a ošetřujícího lékaře, s anesteziologickou lékařkou a se stravou. Přítelkyní byl odvezen domů.

7. - 9. Pooperační den

Pacient byl v domácím ošetřování, měl klidový režim bez fyzické zátěže. V domácnosti mu vypomáhala přítelkyně. Do tří dnů se dostavil na kontrolu k praktickému lékaři a devátý pooperační den na urologickou ambulanci na převaz s extrakcí stehů z krátkých operačních incizí. Operační incize byly klidné, lékař odstranil stehy a rány byly zakryty sterilním materiálem. Pacient udával, že k večeru pociťoval pobolívání v podbříšku vlevo, neví, zda bylo způsobené operační ránou nebo stentem. V noci musel třikrát močit a přes den vypil až 4000 ml tekutin. Chválil si spaní v domácím prostředí.

10. – 40. Pooperační den

Pacient byl dále v domácím ošetřování. Pracovní neschopnost mu byla praktickým lékařem ukončena 34. pooperační den. Od 35. pooperačního dne si vybíral 14 dní dovolené s následným návratem do zaměstnání. Udával, že mu doma ještě občas vypomáhala přítelkyně a maminka. Pacient byl při propuštění z hospitalizace lékařem objednan k extrakci stentu, proto se dostavil 40. pooperační den na urologickou ambulanci. Deset dní před tímto termínem byla pacientovi odebrána moč na kultivační vyšetření u praktického lékaře. K extrakci stentu bylo nutné, aby měl pacient negativní výsledek kultivace z moči. Při pozitivním výsledku je nutné, aby byla zahájena antibiotická terapie dle citlivosti. I přesto, že byl o výkonu poučen, prožíval pacient velký strach z toho, jak bude výkon probíhat, jak bude dlouhý. Dle vyjádření pacienta po výkonu byl velmi překvapen z rychlosti provedení. Udával, že pociťoval trochu tlak na močení a lehký posuvný tlak od procházejícího stentu. Pacient byl upravený, po výkonu pozitivně naladěný, usměvavý a již bez strachu. Spěchal domů.

13.5 Ošetrovatelský plán

00132 – Akutní bolest související s operačním výkonem a pooperačním upoutáním na lůžko projevující se subjektivně slovním vyjádřením pocitu bolesti v operační ráně a v zádech a objektivně bolestivým výrazem v obličeji

Očekávaný výsledek – pacient slovně vyjádří do 30 minut po podání analgetika úlevu od bolesti

Ošetrovatelské intervence

- posuzuj bolest dle škály bolesti podle Melzacka
- podávej analgetika dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek a vedlejší účinky
- informuj lékaře o změně charakteru bolesti
- pomáhej pacientovi změnit polohu a zajistit pohodlí
- kontroluj intenzitu, charakter a propagaci bolesti
- sleduj neverbální projevy bolesti
- prováděj záznamy o bolesti do zdravotnické dokumentace
- edukuj pacienta o možnosti využití nefarmakologického ovlivnění bolesti psychologickými prostředky

Hodnocení – pacient měl úlevu od bolesti do 30 minut po podání analgetika ze stupně 3 na stupeň 0-1 dle hodnocení bolesti dle Melzacka. Analgetikum bylo podáno během hospitalizace čtyřikrát, dvakrát s úlevou na stupeň 1 a dvakrát s úlevou na stupeň 0.

00108 – Deficit sebeděže při koupání a hygieně související s naordinovaným klidem na lůžku projevující se subjektivně verbalizací pocitu nečistoty těla a objektivně neschopností provést samostatně hygienickou péči

Očekávaný výsledek – pacientovi bude zajištěna adekvátní dopomoc při hygienické péči

Ošetrovatelské intervence

- postarej se o soukromí při provádění osobní hygieny
- připrav příslušné pomůcky a zajisti dostatek času
- zajisti kompletní hygienickou péči včetně péče o chrup
- zajisti dopomoc k dokončení kompletní osobní hygieny
- umožni pacientovi aktivní úlohu při hygienické péči

- vše zaznamenávej do ošetrovateľskej dokumentácie

Hodnocení – pacient prováděl hygienickou péči na lůžku a u umyvadla v koupelně s větší či menší dopomocí zdravotnického personálu do čtvrtého pooperačního dne. Čtvrtý pooperační den měl příjemný pocit čistoty, když se odpoledne vysprchoval. Ošetrovateľský problém ukončen 5. pooperační den.

00085 – Zhoršená tělesná pohyblivost související s omezením pohybu po operačním výkonu projevující se subjektivně stížností na bolest při pohybu a objektivně pohybovým omezením dle lékařské ordinace ve zdravotnické dokumentaci

Očekávaný výsledek – pacient bude respektovat lékařem ordinované pohybové omezení a bude v rámci pooperační rehabilitační péče spolupracovat

Ošetrovateľská intervence

- pouč pacienta o lékařem ordinovaném pohybovém omezení
- zajisti rehabilitaci pod vedením fyzioterapeutky
- předcházej vzniku komplikací z imobility
- nabízej použití pomůcek vhodných ke změně polohy
- vybízej pacienta ke cvičení v povoleném rozsahu
- pečuj o bezpečnost pacienta, veď ho k soběstačnosti
- průběh RHC zaznamenávej do ošetrovateľskej dokumentácie

Hodnocení – pacient respektoval pohybové omezení a aktivně spolupracoval s fyzioterapeutkou a sestrami při pooperační RHC péči až do 5. pooperačního dne, kdy byla RHC ukončena a ošetrovateľský problém také ukončen.

00148 – Strach související s pooperačním stavem projevující se subjektivně verbalizací obavy z neprůchodnosti a z odstranění ureterálního stentu a objektivně zvýšeným napětím

Očekávaný výsledek – u pacienta dojde ke zmírnění až vymizení pocitu strachu

Ošetrovateľské intervence

- podporuj pacienta ve slovním vyjádření svých pocitů, obav
- podávej pacientovi informace dle svých kompetencí

- zajisti podání informací lékařem
- umožni pacientovi klást otázky
- ověř, zda pacient pochopil všechny instrukce a informace související s operací a léčbou
- mluv na pacienta zřetelně, jasně, buď trpělivá
- sleduj vitální funkce pacienta
- podej medikaci dle ordinace lékaře
- zapisuj do zdravotnické dokumentace provedené intervence

Hodnocení – u pacienta došlo ke zmírnění pocitu strachu po opakovaných pohovorech a po opakovaném poskytnutí informací lékařem i všeobecnou sestrou. Ošetrovatelský problém ukončen až 40. pooperační den, kdy byl pacientovi extrahován ureterální stent a vymizel pocit strachu.

00161 – Snaha zlepšit znalosti související se zdravotním stavem projevující se subjektivně zájmem pacienta o informace a objektivně kladením otázek zdravotníkům

Očekávaný výsledek – pacient bude mít více znalostí o svém zdravotním stavu

Ošetrovatelské intervence

- podporuj pacienta v jeho snaze mít lepší znalosti
- odpovídej srozumitelně, aby pacient všemu rozuměl
- informace poskytuj po částech, uspořádaně, smysluplně
- zajisti podání informací lékařem
- nabídní pacientovi další zdroje informací
- ověř si, že pacient informacím rozuměl

Hodnocení – u pacienta se podařilo navýšit množství znalostí o zdravotním stavu během hospitalizace a ošetrovatelský problém ukončen v den propuštění.

00046 – Porušená kožní integrita související s operačními incizemi projevující se subjektivně citlivostí v místech incizí a objektivně operačními incizemi sterilně krytými obvazem

Očekávaný výsledek – nekomplikované primární hojení operačních incizí bez pocitu bolesti

Ošetrovatelské intervence

- kontroluj denně obvazy na operačních incizích
- informuj pacienta o postupu při převazu
- prováděj převaz operačních incizí dle potřeby a dle ordinace lékaře za dodržení asepse
- podávej analgetika dle ordinace lékaře
- zaznamenávej převaz a hodnocení operačních incizí do zdravotnické dokumentace
- edukuj pacienta o péči o operační incize

Hodnocení – hojení operačních incizí se během hospitalizace pacienta nekomplikovalo. Operační incize byly klidné, byly převazovány dle ordinace lékaře a 9. pooperační den lékař odstranil stehy. Bolest byla tlumena analgetikem.

00198 – Narušený vzorec spánku související se změnou prostředí projevující se subjektivně nespokojeností se spánkem a objektivně únavou.

Očekávaný výsledek – pacient bude spát šest hodin bez probuzení

Ošetrovatelské intervence

- zjisti důvody, proč pacient nemůže spát
- zajímej se o spánkové rituály pacienta
- zajisti pacientovi vhodné prostředí ke spaní
- podej léky na spaní dle ordinace lékaře

Hodnocení – po splnění plánovaných intervencí pacient spal šest hodin bez probuzení od 2. pooperačního dne, přesto se těší domů na své lůžko a klid. Ošetrovatelský problém byl ukončen 4. pooperační den.

00093 – Únava související s nedostatkem spánku projevující se subjektivně pacientem slovně vyjádřeným nedostatkem energie a objektivně neprováděním oblíbených volnočasových činností

Očekávaný výsledek – pacient bude mít dostatek energie a nebude pociťovat únavu

Ošetrovatelské intervence

- zjisti, co pacientovi způsobuje únavu

- sleduj celkový zdravotní stav pacienta
- zajisti příjemné prostředí v místnosti (čerstvý vzduch, teplota)
- vytvoř vhodné podmínky ke kvalitnímu spánku

Hodnocení – únavu pacient pociťoval od operačního dne do 2. pooperačního dne, kdy se zlepšením spánku únava vymizela, pacient měl zase energii a začal se věnovat svým oblíbeným volnočasovým činnostem.

00004 – Riziko infekce související se zavedenými invazivními vstupy

Očekávaný výsledek – místa zavedených invazivních vstupů nebudou mít příznaky infekce

Ošetřovatelské intervence

- sleduj denně místa invazivních vstupů PMK a drénu
- kontroluj žilní vstup dle standardu
- odstraň PŽK při příznacích infekce
- dodržuj správné postupy v péči o drenážní a močový systém
- edukuj pacienta o příznacích infekce
- chraň pacienta před nemocniční nákazou
- zaznamenávej hodnocení míst invazivních vstupů do dokumentace

Hodnocení – u pacienta se po dobu zavedení invazivních vstupů po prováděných intervencích neprojeví příznaky infekce. Ošetřovatelský problém byl ukončen 5. pooperační den po extrakci všech invazivních vstupů.

00249 – Riziko dekubitu související s pooperační sníženou pohyblivostí

Očekávaný výsledek – pacient bude mít neporušenou, dostatečně prokrvenou, vyživenou a hydratovanou kůži, během snížené pohyblivosti nevznikne dekubit

Ošetřovatelské intervence

- zhodnoť riziko vzniku dekubitů dle Nortonové
- pouč pacienta o riziku vzniku dekubitů
- prováděj častou výměnu lůžkovin a osobního prádla
- zajisti včasnou rehabilitaci a mobilizaci

- ošetřuj kůži vhodnými přípravky
- proved' zápis do ošetrovatelské dokumentace

Hodnocení – u pacienta nevznikl dekubit během pooperační snížené pohyblivosti. Nízkým rizikem vzniku dekubitů byl pacient ohrožen v den operace a 2 pooperační dny, od 3. pooperačního dne byl bez rizika vzniku dekubitu a ošetrovatelský problém ukončen.

00155 – Riziko pádů související s pooperačním oslabením organismu

Očekávaný výsledek – při pooperační mobilizaci nedojde k pádu pacienta

Ošetrovatelské intervence

- edukuj pacienta o rizicích pádu, o možnosti použití bezpečnostních prvků při mobilizaci (madla, držadla, chodítka)
- zajisti bezpečné prostředí v okolí pacienta, zajisti lůžko postranicemi, umísti signalizační zařízení na dosah ruky
- zajisti dohled zdravotnického personálu nad pacientem při mobilizaci a při opuštění lůžka
- reaguj na vertigo, zajisti pacientovi pocit bezpečí

Hodnocení – během pooperační mobilizace byl zajištěn dohled nad pacientem zdravotnickým personálem a fyzioterapeutkou a nedošlo k pádu pacienta. Riziko pádů ukončeno 5. pooperační den.

13.6 Edukační plán

Tabulka 2 Edukace pacienta o důležitosti dostatečného příjmu tekutin

Účel	Edukace pacienta o důležitosti dostatečného příjmu tekutin v rámci zachování průchodnosti ureterálního stentu.
Cíl	Pacient denně přijme 2500 ml tekutin, aby byl dostatečně hydratován a nedošlo ke zneprůchodnění stentu.

Pomůcky	Výuková metoda
Informační leták, obrázek, papír, propiska	Rozhovor, ukázka

Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dotace	Hodnocení
Kognitivní	Pacient vyjmenuje rizika nedostatečného příjmu tekutin.	Sestra pacienta seznámí s riziky nedostatečného příjmu tekutin.	10'	Pacient vyjmenoval rizika nedostatečného příjmu tekutin.
Afektivní	Pacient chápe důležitost sledování objemu vhodných tekutin.	Sestra pacientovi vysvětlí nutnost sledování objemu vhodných tekutin.	10'	Pacient akceptuje nutnost sledování objemu vhodných tekutin.
Psychomotorický	Pacient denně vypije 2500 ml tekutin.	Sestra poučí pacienta, jak vypije 2500 ml tekutin denně.	5'	Pacient je schopen vypít denně 2500 ml tekutin.

Zdroj: Vlastní

DISKUZE

Poskytování ošetrovatelské péče o pacienty s urologickým onemocněním má svá specifika, v rámci chirurgické terapie je rozdílná dle typu operačního výkonu a operačního přístupu. Nelékařští zdravotničtí pracovníci musí mít dostatečné teoretické vědomosti a praktické dovednosti pro vykonávání základní i specializované ošetrovatelské péče v urologickém oboru. Hlavním cílem bakalářské práce bylo popsat předoperační a pooperační ošetrovatelskou péči o dva vybrané pacienty indikované k chirurgické rekonstrukci ledvinové pánvičky. Pro splnění tohoto cíle byl zvolen kvalitativní výzkum, byly stanoveny dílčí cíle a výzkumné otázky. První dílčí cíl byl splněn zpracováním dvou kazuistik. Pro první kazuistiku byla vybrána 72 letá pacientka, která byla přijata k plánované operaci, k pyeloplastice, otevřeným přístupem. Vrozená hydronefróza byla u pacientky diagnostikovaná na základě vyšetření po opakujících se infekčních komplikacích. Do druhé kazuistiky byl vybrán 30 letý pacient, který byl přijatý pro plánovaný operační výkon, laparoskopickou pyeloplastiku. Pacientovi byla vrozená hydronefróza diagnostikovaná po vyšetření pro dyspeptické potíže. Vedlejším nálezem a možnou komplikací vrozené hydronefrózy byla u pacienta litiáza v levé ledvině.

Ve druhém dílčím cíli bylo stanoveno identifikování ošetrovatelských diagnóz a navrnutí ošetrovatelských intervencí k jejich řešení. Aktivním zájmem o pacienta a sledováním jeho zdravotního stavu byly vyhledány ošetrovatelské problémy a stanoveny vhodné ošetrovatelské diagnózy s vhodnými intervencemi. Dílčí cíl byl splněn. U pacientů byly některé stanovené ošetrovatelské diagnózy a intervence stejné, ale délka jejich trvání byla různá podle typu operace. Pacienti při přijetí k hospitalizaci byli soběstační. Narušení soběstačnosti a tudíž vznik ošetrovatelských problémů vztahujících se k biologickým potřebám jedince nastal u obou pacientů po operačním výkonu. Trachtová ve své publikaci uvádí, že pro stanovení ošetrovatelských intervencí v ošetrovatelských diagnózách je důležité zvolit správnou úroveň soběstačnosti, která při špatném určení může být příčinou imobilizačního syndromu (Trachtová a kol., 2013, s. 21). Přehodnocení úrovně soběstačnosti bylo provedeno u obou pacientů. Ošetrovatelské diagnózy týkající se deficitu sebedpěče při koupání a hygieně a zhoršené tělesné pohyblivosti byly stanoveny v operační den, kdy byli pacienti vyhodnoceni dle Barthelovo testu jako vysoce závislí. Ukončení ošetrovatelské diagnózy proběhlo u pacientky z kazuistiky č. 1 později, protože pro rozsáhlejší operační ránu byla mobilizovaná pomaleji než pacient z kazuistiky č. 2. Oba aktivně rehabilitovali a

snažili se o návrat k soběstačnosti. Pacientce byla pro soběstačnost ukončena rehabilitační léčba 6. pooperační den a 7. pooperační den po extrakci NFS se mohla sprchovat. Pacient měl ukončenou rehabilitační léčbu 5. pooperační den a provedení osobní hygieny sprchováním měl lékařem povoleno již 4. pooperační den, kdy ještě chodil s doprovodem. Oba přivítali možnost provedení hygienické péče sprchováním, především pacient sprchování velmi postrádal. O ztíženém provádění hygienické péče s nemožností sprchování při omezené pohyblivosti v pooperačním období píše v publikaci Zeman a kol. Dále uvádí, že provádění hygienické péče a masáž kůže jsou důležité pro prevenci dekubitů a lepší subjektivní pocit pacienta (Zeman a kol., 2011, s. 268-269). Masáž kůže kafrovým masážním gelem, který prohřívá a prokrví pokožku, byla pacientům z kazuistik nabízena a prováděna pravidelně každý den v rámci ranní hygienické péče a dále dle jejich potřeby. Pacienty byla oblíbená a pozitivně hodnocena.

Stejný pro oba pacienty byl i problém akutní bolesti v operační ráně a v zádech, který byl úspěšně řešen na základě stanovených intervencí. K hodnocení bolesti byla použita hodnotící škála bolesti dle Melzacka. Stanovené intervence vedly ke zmírnění až odstranění bolesti, byly tedy účinné, což je patrné z hodnocení ošetrovatelské diagnózy u jednotlivých kazuistik. U pacientky bylo hodnocení bolesti ukončeno 6. pooperační den. U pacienta mírné dysurické potíže a nefralgie z důvodu zavedeného ureterálního stentu přetrvávala i v domácím prostředí až do 40. pooperačního dne, kdy byl stent ambulantně endoskopicky lékařem extrahován. Pacientem uvedené potíže patří mezi možné komplikace zavedeného ureterálního stentu spolu s hematurií, infekční komplikací, dislokací stentu a perforací močových cest, jak uvádí ve svém článku MUDr. Petr Volf (2017, s. 218).

Rizikové ošetrovatelské diagnózy byly shodně identifikované u obou pacientů v operační den, jen riziko infekce bylo u pacientky identifikováno v den příjmu, kdy byl zaveden PŽK. Podařilo se naplnit zvolené cíle s pomocí vhodně zvolených intervencí u všech tří rizikových ošetrovatelských diagnóz. Během hospitalizace u pacientů nedošlo k pádu, nevznikl dekubit a neprojevil se známky infekce v místech zavedených invazivních vstupů. Riziko pádu bylo ukončeno u pacientky 7. a u pacienta 5. pooperační den, riziko dekubitu bylo sledováno u obou do 4. pooperačního dne a riziko infekce bylo ukončeno u pacientky 7. pooperační den po extrakci LNFS a u pacienta 5. pooperační den po extrakci PMK. Z uvedeného vyplývá, že na základě poskytované ošetrovatelské péče a dodržování ošetrovatelských postupů nedošlo v uvedených oblastech k žádným možným komplikacím.

Pro pacientku z kazuistiky č. 1 byly stanoveny následující ošetřovatelské diagnózy. Problém narušené integrity tkáně byl u pacientky zvolen pro provedení operační řez. Problém nebyl za hospitalizace ukončen, proto byla pacientka edukována v péči o operační ránu při propuštění do domácího ošetřování. Operační rána se zhojila za domácího ošetřování bez komplikací na základě správně stanovených ošetřovatelských intervencí a vhodně sestaveného edukačního plánu. Nausea byla po anestézii pro pacientku krátkodobým problémem, který velmi rychle ustoupil po stanovení a provedení vhodných intervencí a 2. pooperační den byla ošetřovatelská diagnóza ukončena. Zeman a kol. v knize uvádí, že nauzea vzniklá do 24 hodin po operaci může být způsobena premedikací nebo anestézií. Pokud by nauzea až zvracení vznikly po 24 hodinách od operace, mohly by být příznakem pooperační komplikace (Zeman a kol., 2011, s. 269). Hypertermie byla u pacientky identifikovaná 4. pooperační den, kdy byla pacientka subfebrilní s hodnotou TT na hranici febrilie. Problém byl ukončen 6. pooperační den, kdy hodnoty TT byly již v normálním rozmezí. Přestože došlo ke zvýšení TT až 4. pooperační den, nebyla u pacientky zjištěna jako příčina jejího vzniku infekce v močových cestách ani tromboflebitida, jak ve své knize uvádí Zeman a kol. (Zeman a kol., 2011, s. 291). Dále uvádí, že v brzkém pooperačním období bývá subfebrilie způsobena zvýšeným napětím sympatiku. Protože se u pacienta vyskytly subfebrilie 1-3. den bez zjevného důvodu, je možné o této příčině subfebrilií uvažovat.

I u pacienta z kazuistiky č. 2 byl stanovený ošetřovatelský problém narušené kožní integrity i přesto, že operační ránou byly krátké incizní řezy. Nedílnou součástí komplexní pooperační péče je správný postup při ošetřování operační rány. I zde bylo riziko možných komplikací, hojení rány per secundam. Největším problémem pacienta z kazuistiky č. 2 byl strach z možné pooperační komplikace, kterou by po laparoskopické pyeloplastice mohlo být zneprůchodnění ureterálního stentu s nutností výměny v celkové anestézii. Dále měl strach z extrakce ureterálního stentu po zhojení plastiky na ledvinné pánvičce. Extrakce byla provedena ambulantně v období domácího ošetřování. Vhodně stanovené intervence napomohly ke zmírnění pacientova strachu a úplné vymizení strachu nastalo po extrakci ureterálního stentu, kdy pacient odcházel domů spokojený a pozitivně naladěný. Zabránit zneprůchodnění ureterálního stentu lze dostatečnou hydratací s následnou dostatečnou tvorbou moči protékající ureterálním stentem, proto byl pacient edukován o důležitosti dostatečného příjmu tekutin. Nelze opomenout pacientem uváděný problém, že nemohl v noci před operací spát, myslel na operaci. Nutno podotknout, že zdravotnický personál

pacientovi dle ordinace v premedikaci podal hypnotikum, které pacient odmítl. Jak uvádí ve své publikaci Zeman a kol. (2011, s. 268) lze v předoperačním období předejít strachu právě premedikací. Pacientům jsou lékařem v rámci anesteziologické přípravy jednotlivé postupy v premedikaci vysvětlovány. Pacient však ordinaci lékaře nerespektoval. Zde je nutno si položit otázku, do jaké míry má nelékařský zdravotnický personál kompetence na požití ordinovaného léku trvat. Nelze opomenout zdůraznění povinnosti nelékařského zdravotnického personálu skutečnost o odmítnutí léku zaznamenat do dokumentace, což bylo v dokumentaci pacienta opravdu provedeno. Ošetrovatelská diagnóza pro narušený vzorec spánku byla tedy identifikovaná v operační den. Problém s nedostatečným spánkem přetrvával do druhého pooperačního dne, kdy byl splněn cíl dané ošetrovatelské diagnózy s vhodně nastavenými ošetrovatelskými intervencemi, že pacient bude spát šest hodin. S tímto problémem souvisí problém následující, únava. Vyřešením předchozího problému byl vyřešen i tento problém. Snaha zlepšit informace o svém zdravotním stavu byl posledním vyhledaným problémem s identifikovanou ošetrovatelskou diagnózou u kazuistiky č. 2. Pacient se aktivně zajímal o informace o svém zdravotním stavu dotazováním lékařů a všeobecných sester, kteří mu informace dle svých kompetencí poskytli a pacientovi opakovaně zodpovídali jeho otázky až do 6. pooperačního dne, kdy byl pacient propuštěn a ošetrovatelský problém ukončen.

Úkolem třetího dílčího cíle bylo najít shodné a rozdílné body ošetrovatelské péče. Ošetrovatelské činnosti v den příjmu a v rámci krátkodobé předoperační přípravy byly u pacientů shodné až na odběr krve se zavedením PŽK a objednání transfúzního přípravku k operaci u pacientky z kazuistiky č. 1. Bezprostřední předoperační příprava a pooperační péče a následná pooperační péče probíhala velmi podobně u obou pacientů. Péče na pooperačním pokoji byla pacientce poskytována o 1 den déle, hospitalizována byla o 2 dny déle než pacient. Důvodem byl jiný typ operačního přístupu, což má vliv i na další rozdíly v ošetrovatelské péči. Samozřejmě na pooperační průběh mohl mít vliv i rozdílný věk obou pacientů. Některé rozdíly jsou uvedené v již výše stanovených ošetrovatelských diagnózách. Pacientce byly častěji kontrolovány fyziologické funkce. Měla o den déle omezený perorální příjem tekutin a byla jí podávána infuzní terapie do 5. pooperačního dne oproti pacientovi, který od 2. pooperačního dne infuzní terapii neměl ordinovanou. V dietním režimu se vrátila na racionální stravu o 2 dny později než pacient, který ji měl ordinovanou již 5. pooperační den. Vyprázdnění stolice bylo zaznamenáno u pacientky 6. a u pacienta 4. pooperační den. K extrakci PMK a obnovení spontánní mikce došlo u pacientky 6. a u pa-

cienta 5. pooperační den. PŽK byl odstraněn pacientce 5. a pacientovi 3. pooperační den. Pacientka měla zavedený podtlakový drén, který byl odstraněn 3. pooperační den, tedy o den déle než pacientovi spádový drén, který byl sveden do drenážního sáčku. Pacientka měla navíc v operační ráně zavedenou LNFS, která byla extrahována 7. pooperační den. LNFS pacientce, i přes komplexní ošetrovatelskou péči v bio-psycho-sociálních potřebách, ztěžovala pooperační mobilizaci a uspokojování některých potřeb více než pacientovi z kazuistiky č. 2. Pacientka udává, že se naučila během hospitalizace s LNFS a sběrným sáčkem manipulovat, ale nedovede si představit, jaké by bylo mít ji dlouhodobě. Dle jejích slov by jí NFS vadila v běžném denním životě a těžko by se s ní vyrovnávala především psychicky. S uvedeným lze najít paralelu s bakalářskou prací Martiny Borsiczské na téma Život s punkční nefrostomií (2014), kde poukazuje na skutečnost, že všichni pacienti se zavedenou punkční nefrostomií mají své bio-psycho-sociální potřeby a jejich uspokojování je základní a nedílnou součástí lidského života.

Z uvedeného vyplývá, že laparoskopický přístup představuje pro pacienta rychlejší rekonvalescenci a kratší hospitalizaci, což ve svém článku uvádí i MUDr. Marek Schmidt (2010).

Vytvořením edukačních plánů pro oba pacienty byl splněn čtvrtý dílčí cíl. Na základě vyhodnocení ošetrovatelské péče a potřeb pacientů byl pro pacientku z kazuistiky č. 1 vytvořen edukační plán zaměřený na péči o operační ránu. Pro pacienta z kazuistiky č. 2 byl sestaven edukační plán věnující se důležitosti dostatečného příjmu tekutin v rámci zachování průchodnosti ureterálního stentu.

V ošetrovatelském procesu bylo nutné aplikovat holistický přístup k pacientům. Výše popsaná ošetrovatelská péče byla zaměřená především na uspokojování biologických potřeb, ale i psychické a sociální potřeby pacientů byly zdravotnickým personálem během hospitalizace zajištěny. Zdravotnický personál s pacienty aktivně navazoval kontakt, zajímal se o jejich pocity a psychicky je povzbuzoval. Pacientům byl umožněn kontakt s rodinou a se známými, kteří je též psychicky podporovali a dávali jim pocit sounáležitosti. Oba pacienti byli nevěřící a o uspokojení spirituální potřeby jako takové nejevili zájem. Věřili v brzké uzdravení a propuštění do domácího ošetřování.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči v urologii. Podrobně se zabývá individuálními potřebami pacientů před i po operačním výkonu na urogenitálním traktu.

V teoretické části bakalářské práce je popsána anatomie a fyziologie močového systému, dále jsou v této části vzhledem k méně známému tématu vysvětleny pojmy hydronefróza a pyeloplastika a k nim vztahující se možné komplikace, vyšetřovací metody, způsoby chirurgické léčby a specifika předoperační a pooperační ošetrovatelské péče v urologii.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo popsat ošetrovatelskou péči o pacienta před a po chirurgické rekonstrukci ledvinné pánvičky. Stanovený hlavní cíl i dílčí cíle se podařilo naplnit. V práci byl aplikován kvalitativní výzkum. Ošetrovatelská péče byla sepsána za využití popisu dvou případových studií- kazuistik. U vybraných pacientů byly identifikovány ošetrovatelské problémy, byly stanoveny vhodné ošetrovatelské intervence, splněny vytyčené cíle a nalezeny shody a rozdíly v ošetrovatelské péči a v ošetrovatelských diagnózách.

Výstupem bakalářské práce jsou dva edukační materiály vytvořené pro pacienty po urologické operaci. Je plánováno, že uvedené edukační materiály by měly být využívány v praxi. Měly by pro pacienty být průvodcem i pomocníkem v pooperačním domácím ošetřování.

Vzhledem k podrobnému popisu ošetrovatelské péče u pacientů před a po operačním výkonu se nabízí myšlenka, že uvedený popis ošetrovatelských problémů, intervencí a dosažených výsledků by mohl být využíván jako informační materiál pro studenty vykonávající praxi na urologických pracovištích nebo pro nově nastupující nelékařské zdravotnické pracovníky, kteří plánují v lékařském oboru urologie přispět svými teoretickými znalostmi a praktickými dovednostmi ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

SEZNAM LITERATURY

BEZDIČKOVÁ, Marcela a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3130-8.

BORSICZKÁ, Martina. *Život s punkční nefrostomií*. Plzeň, 2014. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Kožíšková Zlata.

BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.

CETLOVÁ, Lada, Lenka DRAHOŠOVÁ a Irena TOČÍKOVÁ. *Hodnotící a měřící škály pro nelékařské profese*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2012. ISBN 978-80-87035-45-0. Dostupné z: <https://docplayer.cz/3736013-Hodnotici-a-merici-skaly-pro-nelekarske-profese.html>

CROWE, Helen. *Advanced urology nursing practice*. Nature Reviews.Urology. Mar 2014, vol. 11, no. 3, s. 178-182. ISSN 17594812.

CVACHOVEC, Karel, Ivan HEROLD, Vladimír ČERNÝ, Pavel ŠEVČÍK a Michal HORÁČEK. Doporučení pro omezování příjmu tekutin a stravy před anesteziologickou péčí. *Česká společnost anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny* [online]. 2011 [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <http://www.csarim.cz/content/uploads/2018/11/doporuceni-pro-omezovani-prijmu-tekutin-a-stravy-pred-anesteziologickou-peci-2011.pdf>

ČERNÝ, Vladimír, Karel CVACHOVEC, Pavel ŠEVČÍK a Jan ŠTURMA. Doporučený postup vyšetření před diagnostickými nebo léčebnými výkony operační a neoperační povahy s požadavkem anesteziologické péče (tzv. předanestetické vyšetření). *Česká společnost anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny* [online]. 2009 [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <http://www.csarim.cz/content/uploads/2018/11/doporuceny-postup-pro-tzv.-predanesteticke-vysetreni-2009.pdf>

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-4788-0.

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

Desatero zdraví ledvin. In: *B. Braun Sharing Expertise* [online]. Praha: B.Braun Avitum s.r.o [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: https://lepsipece.cz/wp-content/uploads/2014/06/Desatero-zdravi-ledvin_.pdf

DRLÍKOVÁ, Kateřina, Veronika ZACHOVÁ a Milada KARLOVSKÁ. *Praktický průvodce stomikou*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5712-4.

Funkce ledvin. In: *Dial-Nefro* [online]. [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <http://www.dial-nefro.cz/funkce-ledvin/>

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

HERDMAN, T. Heather, ed. a KAMITSURU, Shigemi, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2015-2017*. 10. vydání. 1. české vydání. Praha: Grada, 2015. xxiii, 439 stran. ISBN 978-80-247-5412-3.

Hodnoticí škály. *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče Nursing Care Planning Multimedia Simulator* [online]. Hradec Králové: VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Jak pečovat o jizvy. *Chirurgická a úrazová ambulance* [online]. Poděbrady [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <http://www.chir.cz/jak-pecovat-o-jizvy-po-operacich-ci-zranenich-kuze/>

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

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.

KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-627-7.

KOLOMBO, Ivan, Petr KLÉZL, Robert GRILL a David ČAPKA. *Akutní stavy v urologii*. Praha: Galén, [2016]. ISBN 978-80-7492-254-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

MACEK, Petr, Tomáš HANUŠ a Petr HERLE. *Urologie: pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, 2011. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-86307-85-5.

NAIR, Muralitharan a Ian PEATE. *Patofyziologie pro zdravotnické obory*. Přeložila Hana POSPÍŠILOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0229-7.

Pavlíková, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Překlad Hana Horová. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2010. 150 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1211-6.

Pitný režim – není třeba hlídat každou vypitou sklenici vody. In: *B. Braun Sharing Expertise* [online]. Praha: B.Braun Medical, 2019 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://lepsipece.cz/ledviny/pitny-rezim-neni-treba-hlidat-kazdou-vypitou-sklenici-vody/>

ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.

ROKYTA, Richard. *Fyziologie*. Třetí, přepracované vydání (první vydání v nakladatelství Galén). Praha: Galén, [2016]. ISBN 978-80-7492-238-1.

SCHMIDT, Marek, Pavel HANEK, Štěpán VESELÝ a Jaroslav JAROLÍM. Laparoskopická pyeloplastika. *Endoskopie* [online]. Olomouc: Solen, 2010, 19(1), 34-36 [cit. 2019-03-28]. ISSN 1804-6096. Dostupné z: <https://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2010/01/09.pdf>

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

STREITOVÁ, Dana a Renáta ZOUBKOVÁ. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5215-0.

STRYJA, Jan, Petr KRAWCZYK, Michal HÁJEK a František JALŮVKA. *Repetitorium hojení ran 2*. Vydání 2. Semily: Geum, 2016. ISBN 978-80-87969-18-2.

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠEFČÍKOVÁ, Miroslava, Nataša SOCHOROVÁ, Stanislava HILŠEROVÁ a Jan ŠARAPATKA. Tekutiny a lidský organismus. *Urologie pro praxi* [online]. Solen Medical

Edukation, 2014, 15(2), 86-88 [cit. 2019-03-25]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2014/02/09.pdf>

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

VOLF, Petr a Martin DRÁBEK. Endoskopie v urologii a derivace moči. *Urologie pro praxi* [online]. Solen Medical Edukation, 2017, 18((5)), 217-222 [cit. 2019-03-25]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2017/05/04.pdf>

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.

VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3421-7.

WEIN, Alan J., Louis R. KAVOUSSI a Meredith F. CAMPBELL. *Campbell-Walsh urology: editor-in-chief, Alan J. Wein ; [editors, Louis R. Kavoussi . et al.]*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, c2012. ISBN 978-1-4160-6911-9

ZÁMEČNÍK, Libor a Petr MACEK. *Moderní farmakoterapie v urologii: průvodce ošetrojícího lékaře*. Praha: Maxdorf, c2012. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-276-6.

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.

ZVARA, Vladimír a kol. *Urologické operace*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2010. 288 s. ISBN 978-80-8063-338-7.

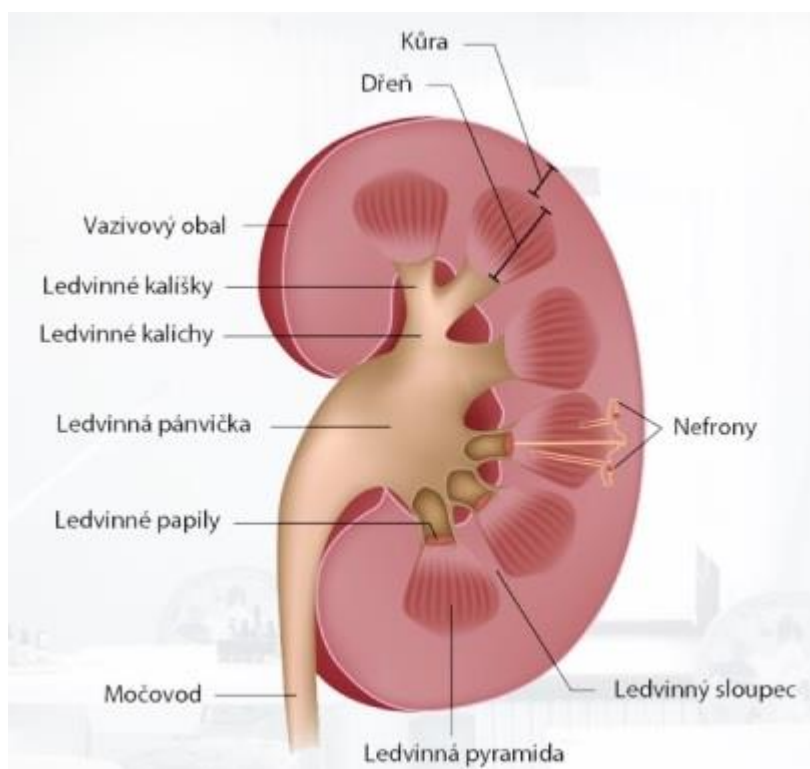
ŽIAKOVÁ, Katarína a kolektív. *Ošetrovatel'stvo teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-304-2.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A: Anatomie ledviny
- Příloha B: Snímky ledviny s hydronefrózou, CT vyšetření před operací.
- Příloha C: Sonografická kontrola ledviny po operaci s normálním nálezem.
- Příloha D: Drenáž moči z ledvinné pánvičky
- Příloha E: Souhlas s provedením výzkumu
- Příloha F: Informovaný souhlas s výzkumem
- Příloha G: Barthelův test základních všedních činností ADL
- Příloha H: Hodnocení stavu vědomí - GCS
- Příloha CH: Hodnocení rizika vzniku dekubitů
- Příloha I: Škála bolesti dle Melzacka
- Příloha J: Klasifikace tíže tromboflebitis podle Maddona
- Příloha K: Nástroj pro určení rizika pádu
- Příloha L: Informační brožura Péče o operační ránu
- Příloha M: Poučení pro pacienty se zavedeným ureterálním stentem

PŘÍLOHY

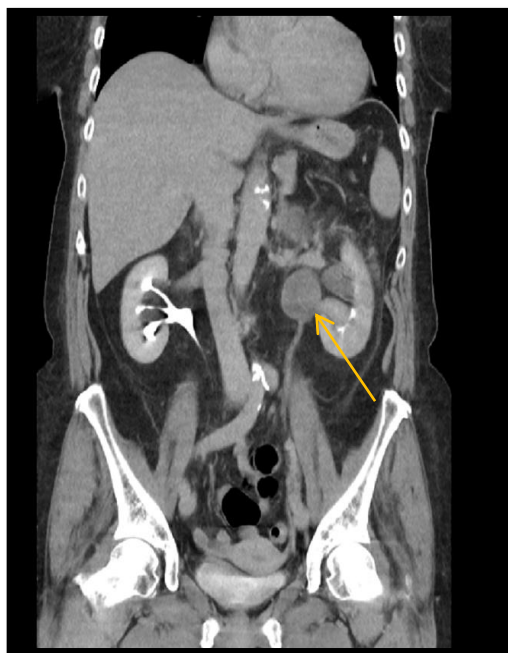
Příloha A: Anatomie ledviny



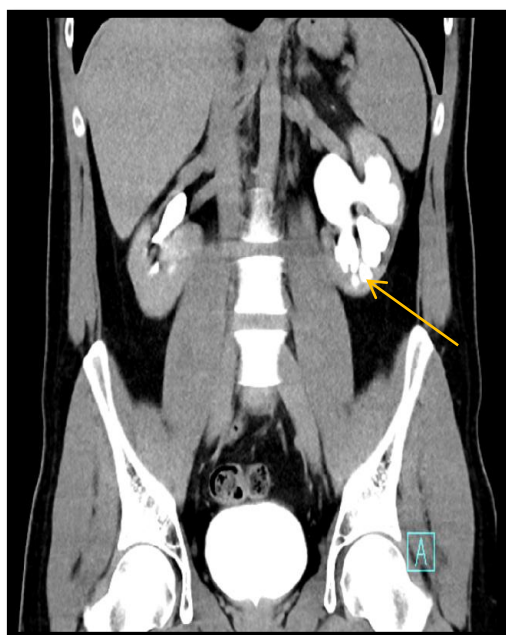
Zdroj: *Funkce ledvin. In: Dial-Nefro [online]. [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <http://www.dial-nefro.cz/funkce-ledvin/>*

Příloha B: Snímky ledviny s hydronefrózou, CT vyšetření před operací.

1) Hydronefróza vlevo způsobená stenózou pyeloureterálního přechodu.

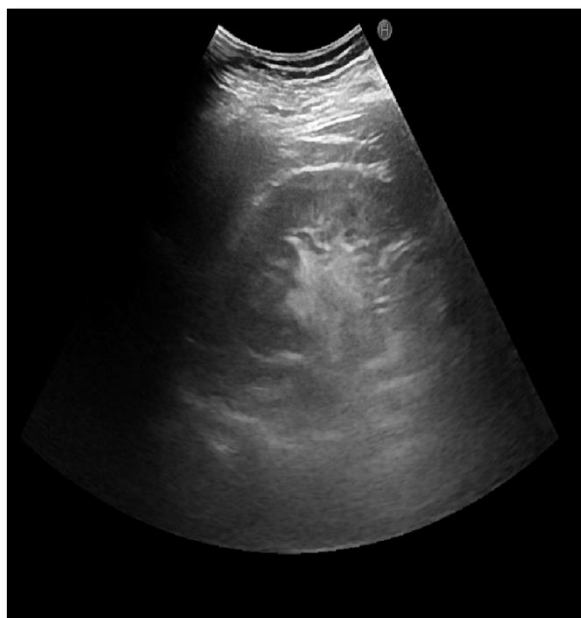


2) Hydronefróza vlevo způsobující litiázu.



Zdroj: Fakultní nemocnice Plzeň, Klinika zobrazovacích metod Bory

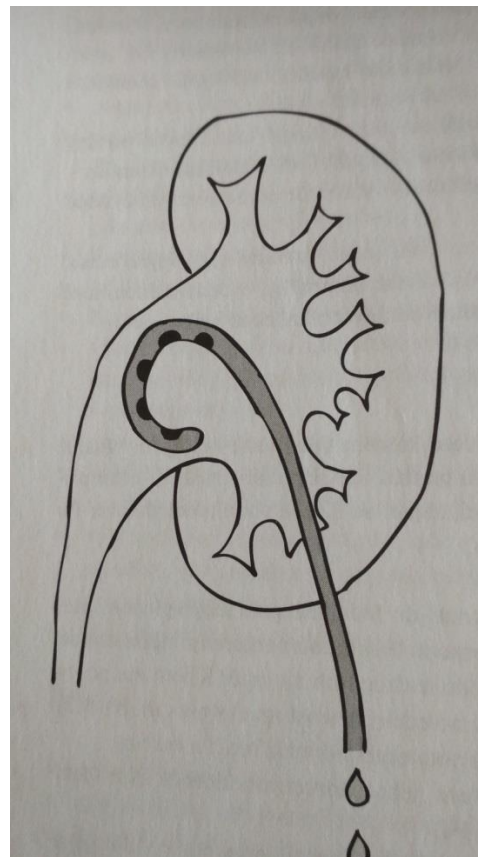
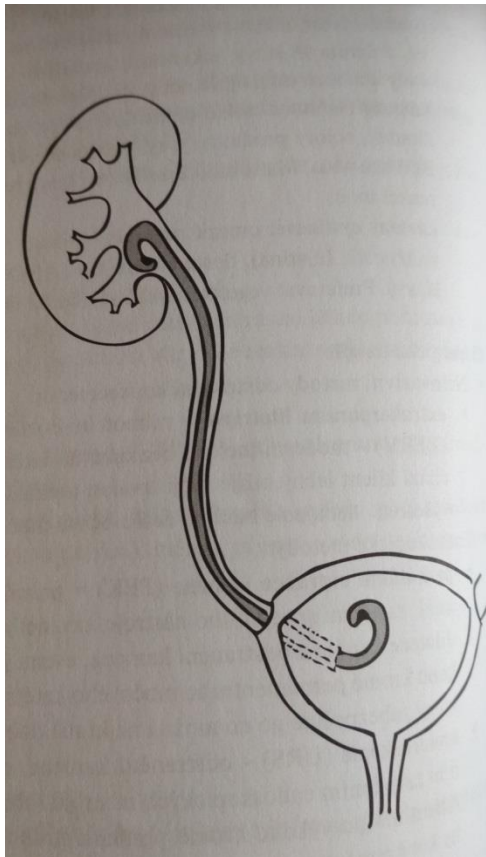
Příloha C: Sonografická kontrola ledviny po operaci s normálním nálezem.



Zdroj: Fakultní nemocnice Plzeň, Klinika zobrazovacích metod Bory

Příloha D: Drenáž moči z ledvinné pánvičky

- 1) Vlevo drenáž moči ureterálním stentem.
- 2) Vpravo drenáž moči punkční nefrostomií.



Zdroj: Bezdičková, 2010, str. 86

Příloha E: Informovaný souhlas s výzkumem

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Ošetrovatelská péče o pacienta před a po chirurgické rekonstrukci ledvinné pánvičky

STUDENT

jméno: Jaroslava Suková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: sukovaj@students.zcu.cz

VEDOUcí BP:

jméno: Mgr. Zlata Kožíšková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: zlatakoziskova@seznam.cz

CÍL STUDIE

Cílem bakalářské práce bude vypracovat případovou studii – kazuistiku, stanovit ošetrovatelské diagnózy a intervence u pacienta před a po chirurgické rekonstrukci ledvinné pánvičky a vypracovat edukační materiál pro pacienty po urologické operaci.

S Vaším svolením budou s Vámi provedeny rozhovory, které budou získávány ústně, případně zaznamenány v písemné formě. Pořízené písemné záznamy nebudou sdíleny nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

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

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru v písemné formě. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikován/a.

Podpis účastníka výzkumu:

Datum:

Podpis studenta:

Datum:

Příloha F: Souhlas s provedením výzkumu



Vážená paní
Jaroslava Suková
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 Utvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací o léčebných metodách / ošetrovatelských postupech, používaných u pacientů *Urologické kliniky (UROL)* FN Plzeň. Vaše šetření budete provádět v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Ošetrovatelská péče o pacienta před a po chirurgické rekonstrukci ledvinné pánevky*“.

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 nesmí narušit chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření budete provádět 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 pro Vaši bakalářskou práci budete provádět pod vedením paní Mgr. et Mgr. Zlaty Kožíškové, vrchní sestry UROL FN Plzeň.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, 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 zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pocítovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Toto povolení také nezakládá povinnost vedoucích pracovníků Vám šetření umožnit, pokud by Vaše šetření narušovalo plnění Vašich pracovních povinností, či nevhodně zasahovalo do provozu ZOK. 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, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzeň.cz
4. 6. 2018

Zdroj: Fakultní nemocnice Plzeň

Příloha G: Barthelův test základních všedních činností ADL

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- 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: Hodnotící škály. *Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče Nursing Care Planning Multimedia Simulator [online]. Hradec Králové: VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>*

Příloha H: Hodnocení stavu vědomí - GCS

Glasgow Coma Scale

Otevření očí	Spontánně	4
	Na oslovení	3
	Na bolest	2
	Žádná odpověď	1
Nejlepší motorická odpověď	Vyhoví příkazům	6
	Lokalizuje bolestivý podnět	5
	Normální flexe na bolest	4
	Spastická flexe na bolest	3
	Extenze na bolest	2
	Žádná odpověď	1
Nejlepší slovní odpověď	Orientován	5
	Dezorientován	4
	Neadekvátní slova	3
	Nesrozumitelné zvuky	2
	Žádná odpověď	1
CELKEM (maximum)		15

Hodnocení

Plné vědomí: 15 bodů

Lehká porucha vědomí 13 až 14 bodů

Střední porucha vědomí 9 až 12 bodů

Závažná porucha vědomí 3 až 8 bodů

Zdroj: CETLOVÁ, Lada, Lenka DRAHOŠOVÁ a Irena TOČÍKOVÁ. HODNOTÍCÍ A MĚŘÍCÍ ŠKÁLY PRO NELEKÁŘSKÉ PROFESE. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2012. ISBN 978-80-87035-45-0. Dostupné z: <https://docplayer.cz/3736013-Hodnotici-a-merici-skaly-pro-nelekarske-profese.html>

Příloha CH: Hodnocení rizika vzniku dekubitů

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: Hodnotící škály. Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče Nursing Care Planning Multimedia Simulator [online]. Hradec Králové: VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha I: Škála bolesti dle Melzacka

Melzackova škála bolesti



Zdroj: Hodnotící škály. Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče Nursing Care Planning Multimedia Simulator [online]. Hradec Králové: VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha J: Klasifikace tíže tromboflebitis podle Maddona

Klasifikace tíže tromboflebitis (podle Maddona)

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

Zdroj: CETLOVÁ, Lada, Lenka DRAHOŠOVÁ a Irena TOČÍKOVÁ. HODNOTÍCÍ A MĚŘÍCÍ ŠKÁLY PRO NELEKÁŘSKÉ PROFESE. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2012. ISBN 978-80-87035-45-0. Dostupné z: <https://docplayer.cz/3736013-Hodnotici-a-merici-skaly-pro-nelekarske-profese.html>

Příloha K: Nástroj pro určení rizika pádu

Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

Během příjmového vyhodnocení vyhodnoťte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte stav pacienta podle potřeby.

Aktivita		Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny: - diuretik - antikonvulziv - antiparkinsonik - antihypertenziv - psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální stav	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18-75	0
	75 a výše	1
Celkové skóre:		

PROTOKOL:

1. Umístěte nad lůžko výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“
2. Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy, zvedněte postranice
3. Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety
4. Umístěte signalizační panel tak, aby jej měl pacient po ruce, a vysvětlete jeho funkci
5. Zajistěte vhodnou obuv
6. Zajistěte WC režim 3x/24 hodin nebo podle potřeby a před spánkem
7. Odstraňte překážky v okolí pacienta
8. Zajistěte vhodné noční osvětlení
9. Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v dosahu

Zdroj: Hodnotící škály. *Multimediální тренажёр планирования оштрователскэ пэче Nursing Care Planning Multimedia Simulator [online]. Hradec Králové: VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>*

Příloha L: Informační brožura Péče o operační ránu

INFORMAČNÍ BROŽURA

PÉČE O OPERAČNÍ RÁNU



Vážená paní, vážený pane,

dostáváte do rukou brožuru s informacemi, jak pečovat o operační ránu po propuštění, v domácím prostředí. Brožura je doplněna o informace o správné životosprávě, která je doporučována pro dobré hojení operační rány i pro ochranu funkce ledvin.

Co je operační rána?

Operační rána je narušení celistvosti kožního krytu operačním postupem.

Jak budete pečovat o operační ránu?

- máte-li operační ránu krytou obvazem, odstraňte obvaz a zkontrolujte pohledem, zda na operační ráně a v jejím okolí nejsou změny způsobené infekcí.
- proveďte hygienickou péči o tělo sprchováním, nepoužívejte mýdlo přímo na operační ránu, stačí oplach vodou. Nevadí, když přes ránu teče voda s mýdlem z horních částí těla.
- po osprchování operační ránu osušte a podle instrukcí lékaře ji ponechte bez obvazu nebo ji zakryjte sterilním krytím.
- máte-li v operační ráně stehy, které by nezakryté nepříjemně zachytávaly za oblečení, můžete ránu též zakrýt polštářkovou náplastí.
- operační ránu udržujte v čistotě a suchu.
- pečujte o operační ránu dle následujícího doporučení.
- **při potížích či změnách na operační ráně a při podezření na některou komplikaci vyhledejte lékaře!**

Jaké komplikace mohou vzniknout při hojení operační rány?

Nejčastější komplikací vzniklou v operační ráně a jejím okolí je infekce. Příznakem infekce je zarudnutí, bolest, otok, napětí kůže a hnisavá sekrece v oblasti operační rány, může se vyskytnout zvýšená tělesná teplota až horečka.

Někdy se v podkoží operační rány hned po operaci vytvoří hematom v důsledku krvácení. Podle rozsahu krvácení a následně vzniklého hematomu volí lékař léčebný po-

stup. Je-li hematom menšího rozsahu, dojde k jeho vstřebání. Může způsobit pocit tlaku v operační ráně, zduření operační rány a zvýšenou tělesnou teplotu. I zde může vzniknout infekce.

Náhlým zvýšením nitrobřišního tlaku např. při zvýšené fyzické námaze, velkém kašli a tlaku na stolicí, může dojít k rozestupu operační rány.

Jak podpoříte hojení operační rány?

Vyvarujte se stresových situací, buďte v psychické pohodě.

1. Fyzická aktivita - asi po dobu 6 týdnů se vyhněte nadměrné fyzické aktivitě, aby se rána dobře zahojila. Není vhodná námaha, při které se zvyšuje nitrobřišní tlak. Nemanipulujte s těžkými břemeny. Při kašli si podržte břicho oběma rukama a při vyprazdňování netlačte přehnaně na stolicí. Vstávejte přes bok, jak Vás naučila fyzioterapeutka. Můžete chodit na procházky a po zhojení operační rány se poraďte s lékařem o vhodné fyzické aktivitě. Po úplném uzdravení a dle Vašeho zdravotního stavu si vyberte přiměřené pohybové aktivity, které mají pozitivní vliv na srdce a cévy, na pohybový aparát, na obranyschopnost organismu a napomáhají ke zvýšení energetického výdeje a tím ke snížení hmotnosti. Nejste-li sportovně aktivní, věnujte se nejdříve nějaké vhodné aktivitě 10-15 minut dvakrát za den a postupně navyšujte dobu i intenzitu pohybu. Vhodná je pohybová aktivita minimálně třikrát týdně na 45 minut, kdy se člověk zpotí a zadýchá.

2. Stravování - jezte stravu bohatou na vitamíny (A, B, C, K), minerály (Fe, Ca, Zn), stopové prvky a bílkoviny. Jídelníček by měl obsahovat 5 porcí zeleniny a ovoce za den pro posílení obranyschopnosti organismu, dále obiloviny a brambory pro obsah důležitých polysacharidů a příjem bílkovin (maso, vejce, mléčné výrobky) nahraďte 1-2 porcemi mořské ryby za týden. Nahraďte živočišné tuky rostlinnými, omezte příjem volných cukrů a soli. Sůl zatěžuje ledviny a zvyšuje riziko vzniku vysokého krevního tlaku a močových konkrementů.

3. Příjem tekutin – vhodný je příjem tekutin 1,5-2,5 litru za den, v některých situacích i více. Příjem tekutin závisí na věku, pohlaví, hmotnosti, fyzické aktivitě a zdravotním stavu každého člověka. Ukazatelem dostatečného příjmu tekutin je barva moči. Při dostatečném příjmu tekutin je světle žlutá, při nedostatečném příjmu tekutin je žluté zabarvení moči tmavší až do oranžova. Vhodným zdrojem tekutin je voda balená i voda z vodovodu (platí v ČR), dále čaje, ředěné ovocné a zeleninové šťávy. Část tekutin při-

jmeme i stravou. Tekutiny je vhodné přijímat častěji v průběhu celého dne a v menších porcích. Malý příjem tekutin zatěžuje ledviny, zvyšuje riziko vzniku močové infekce a močových konkrementů. Pozor: kávu nepočítejte do pitného režimu, má dehydratační účinky. Ke kávě se doporučuje vždy vypít sklenici vody.

4. Péče o operační jizvu – rána se hojí jizvou, kterou můžete promašťovat mastným krémem (poradí Vám v lékárně) či nesoleným vepřovým sádlem. Můžete provádět tlakové masáže, aby nevznikla nehezka hypertrofická jizva. Tlakovou masáž provádějte 3x denně, vždy opakujte 10x po sobě stlačení jizvy na 30 sekund. Po celé její délce silně tlačte 1-3 prsty, až se prsty odkrví. K uvolnění kůže od okolních tkání provádějte jemné krouživé pohyby prstů po jizvě i jejím okolí. Alespoň 2-3 měsíce nevystavujte jizvu slunečním paprskům.

5. Škodlivé návyky – nekuřte a omezte konzumaci alkoholu! Kouření způsobuje onemocnění srdce a cév, která způsobují zhoršené prokrvení a snížení činnosti ledvin. Kouření je rizikovým faktorem vzniku nádorových onemocnění i v močovém systému. Konzumace alkoholu poškozuje ledviny a další orgány podílející se na metabolismu (játra, slinivku, nervový systém). Je možný maximální denní příjem půl litru piva (pro jeho obsah stopových prvků) nebo dvou decilitrů červeného vína.

6. Prevence

- docházejte pravidelně na preventivní prohlídky, lékař Vám provede vyšetření moče, vyšetření krve na hladinu cukru, cholesterolu, tuků a změří krevní tlak. Tato vyšetření pomáhají včas odhalit civilizační onemocnění, které může vést i k poškození ledvin.

- nepodceňujte banální infekce, při virové infekci odpočívejte, nezatěžujte už tak oslabený organismus stresem z pracovních a sportovních aktivit. Virové onemocnění se může komplikovat bakteriálním onemocněním, které může zánětlivě postihnout i srdce a ledviny.

- hlídejte si správnou hmotnost a pravidelně jezte menší porce jídla, která jsou méně tučná a sladká, nejezte sladkosti i slané brambůrky apod. Hodně se pohybujte a sportujte, ať zabráníte vzniku nadváhy až obezity, která přetěžuje pohybový aparát a přispívá ke vzniku srdečně cévních onemocnění.

- omezte nadměrné užívání některých léků. Metabolity léků jsou vylučovány ledvinami a mohou je poškodit, zejména obezřetně užívejte léky na bolest a nesteroidní protizánětlivé léky.

- vyvarujte se anilínovým barvivům, konzervantům, stabilizátorům a aromatům a dalším jedům, tyto látky již obsahují karcinogeny nebo se v organismu přeměňují na karcinogenní látky, které způsobují vznik rakoviny v močových cestách.

Vypracovala: Jaroslava Suková

Použité zdroje: Desatero zdraví ledvin. In: B. Braun Sharing Expertise [online]. B.Braun Avitum s.r.o [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: https://lepsipece.cz/wp-content/uploads/2014/06/Desatero-zdravi-ledvin_.pdf; Pitný režim – není třeba hlídat každou vypitou sklenici vody. In: B. Braun Sharing Expertise [online]. B.Braun Avitum s.r.o [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <https://lepsipece.cz/ledviny/pitny-rezim-neni-treba-hlidat-kazdou-vypitou-sklenici-vody/> ; STRYJA, Jan, Petr KRAWCZYK, Michal HÁJEK a František JALŮVKA. Repetitorium hojení ran 2. Vydání 2. Semily: Geum, 2016. ISBN 978-80-87969-18-2.; ŠEFČÍKOVÁ, Miroslava, Nataša SOCHOROVÁ, Stanislava HILŠEROVÁ a Jan ŠARAPATKA. Tekutiny a lidský organismus. Urologie pro praxi [online]. Solen Medical Education, 2014, 15(2), 86-88 [cit. 2019-03-25]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2014/02/09.pdf>; 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; Jak pečovat o jizvy. Chirurgická a úrazová ambulance [online]. Poděbrady [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <http://www.chir.cz/jak-pecovat-o-jizvy-po-operacich-ci-zranenich-kuze/>

POUČENÍ PRO PACIENTY SE ZAVEDENÝM URETERÁLNÍM STENTEM

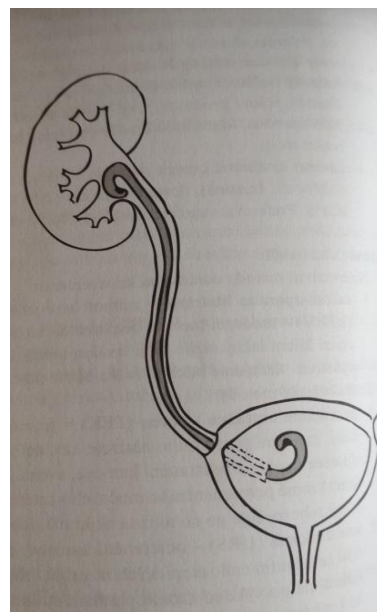
Vážená paní, vážený pane,

při operačním/ endoskopickém výkonu Vám byl do močového zaveden ureterální stent, což je pružná dutá hadička, která odvádí moč z ledviny do močového měchýře. Jeden konec stentu je stočený v ledvinové pánvičce a druhý konec je stočený v močovém měchýři. Zatočení stentu brání jeho posunutí z ledvinové pánvičky. Jak dlouho budete mít zavedený ureterální stent určuje lékař. Stenty se zavádí na různě dlouhou dobu, jsou vyrobeny z různých materiálů v závislosti na délce zavedení. Odstranění ureterálního stentu se provádí ambulantně, není nutná hospitalizace. Výměna je prováděna za hospitalizace.

Pozor: dostavte se včas na odstranění či výměnu stentu!

Ureterální stent může způsobit potíže, které vznikají v důsledku jeho zavedení. Mohou se vyskytnout dysurické potíže (obtížné a bolestivé močení), polakisurie (časté nucení na močení), nefralgie (bolest v ledvině) při domočování a hematurie (krev v moči). Jednou z komplikací je zneprůchodnění ureterálního stentu, které způsobí bolestivost v bederní oblasti. Je-li plánovaná výměna ureterálního stentu, tak v případě jeho zneprůchodnění musí být výměna provedena dříve. Při

zavedeném ureterálním stentu se ještě mohou vyskytnout infekční komplikace projevující se vzestupem tělesné teploty a pálením při močení. Výjimečně může dojít k dislokaci (posunutí) stentu. V případě vzniku komplikací vyhledejte lékaře. Velký podíl na vzniku komplikací ureterálního stentu (neprůchodnost, infekce) mají nedostatečný příjem tekutin a



Zdroj: Bezdičková, 2010, str. 86

přeplnění močového měchýře, v důsledku kterého se moč vrací stentem do ledviny. Častým močením, asi po 2 hodinách a před fyzickou aktivitou, tomu můžete zabránit.

Dovolte, abychom Vám předali několik rad, které jsou doporučovány k dodržování v běžném životě. O to více uvedené rady platí při zavedeném ureterálním stentu jako prevence komplikací. Chraňte svoje ledviny!

Doporučení pro správnou funkci ledvin

1. Dbejte na dostatečný příjem tekutin – vhodný je příjem tekutin 1,5-2,5 litru za den, v některých situacích i více. Příjem tekutin závisí na věku, pohlaví, hmotnosti, fyzické aktivitě a zdravotním stavu každého člověka. Ukazatelem dostatečného příjmu tekutin je barva moči. Při dostatečném příjmu tekutin je světle žlutá, při nedostatečném příjmu tekutin je žluté zabarvení moči tmavší až do oranžova. Vhodným zdrojem tekutin je voda balená i voda z vodovodu (platí v ČR), dále čaje, ředěné ovocné a zeleninové šťávy. Část tekutin přijmeme i stravou. Tekutiny je vhodné přijímat častěji v průběhu celého dne a v menších porcích. Malý příjem tekutin zatěžuje ledviny, zvyšuje riziko vzniku močové infekce a močových konkrementů. Pozor: kávu nepočítejte do pitného režimu, má dehydratační účinky. Ke kávě se doporučuje vždy vypít sklenici vody.

2. Jezte pestrou stravu – jídelníček by měl obsahovat 5 porcí zeleniny a ovoce za den pro posílení obranyschopnosti organismu, dále obiloviny a brambory pro obsah důležitých polysacharidů a příjem bílkovin (maso, vejce, mléčné výrobky) nahraďte 1-2 porcemi mořské ryby za týden. Nahraďte živočišné tuky rostlinnými, omezte příjem volných cukrů a soli. Sůl zatěžuje ledviny a zvyšuje riziko vzniku vysokého krevního tlaku a močových konkrementů.

3. Nekuřte – kouření způsobuje onemocnění srdce a cév, která způsobují zhoršené prokrvení a snížení činnosti ledvin. Kouření je rizikovým faktorem vzniku nádorových onemocnění i v močovém systému.

4. Omezte konzumaci alkoholu – konzumace alkoholu poškozuje ledviny a další orgány podílející se na metabolismu (játra, slinivku, nervový systém). Je možný maximální denní příjem půl litru piva (pro jeho obsah stopových prvků) nebo dvou decilitrů červeného vína.

5. Sportujte – při zavedeném ureterálním stentu není vhodná namáhavá a zatěžující aktivita. Jsou vhodné procházky a dle Vašeho zdravotního stavu si vyberte přiměřené pohybové

aktivity, které mají pozitivní vliv na srdce a cévy, na pohybový aparát, na obranyschopnost organismu a napomáhají ke zvýšení energetického výdeje a tím ke snížení hmotnosti. Nejs-
te-li sportovně aktivní, věnujte se nejdříve nějaké vhodné aktivitě 10-15 minut dvakrát za
den a postupně navyšujte dobu i intenzitu pohybu. Vhodná je pohybová aktivita minimálně
tříkrát týdně na 45 minut, kdy se člověk zpotí a zadýchá.

6. Hlídejte si správnou hmotnost – pravidelně jezte menší porce jídla, která jsou méně
tučná a sladká, nejezte sladkosti i slané brambůrky apod. Hodně se pohybujte a sportujte,
ať zabráníte vzniku nadváhy až obezity, která přetěžuje pohybový aparát a přispívá ke
vzniku srdečně cévních onemocnění.

7. Omezte nadměrné užívání některých léků – metabolity léků jsou vylučovány ledvi-
nami a mohou je poškodit, zejména obezřetně užívejte léky na bolest a nesteroidní protizá-
nětlivé léky.

8. Docházejte pravidelně na preventivní prohlídky – lékař Vám provede vyšetření mo-
če, vyšetření krve na hladinu cukru, cholesterolu a tuků, změří krevní tlak. Tato vyšetření
pomáhají včas odhalit civilizační onemocnění, které může vést i k poškození ledvin.

9. Nepodceňujte banální infekce – při virové infekci odpočívejte, nezatěžujte už tak osla-
bený organismus stresem z pracovních a sportovních aktivit. Může se k virovému onemoc-
nění přidat bakteriální onemocnění, které může zánětlivě postihnout i srdce a ledviny.

**10. Vyvarujte se anilínovým barvivům, konzervantům, stabilizátorům a aromatům a
dalším jedům** – tyto látky již obsahují karcinogeny nebo se v organismu přeměňují na
karcinogenní látky, které způsobují vznik rakoviny v močových cestách.

Autor: Jaroslava Suková

Použité zdroje: BEZDIČKOVÁ, Marcela a Lenka SLEZÁKOVÁ. Ošetrovatelství v chirurgii II. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada).
ISBN 978-80-247-3130-8. ; Desatero zdraví ledvin. In: B. Braun Sharing Expertise [online]. B.Braun Avitum s.r.o [cit. 2019-03-25].
Dostupné z: https://lepsipece.cz/wp-content/uploads/2014/06/Desatero-zdravi-ledvin_.pdf ; Pitný režim – není třeba hlídat každou
vypitou sklenici vody. In: B. Braun Sharing Expertise [online]. B.Braun Avitum s.r.o [cit. 2019-03-25]. Dostupné z:
<https://lepsipece.cz/ledviny/pitny-rezim-neni-treba-hlidat-kazdou-vypitou-sklenici-vody/> ; ŠEFČÍKOVÁ, Miroslava, Nataša SOCHO-
ROVÁ, Stanislava HILŠEROVÁ a Jan ŠARAPATKA. Tekutiny a lidský organismus. Urologie pro praxi [online]. Solen Medical Edu-
kation, 2014, 15(2), 86-88 [cit. 2019-03-25]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2014/02/09.pdf>
; VOLF, Petr a Martin DRÁBEK. Endoskopie v urologii a derivace moči. Urologie pro praxi [online]. Solen Medical Edukation, 2017,
18(5), 217-222 [cit. 2019-03-25]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2017/05/04.pdf>