



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

**Ošetřovatelská péče o nemocného po
radikální cystektomii s derivací moči
podle Brickera**

*Nursing care of the patient after radical
cystectomy with urine derivation
secundum Bricker*

Bakalářská práce

Případová studie

Praha, únor 2009

Marcela Slivková

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Zdravotní vědy

Autor práce: Marcela Slivková

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Akademický rok: 2008 / 2009

Ročník: IV.

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková

Pracoviště vedoucího práce: Ústav pro lékařskou etiku a ošetrovatelství
3. LF UK v Praze

Odborný konzultant: MUDr. Viktor Vik

Pracoviště odborného konzultanta: FTNsP urologie Praha

Datum a rok obhajoby: Duben / 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

14. února 2009

Marcela Slivková
.....

Marcela Slivková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Mileně Vaňkové a MUDr. Viktorovi Vikovi za odborné vedení mé práce, za cenné rady a podněty při jejím zpracování. Děkuji mému příteli, rodině, kteří mně při psání práce postrádali. Kolegyním v práci, které byly ochotné mne zastoupit v práci. Všem vysokoškolským vyučujícím pod vedením, kterých se dívám na svět se širším rozhledem.

OBSAH

1 ÚVOD	8
2 KLINICKÁ ČÁST	9
2.1 Charakteristika onemocnění	9
2.1.1 Anatomie a fyziologie	9
2.1.1.1 Anatomie močového měchýře	9
2.1.1.2 Inervace močového měchýře a uretry	10
2.1.1.3 Vegetativní nervstvo	10
2.1.1.4 Fyziologie mikce a mechanismus kontinence	11
2.1.1.5 Močení a definitivní moč	11
2.1.2 Patofyziologie nádorového onemocnění	12
2.1.3 Etiologie a rizikové faktory	13
2.1.4 Klinický obraz nemoci	13
2.1.5 Diagnostika	13
2.1.5.1 Symptomy	13
2.1.5.2 Vyšetření moče	13
2.1.5.3 Fyzikální vyšetření	13
2.1.5.4 Cystoskopie a TUR (transuretrální resekce)	14
2.1.5.5 Zobrazovací vyšetření	14
2.1.5.6 Screeningové laboratorní testy	15
2.1.5.7 Diferenciální diagnostika nádorů močového měchýře	15
2.1.6 Klasifikace nádorů močového měchýře	15
2.1.7 Terapie	17
2.1.7.1 Léčba povrchových nádorů močového měchýře	17
2.1.7.2 Léčba infiltrujících nádorů močového měchýře	17
2.1.7.3 Paliativní léčba nádorů močového měchýře	18
2.1.7.4 Derivace moči po radikální cystektomii	18

2.1.8	Prognóza uroteliálních nádorů močového měchýře	19
2.2	Základní údaje o nemocném	20
2.2.1	Lékařská anamnéza	20
2.2.1.1	Objektivní nález při přijetí	21
2.2.2	Diagnostické metody	22
2.2.3	Souhrn terapeutických opatření	22
2.2.4	Průběh hospitalizace	23
2.2.5	Seznam nejdůležitějších léčiv	28
3	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	32
3.1	Teorie	32
3.1.1	Ošetřovatelský proces	32
3.1.2	Model ošetřovatelské péče Marjory Gordonové	33
3.2	Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení	34
3.3	Krátkodobý plán ošetřovatelské péče	36
3.4	Dlouhodobý plán ošetřovatelské péče	46
3.5	Psychologie nemocného	49
3.6	Sociální problematika	50
4	EDUKAČNÍ PLÁN NEMOCNÉHO	51
4.1	Znalost pomůcek a jejich účelnost	52
4.2	Správné přikládání stomických pomůcek	54
4.3	Způsob zabezpečení pomůcek a jejich limity	55
4.4	Kontakty na stomickou ambulanci, kluby stomiků a literaturu	56
4.5	Komplikace se stomií	56
4.6	Výživová doporučení pro urostomika	57
4.7	Zásady správné výživy	57
4.8	Výživa v prevenci nádorových onemocnění	58

5 PROGNÓZA	60
6 ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
SEZNAM ZKRATEK	64
SEZNAM OBRÁZKŮ	66
SEZNAM PŘÍLOH	67

1 ÚVOD

Cílem bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného pana Z. K. ve věku 54 let, který byl hospitalizován na urologickém oddělení. Byl přijat s podezřením na vážné nádorové onemocnění močového měchýře, ale jen rámcově informovaného od svého obvodního urologa a praktického lékaře. Jeho hospitalizace trvala 38 dnů. Za tu dobu podstoupil tři zákroky v celkové narkóze. Má práce je zaměřená na poslední zákrok (odstranění močového měchýře s následnou derivací). Hospitalizace je probíraná postupně den po dni, tak aby si čtenář uvědomil, kompletnost procesu, který vede k diagnóze a léčbě lege artis. Po relativním zotavení byl pacient propuštěn domů. Nemocný souhlasil s poskytnutím osobních dat jeho vlastní případové studie.

V klinické části se zabývám charakteristikou nádoru močového měchýře. V úvodu je popisována anatomie a fyziologie dolních močových cest. Patofyziologie nádorového procesu. Etiologie a klinický obraz nemoci. Diagnostika, terapie a prognóza tohoto závažného onemocnění.

V této části jsou také údaje o nemocném z lékařské dokumentace. Stručný průběh hospitalizace ke každému konkrétnímu dni. Souhrn diagnostických a terapeutických intervencí v průběhu hospitalizace.

V ošetrovatelské části je popisována ošetrovatelská péče o nemocného v souladu s lékařskými postupy. Péče je poskytována metodou ošetrovatelského procesu. Hodnocení získaných informací vychází z modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové. Sebrané informace jsou zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace (viz příloha 5). Na základě získaných informací jsou stanoveny krátkodobé aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy k pátému pooperačnímu dni operace dle Brickera, která byla třetím a posledním operačním zákrokem v čase pacientovi hospitalizace. Následně byly stanoveny cíle, sesterské intervence. Realizace krátkodobého plánu péče je vykreslena názorně přes jeden den v čase denní služby na standardním oddělení s následným hodnocením (viz příloha 7 a 8).

Součástí práce je zhodnocení dopadů nemoci na psychiku pacienta. Sociální problematika po provedení stomie a edukace, která je součástí dlouhodobého plánu ošetrovatelské péče. Práci uzavírá prognóza pacienta z ošetrovatelského hlediska.

2 KLINICKÁ ČÁST

2.1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Uroteliální karcinom močového měchýře (KMM) patří mezi jedno z nejčastějších onemocnění, se kterým se urolog ve své každodenní praxi setkává. V západní Evropě je incidence KMM (viz obrázek 3) cca 16 – 20 případů na 100 000 obyvatel, a tak zaujímá 5. místo na žebříčku četnosti malignit bez ohledu na pohlaví. KMM je zhruba 3krát častější u mužů než u žen. KMM představuje 5,5 % incidencí 4. nejčastější malignitu v mužské populaci za karcinomem prostaty, plic a nádory kolorekta. V případě ženské populace zajímá KMM 2,3 % četnosti vůči všem maligním onemocněním 11. místo. V době stanovení diagnózy je zhruba 75 – 80 % tumorů povrchových, 15 % lokálně pokročilých a 5 % představují tumory s průkazem vzdálených metastáz. I přes relativně vysoké procento povrchových tumorů je KMM zatížen vysokou mírou recidiv. Tato činí zhruba 70 – 80 % v průběhu 5 let. 20 – 30 % primárně povrchových KMM přechází do formy tumorů infiltrujících svalovinu měchýře a následně, nejsou-li adekvátně léčeny, zakládají vzdálené metastázy. Pacienti, u nichž je v době prvního záchytu prokázána infiltrující forma KMM, již mají v 50 % metastázy buď v regionálních uzlinách (spádovými uzlinami jsou uzliny v oblasti ilických a obturátorových cév), nebo vzdálené metastázy, které postihují v 37 % kosti, méně často játra, plíce a mozek. Muži starší 50 let jsou postiženi asi v 75 % případů. Uroteliální nádory jsou do 20. roku věku vzácností. Prvozácht epiteliálních nádorů močového měchýře je nejfrekventovanější po 60. roce. Nejčastěji jsou nádory močového měchýře lokalizovány na trigonu a bázi močového měchýře. (1, 14)

2.1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE

Vývodní cesty močové tvoří: ledvinné kalichy, pánvička, močovody, močový měchýř a močová trubice. Dolní močové cesty jsou tvořeny močovým měchýřem (viz obrázek 1) a uretrou představujícími funkční jednotku.

2.1.1.1 ANATOMIE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE:

Na močovém měchýři (*vesica urinaria*) popisujeme: *Apex vesicae* – vrchol měchýře, směřující dopředu vzhůru; *Corpus* – tělo, střední část mezi vrcholem a spodinou; *Fundus* – spodina, dorsokaudální stěna, se zvlášť utvářeným dolním úsekem mezi oběma ústími ureterů; *Cervix* – krček, odkud vystupuje močová trubice; *Ligamentum umbilicale medianum* – vazivový pruh, původem urachus, jdoucí od vrcholu měchýře k pupku.

Na histologickém řezu stěnou močového měchýře (dále MM) rozlišujeme: *Tunica serosa* – peritoneální povlak; *Tela subserosa* – vazivová vrstvička pod peritoneálním povlakem; *Tunica muscularis* – svalová vrstva stěny (*musculus detrusor vesicae*), třívrstevná hladká vlastní svalovina stěny, která se skládá ze vnitřní a vnější vrstvy podélné a střední vrstvy cirkulární; *Tela submucosa* – podslizniční vazivo, které chybí v trigonum vesicae; *Tunica mucosa* – sliznice, krytá přechodním epitelem.

Hladkou svalovinu od spodní části symfysy na krček měchýře představuje *musculus pubovesicalis*; od podélné svaloviny rekta k bočním

stranám fundu a krčku měchýře představuje *musculus rectovesicalis*; a *musculus rectourethralis*, který se u muže táhne od podélné svaloviny rekta k urethře. (2)

2.1.1.2 INERVACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE A URETRY:

Neurologická kontrola volního mikčního reflexu zahrnuje jak centrální, tak i periferní nervový systém.

- *Cortex cerebri* – mikční centrum v mozkové kůře je uloženo ve frontálním laloku před sulcus centralis a dostává sensorické podněty z periferie včetně MM, uretry, periuretrálního příčně pruhovaného svalu a také z jader mozkového kmene. Obráceně vysílá signály zpět do mozkového kmene.

- *Capsula interna* – všechny nervové dráhy z mozkové kůry procházejí touto oblastí do mozkového kmene.

- *Limbický systém* – kontroluje veškeré autonomní funkce.

- *Bazální ganglia* – potlačují kontrakční aktivitu MM a při nedostatku dopaminu je tato funkce oslabena.

- *Cerebellum* – koordinuje veškerou motorickou činnost mající vliv na mikci. Hlavní jeho funkcí je funkce inhibiční.

- *Mozkový kmen* – na základě experimentů na zvířeti je zpochybňována koncepce sakrálního mikčního centra. Detruzorové motorické centrum je na základě pokusů stimulací mikroelektrodami umístěováno do pons cerebri.

- *Spina* – mícha. Eferentní vlákna z mozkového kmene vedou do šedé hmoty sakrální míchy. Mikční centrum je situováno do míšních segmentu S2-S4. V průběhu života se mícha relativně zkracuje, proto v dospělosti toto centrum odpovídá na páteři asi Th12-L1. V šedé hmotě tohoto centra jsou uloženy dva páry jader – detruzorové a pudendální. Detruzorová jádra vysílají motorické impulsy pro detruzor a jsou mimo období mikce inhibována z CNS. Pudendální jádra vysílají nepřetržitě motorické impulsy k zevnímu svěrači uretry. Jejich inhibice nastává jedině v průběhu mikce.

V novorozeneckém a dětském věku reaguje mikční centrum automaticky. Při určité náplni se detruzor kontrahuje a to vede k vyprázdnění. S přibývajícím věkem a vlivem výchovy nabývá převahy inhibiční vliv vyšších nervových center. (6)

2.1.1.3 VEGETATIVNÍ NERSTVO

Dolní močový trakt je pod kontrolou vegetativního nervového systému. Působí na něj jak sympatická, tak i parasympatická složka.

o Parasympatikus

Aferentní vlákna jdou převážně v plexus pelvici. Přivádějí podněty z MM, které jsou vyvolány bolestí, teplem a proprioreceptivními podněty (nucení na močení, pocity plnosti), zadními kořeny do zadních míšních provazců (segmenty S2-S4) a jimi do mozku. Z CNS jdou impulsy cestou pyramidální a extrapyramidální na periferii do mikčního centra (detruzorového jádra) a odtud do MM a proximální uretry, kde se nacházejí gangliové synapse a postsynaptická vlákna. Tato vlákna jsou též parasympatická a tvoří část nervus pelvici. Většina parasympatických ganglií leží ve stěně detruzoru, a jsou proto zranitelná při operaci, infekci či přepětím. Stěna MM, která je tvořena hladkou svalovinou, má hlavně parasympatickou inervaci.

o Sympatikus

Sympatická inervace (segmenty Th₁₀-L₂) – z buněk postranních míšních rohů vycházejí pregangliová vlákna sympatiku předními míšními kořeny a po přerušení ve vegetativních gangliích jako plexus hypogastricus inferior přicházejí k MM. Většina sympatických vláken je přerušena již v gangliích značně vzdálených cílovému orgánu.

Pregangliové sympatické vlákno se větví k mnoha různým gangliovým buňkám a jediná gangliová buňka sympatiku dostává impulzy od několika různých negangliových vláken. Adrenergní zakončení můžeme prokázat jak ve stěně a bázi MM, tak i v uretře. Mezi parasympatikem a sympatikem byl prokázán systém vzájemných synapsí.

α -adrenergní receptory převažují v oblasti trigona a v proximální uretře, při jejich podráždění dojde ke kontrakci hladkého svalu.

β -adrenergní receptory se nacházejí hlavně v oblasti fundu MM a při jejich podráždění nastává relaxace svaloviny.

Sympatický systém má hlavní roli při udržení moči.

Přenos v gangliích sympatických i parasympatických zprostředkuje acetylcholin, který se uvolňuje ze zakončení pregangliového vlákna.

Přenos na efektor parasympatiku zprostředkuje rovněž acetylcholin, uvolňující se ze zakončení postgangliového vlákna. (Cholinergní receptor: muskarinový a nikotinový. Většinou excitační reakce).

Přenos na efektor sympatiku zprostředkuje noradrenalin. (Adrenergní receptory: α a β). (6)

2.1.1.4 FYZIOLOGIE MIKCE A MECHANIZMUS KONTINENCE:

Hlavní funkcí MM je přeměnit stálou exkretční činnost ledvin v intermitentní proces evakuace moči. Mikční reflex je vyvolán proprioreceptivními podněty z měchýře, které jsou vedeny cestou plexus pelvicius do zadních míšních provazců a jimi do CNS. Je-li vhodná doba k mikci, pak pomine inhibiční vliv nadřazených center na mikční centrum v sakrální míše a jeho činnost se stane automatickou.

V průběhu první fáze (plnění MM) je detruzor tlumen stimulací β -receptorů a současně je tonizováno hladké svalstvo uretry stimulací α -receptorů. Současně je tonizován i příčně pruhovaný sval uretry. V průběhu mikce nastává obrácený poměr. Nervus pelvicius přenáší podněty (parasympatická stimulace), které vedou ke kontrakci detruzoru. Současně je tlumen sympatikus a snižuje se stimulace β -receptorů a tonizující účinek α -receptorů v uretře. K tomu přistupuje volná relaxace příčně pruhovaného svalu. (6)

2.1.1.5 MOČENÍ A DEFINITIVNÍ MOČ:

MM se postupně naplňuje a až do objemu 200 – 300 ml se v něm nezvyšuje tlak. (Maximální kapacita MM je 750 ml). Po překročení této fyziologické kapacity intravezikální tlak stoupá a vyvolává pocit nucení na močení, náplň 400 ml už vyvolává mikční reflex.

Množství moči vytvořené za 24 hodin se označuje diuréza. Normální diuréza je 500 – 2500 ml/24 hodin, průměrná diuréza je 1500 ml/24 hodin (dále hod.)

Moč je charakteristicky zápachající, čirá, zlatožlutá kapalina (zbarvená urochromem) o specifické hmotnosti 1003 až 1038 kg/m³ (za běžných podmínek se pohybuje okolo 1020). pH moči je většinou lehce kyselé 5 – 6, ale může se pohybovat od 4,5 do 8. Osmolarita se pohybuje v rozmezí 600-800 mmol/kg H₂O.

Moč obsahuje: sodík 100 – 250 mmol/l; draslík 25 – 100 mmol/l; chlor 135 mmol/l; vápník; kreatinin 2g/24 hod. V moči je přítomna také amyláza, kyselina vanilmandlová (zbytek po odbourávání katecholaminů) normální hladina je do 35 μmol/24 hod., kyselina močová, močovina a další látky. Zdravý člověk ztrácí maximálně 150 mg bílkoviny za 24 hodin, norma je 50-300 mg/24 hod., vylučování albuminu nepřevyšuje 30 mg/24 hod.. U zdravého dospělého člověka jsou za 24 hodin vylučovány 1-2 miliony erytrocytů, 1-4 miliony leukocytů a 100 000 válců. (13)

2.1.2 PATOFYZIOLOGIE NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ

Nebezpečí vzniku maligní transformace, která je charakterizována neregulovaným růstem buněk s autonomní buněčnou proliferací a s alterací buněčné diferenciaci, může dojít, pokud dojde ke změně v průběhu buněčného cyklu, především na základě selhání kontrolních mechanismů.

V současné době jsou maligní onemocnění považována za genetická onemocnění s existencí specifických genů odpovídajících za maligní transformaci. Jedná se o mutované normální geny (protoonkogeny – jejich produkty se podílejí na regulaci buněčného cyklu buňky, zejména v souvislosti s jejím růstem a přenosem signálů), které produkují onkoproteiny. Ty sice mají zachovanou svoji základní funkci, ale jsou produkovány buď v nadměrném množství, nebo jsou kvalitativně odlišné a mají vyšší aktivitu.

Kromě protoonkogenů může jít o mutaci, či chybění tumor-supresorových genů, nebo o poruchu funkce reparačních (mutátorových) genů. Výsledkem je nekontrolovaná proliferace s rychle se zvětšujícím počtem buněk.

K mutaci dochází jednak působením zevních faktorů – mutagenů, jednak na podkladě spontánních mutací.

Zpomalení rychlosti nádorového růstu je dáno nedostatkem kyslíku, nutričních faktorů, prodlužováním buněčného cyklu a přechodem postupně většího podílu buněk do stadia G₀ (stav proliferacího klidu).

Nejmenší radiologicky zjištělý nádor je tvořen masou nádorových buněk, které prodělaly minimálně 27 zdvojení, nejmenší palpovatelný nádor 30 zdvojení. Hmotnost nádoru v této fázi je cca 1g a obsahuje cca 10⁹ buněk, většinou je však diagnostikován až ve fázi, kdy obsahuje cca 10¹² buněk. (14)

2.1.3 ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY

V etiologii uroteliálních nádorů MM hrají roli:

- průmyslové kancerogeny (aromatické aminy – benzidin, naftylamin a 4,4 aminobifenyl a o-toluidin); anilinová barviva; některé meziprodukty při výrobě gumy
- metabolity fenacetaminu
- cytostatika (cyklofosfamid)
- endogenní kancerogeny (metabolity tryptofanu)
- nitrosamin, tabák, kouření se podílí na vzniku 25- 60 % nádorů a zvyšuje 4x riziko jejich vzniku
- urogenitální schistosomóza (též bilharióza – parazitární onemocnění způsobené motolicemi; vyskytuje se v tropických oblastech, kde postihuje několik set milionů lidí)
- chronická infekce, reziduální moč a cizí tělesa (například zavedený katétr)
- přetrvávající zbytek urachu, pravé divertikly MM, konkrementy
- 10 % se předpokládá na familiární karcinom MM (1, 14)

2.1.4 KLINICKÝ OBRAZ NEMOCI

20 % nemocných nemá žádné obtíže a nádor MM je diagnostikován náhodně nebo na základě mikroskopické hematurie. Klinický průběh, zejména v počátcích, je nespecifický. U části pacientů se objevuje bezbolestná makroskopická hematurie (v 75 - 80 % případech), někdy cystitické – iritační obtíže (polakisurie, urgence, strangurie).

V pokročilých případech je bolest za sponou a v bederní oblasti (blokádá terminálního močovodu tumorem), anémie, nechutenství, úbytek na váze a subfebrilie. (1, 14)

2.1.5 DIAGNOSTIKA

2.1.5.1 SYMPTOMY:

Anamnéza pacienta a klinický obraz nemoci.

2.1.5.2 VYŠETŘENÍ MOČE:

- základní vyšetření moči na sediment a chemicky
- bakteriologické vyšetření s citlivostí včetně BK (Kochův bacil)
- cytologické vyšetření a exfoliativní cytologie (využívána zejména při dispenzárních kontrolách po transuretrálních operacích pro povrchové nádory MM)

2.1.5.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ:

Fyzikální vyšetření by mělo zahrnovat rektální a vaginální bimanuální palpaci. U pacientů s pokročilým tumorem můžeme nalézt palpační rezistenci v pánevní oblasti. Mnělo by se provádět před a po transuretrální resekci.

2.1.5.4 CYSTOSKOPIE A TUR (TRANSURETRÁLNÍ RESEKCE):

Definitivní diagnóza je stanovena cystoskopicky (každá nebolestivá makroskopická hematurie by měla být vyšetřena endoskopicky!)

Vzorek TUR musí zahrnovat *muscularis propria*. U mužů by se měla provádět resekční biopsie prostatické uretry, zatímco u žen by se měla provádět biopsie hrdla MM pro případ, že by uretra nebyla úplně resekována, nebo je zvažována ortotopická substituce MM.

Velkou nadějí se zdá být nová fotofluorescenční cystoskopie a resekce. Principem této metodiky je fotosenzibilizace tkáně porfyrinem (volné porfyriny jsou v přírodě prekurzory hemu s laboratorně důležitou vlastností fluorescence vybuzenou UV (ultraviolet) zářením). Kyselina 5-aminolevulová se ve tkáni metabolizuje na protoporfyrin IX, a ten dále enzymem *ferochelatázou* na hem, jenž inkorporuje do protoporfyrinu železo za vzniku hemoglobinu. V nádorové tkáni je snížena aktivita ferochelatázy, a proto zde dochází k hromadění protoporfyrinu IX v koncentraci, která je proti normální tkáni 10 - 17x vyšší. Při takovéto koncentraci (nadbytku porfyrinu) dochází při osvětlení modrým světlem (420 nm) k efektu fluorescence (ke změně vlnové délky modrého světla na světlo červené). Nádorem postižená tkáň včetně carcinoma in situ červeně září na modrém pozadí a dá se přesně resekovat. Kyseliny 5-aminolevulová proniká daleko více do nádorových než normálních buněk.

2.1.5.5 ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ:

Cílem zobrazovacího vyšetření je zhodnocení rozsahu tumoru a detekce šíření do lymfatických uzlin a ostatních orgánů. Pomocí různých zobrazovacích vyšetření lze získat anatomické a funkční informace napomáhající při volbě terapeutických rozhodnutí. Pokud se předpokládá, že je lokální tumor invazivní, měl by pacient podstoupit zobrazovací vyšetření pro zhodnocení rozsahu nebo invaze před podstoupením TUR.

- Intravenózní urografie
Průkaz hydronefrózy ukazuje na špatnou prognózu.

- Ultrasonografie
Ultrasonografií lze využít jako zobrazovací metodu pro detekci obstrukce horních močových cest a také jako nenákladný způsob pro detekci metastáz v játrech.

- Počítačová tomografie (CT)
CT nedokáže přesně rozlišit mezi nádorem, který je ohraničený na MM, nebo který se již rozšířil mimo něj. Korelace mezi nálezy CT a skutečným rozsahem tumoru u vzorků získaných při cystektomii je asi 65 – 80 %. Zobrazovací metoda je užitečná pro pacienty podstupující neadjuvantní chemoterapii nebo léčebné modalitty šetřící MM.

- Magnetická rezonance (MRI)
Podobně jako CT neumí MRI detekovat mikroskopické rozšíření do perivezikálního tuku. Chybné určení stadia onemocnění je asi 30 %.

- Rentgenové vyšetření hrudníku

Před započítím jakékoliv léčby s cílem vyléčení je nezbytné zhodnotit výskyt vzdálených metastáz, což zahrnuje provedení rentgenového vyšetření hrudníku u všech pacientů.

- Kostní scan

U každého pacienta se symptomy postižení skeletu by měl být před léčbou proveden kostní scan. Podezřelé nálezy na kostním scanu by měly být potvrzeny rentgenem, CT nebo MRI.

2.1.5.6 SCREENINGOVÉ LABORATORNÍ TESTY:

Jako například *BTA stat* a *BTA trak* (Bladder Tumor Antigen) *testy*, které jsou založeny na kvalitativní (*stat*), respektive kvantitativní (*trak*) detekci antigenu objevujícího se v moči při nádorech MM. Pro ambulantní využití je vhodný zvláště *BTA stat*, který se provádí bez nutnosti laboratorního zpracování pomocí speciálního setu, a jehož výsledek je okamžitě k dispozici. Tento test je citlivější než cytologie a ekonomicky výhodnější, ale s nízkou specificitou.

2.1.5.7 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE:

Tumory pánvičky ledvinné a močovodu, endometrióza, schistosomóza, cystolitiáza, cystitis haemorrhagica, prostatitida, benigní hyperplazie prostaty, karcinom prostaty, TBC (tuberculosis) močového měchýře, prorůstající gynekologické nádory popřípadě prorůstající nádory tlustého střeva. U carcinoma in situ je nutné odlišit chronickou nebo intersticiální cystitidu. (1,14)

2.1.6 KLASIFIKACE NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

❖ TNM (STAGING)

Klasifikace TNM – tumor, uzlina, metastázy (tumor, node, metastases) – z roku 2002 je obecně akceptována.

T (PRIMÁRNÍ TUMOR (viz obrázek 5)

- TX primární tumor nelze hodnotit
- T0 nejsou žádné důkazy primárního tumoru
- Ta neinvazivní papilární karcinom
- Tis karcinom in situ
- T1 tumor invaduje subepiteliální pojivovou tkáň
- T2 tumor invaduje svalovinu
 - T2a tumor invaduje do superficiální svaloviny (vnitřní polovina)
 - T2b tumor invaduje do hluboké svaloviny (vnější polovina)
- T3 tumor invaduje do perivezikální tkáň
 - T3a mikroskopicky
 - T3b makroskopicky (extravezikálně)
- T4 tumor invaduje do čehokoliv z následujícího: prostaty, uteru, vaginy, pánevních stěn, abdominální stěny
 - T4a tumor invaduje do prostaty, uteru nebo vaginy
 - T4b tumor invaduje do pánevní nebo abdominální stěny

N (LYMFATICKÉ UZLINY)

- NX regionální lymfatické uzliny nelze hodnotit
- N0 žádné metastázy regionálních lymfatických uzlin
- N1 metastáza do jediné lymfatické uzliny o maximálním rozměru ≤ 2 cm
- N2 metastáza do jediné lymfatické uzliny o maximálním rozměru ≥ 2 cm, ale ≤ 5 cm, nebo do více lymfatických uzlin o maximálním rozměru ≤ 5 cm
- N3 metastáza do lymfatické uzliny o maximálním rozměru ≥ 5 cm

M (VZDÁLENÁ METASTÁZA)

- MX vzdálenou metastázu nelze hodnotit
- M0 žádná vzdálená metastáza
- M1 vzdálená metastáza

❖ URČENÍ HISTOLOGICKÉ DIFERENCIACE (GRADING)

G (URČENÍ HISTOLOGICKÉ DIFERENCIACE)

- GX stupeň diferenceace nelze hodnotit
- G1 dobře diferencován
- G2 středně diferencován
- G3-4 slabě diferencován/nediferencován

❖ NÁDORY DÁLE DĚLÍME NA:

I. PRIMÁRNÍ:

1. Mezenchymální a neuroektodermového původu – 2 %
2. Epiteliální (90 – 95 %):
 - a) papilomy (nemají více než 6 buněčných vrstev)
 - b) papilokarcinomy (z přechodního epitelu) – 90 %
 - c) epidermoidní karcinomy (6 – 7 %)
 - d) adenokarcinomy (1 – 2 %)

II. SEKUNDÁRNÍ:

Které vznikají v důsledku prorůstání ne-urologických nádoru z okolí nebo vzácně metastáz (karcinom žaludku, plic, melanom a endometrióza).

❖ Z KLINICKÉHO HLEDISKA JE DĚLÍME NA:

- Superficiální (Tis, Ta, T1)
- Infiltrativní (T2, T3, T4)

2.1.7 TERAPIE

2.1.7.1 LÉČBA POVRCHOVÝCH NÁDORŮ MM (Ta, T1):

- TUR – transuretrální resekce nádoru
- YAG laserová vaporizace
(YAG – yttrium-hliník-granát, aktivní prostředí užívané u laserů).
Nekrvácí, možnost snadného plošného ošetření, zejména u mnohočetných lézí, jejíž zásadní nevýhodou je absence vzorku tkáně pro histologické vyšetření. Zcela se neujala a musí jí předcházet biopsie.
- BCG vakcína – Immucyst BCG (Bacillus Calmette-Guérin)
Intravezikální nespecifická imunoterapie hlavně u nádoru (T1, G2, G3).
- Lokální chemoterapie
(Mitomycin C, Adriamycin a Thiotepa)
- Fotofluorescenční cystoskopie a resekce
(Velká naděje pro karcinomy in situ).

2.1.7.2 LÉČBA INFILTRUJÍCÍCH NÁDORŮ MM (T2, T3, T4):

- Radikální cystektomie
Odstranění MM včetně prostaty a semenných váčků u mužů a vaječnicků, dělohy a přední stěny poševní u žen. Součástí radikální cystektomie je pánevní lymfadenektomie. Druhou fází této operace je některá z forem derivace moče.
- Záchraná (salvage) cystektomie
Cílem operace není vyléčení pacienta, které s ohledem na rozsah onemocnění již není možné. Indikací k operaci je snaha o zlepšení kvality života nevléčitelného onemocnění. Například život ohrožující masivní hematurie, nezvládnutelná jiným způsobem.
- Resekce MM
Indikovaná u nádorů lokalizovaných v horní hemisféře. Resekce má přesahovat o 2 cm do zdravé tkáně. Parciální resekce se dnes prakticky neprovádí vzhledem k obvykle multifokálnímu výskytu maligních ložisek v MM a riziku vzniku implantačních metastáz.
- Systemová chemoterapie
Tento způsob léčby se využívá především u pokročilých stadií (T3, T4) a při diseminaci. Bylo navrženo i neadjuvantní podání za účelem předoperačního snížení stadia (takzvaného downstagingu). Radikální cystektomie je doplněna v indikovaných případech o adjuvantní chemoterapii (při postižení regionálních uzlin, vysokém gradingu tumoru).
- Aktinoterapie vysokoenergetickými fotony
Která se používá buď předoperačně (neoadjuvantně – kolem 20 Gy (Gray) anebo jako samostatná léčba (60 Gy). Poslední je indikována u nemocných ne zcela vhodných pro chirurgickou léčbu a ve vyšším věku.
- Konkomitantní chemoradioterapie
Nabízí se ve snaze zachovat funkční MM, jako alternativa radikální cystektomie u invazivních zhoubných nádorů MM. Nedosahuje však výsledků přežívání po radikální cystektomii. Je indikována také při odmítnutí cystektomie u nádoru s vymezeným stagingem a gradingem.

2.1.7.3 PALIATIVNÍ LÉČBA NÁDORŮ MM:

- TUR
(Spíše koagulace zdrojů krvácení)
- Supravezikální derivace moče
(Například kožní uretero – ileostomie, takzvaná Brickerova derivace, bilaterální punkční nefrostomie).
- Ligatura nebo „ embolizace “ vnitřních ilických tepen
(Seldingerovou technikou se přímo do tepny aplikují mikrotromby – Gelaspon)
- „ Salvage “ cystektomie

Výkon se snaží řešit jinak nezvládnutelné opakované hematurie u pacientů v poměrně dobrém celkovém stavu.

- Aktinoterapie
Paliativní ozáření MM se využívá k dosažení analgetického a hemokoagulačního efektu při pokročilém lokálním nálezů; další indikací je ozařování vzdálených ložisek, například metastázy skeletu.

- Instilace formalinu do MM
(takzvaná chemokoagulace – 5 % roztokem při neztišitelném krvácení, kde nesmí být přítomen vezikorenální reflux)

- Helmsteinova tlaková léčba
Její principem je ischemická komprese (přes katétr s kondomem) tumoru i stěny MM pomocí intravezikální náplně, vedoucí k intravezikálnímu tlaku s hodnotou kolem diastolického tlaku.

2.1.7.4 DERIVACE MOČI PO RADIKÁLNÍ CYSTEKTOMII:

Radikální cystektomie představuje v současné době stále „ zlatý standard “ v terapii infiltrujiícího karcinomu MM.

V současné době jsou k dispozici 4 základní terapeutické možnosti:

- Ileální konduit – Brickerova derivace
Roku 1950 E. M. Bricker publikoval možnosti náhrady močových cest po pánevní evisceraci. Popsané provedení ureteroileostomie se ujalo a stalo se standardem. Postup dále zmodifikoval Wallace, a proto nejčastěji hovoříme o Bricker/Wallacově operaci. (viz obrázek 4)

Ileální konduit je spolehlivá terapeutická metoda s prokázanou úspěšností. Přesto dlouhodobé sledování odhalilo u 20 % pacientů rozvoj komplikací se stomií a 30 % renálních jednotek je dilatováno. Nevýhodou ileálního konduitu je hlavně kosmetická. U mužů je snaha provádět „ nervy - šetřící techniky “, které vedou ke snižování procenta mužů postižených pooperační erektilní dysfunkcí.

- Tradiční ureterosigmoideostomie
Tato procedura je již poněkud zastaralá, vzhledem k vysoké incidenci infekce horních močových cest a riziku vzniku maligního bujení ve střevě. Běžné jsou také časté nucení na stolicí a urgentní inkontinence. V současné době byly zaznamenány modifikace pro snížení těchto komplikací, a tato procedura je standardní volbou ve vybraných centrech.

- Kontinentní rezervoár

Pro její rozvoj bylo nezbytné zavedení 3 principů:

- 1) - princip střevní detubularizace pro vytvoření nízkotlakého rezervoáru
- 2) - antirefluxní a kontinentní mechanismus
- 3) - užití autokatetrizace

V tomto případě neoveziku označujeme jako *heterotopickou*. Vyšívá se nejlépe do pupku a to tam kde není možné neoveziku napojit na uretru z onkologických důvodů (pozitivní biopsie z močové trubice), nebo z technických důvodů. U heterotopické neoveziky je nutné připojit na výtokovou část (vyústěnou navenek) chlopeň, která brání samovolnému odtoku moče. Neovezika se musí většinou pravidelně vyprazdňovat takzvanou čistou intermitentní katetrizací 4 – 6 krát denně.

- Rekonstrukce MM

Neovezika může být anastomózována na uretru a pak hovoříme o *ortotopické* neovezice. Pacienti podstupující kontinentní derivaci moči by měli mít motivaci a zručnost naučit se autokatetrizaci. Kontraindikacemi pro ortotopickou náhradu MM jsou také vysoké dávky preoperačního ozáření, komplexní uretrální striktura a intolerance inkontinence, chronická renální insuficience a další. Pacient vyprazdňuje MM abdominálním tlakem nebo čistou intermitentní katetrizací. Nevýhodou je možný noční únik moči. (1, 14)

2.1.8 PROGNÓZA UROTELIÁLNÍCH NÁDORŮ MM

- Povrchní (neinvazivní, papilární) uroteliální karcinomy

Recidivují v 50 – 70 %. Pětileté přežití lze očekávat u T1 G1 v 85 %.

- Infiltrující uroteliální nádory

Prognóza je o poznání horší, pětileté přežití se odhaduje ve 40 – 55 % u T2 a T3, při diseminaci jen u 3 – 15 %.

Pacienti s prokázaným infiltrujícím karcinomem MM, kteří podstoupí radikální cystektomii, vykazují 54% - 64% 5 - a víceleté přežívání.

Mortalita spojená s radikální cystektomií se pohybuje od 1 % do 2,8 %.
(1, 14)

2.2 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM

Pro zpracování případové studie jsem si vybrala pana Z. K. Pacient byl přijat na urologické lůžkové oddělení fakultní nemocnice v čase mé denní služby. Byl v období pozdní dospělosti a byl přijat s probíhajícím vážným nádorovým onemocněním. Avšak jeho vystupování signalizovalo, že jeho hospitalizace je velké nedorozumění a potvrdí benigní záležitost. Zaujalo mě to. Lékařská diagnóza při příjmu zněla tumor močového měchýře (diferenciálně diagnosticky karcinom prostaty).

Jméno a příjmení: Z. K.

Věk: 54

Oslovení: pane Z

Stav: ženatý

Národnost: česká

Povolání: stavební dělník

Vzdělání: maturitní

Pojišťovna: 111

Vyznání: katolík

Adresa: Praha

Kontaktní osoba: manželka M. Z. (zdravotní sestra)

Datum přijetí: 10. 11. 2008

Délka hospitalizace: 38 dnů

Hlavní důvod přijetí: upřesnění diagnózy, k předoperačnímu vyšetření, PPNS bilaterálně (perkutánní punkční nefrostomie) a dořešení stavu

Hlavní diagnóza: Tu vesicae urinae et prostatae v. s. T4 NX MX (v. s. – pravděpodobně)

Hydrourteronephrosis bilat. (bilaterálně)

Insufficiencie renalis bilat.

Anemia

Vedlejší diagnóza: Hypertenze

2.2.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Pacient na doporučení a telefonickém dohovoru obvodního urologa, přichází do urologické ambulance fakultní nemocnice s cílem převzetí do péče. O svém stavu je poučen jen rámcově. Svého spádového lékaře navštívil pro rok trvající intermitentní makrohaturií. Pacient byl bez předchozí urologické anamnézy. Subjektivně udával a udává mírnou dysurii a polakisurii. Na základě donesené laboratoře je pacient anemický (hemoglobin 81 g/l a hematokrit 0,25 po podání 3 krevních transfuzí v místní nemocnici), s renální insuficiencí (kreatinin 328 μmol/l; urea 19,3 mmol/l). Kultivace moče negativní. CT ledvin a malé pánve je se závěrem Tu vesicae urinae a hydronefrosis bilaterálně. (CT bylo provedené bez kontrastní látky vzhledem k renálním hodnotám). Sono ledvin také potvrdilo oboustrannou hydronefrózu.

❖ OSOBNÍ ANAMNÉZA

Pan Z. K. narozen 1955 je pohlavím muž. V mládosti podstoupil tonsilektomii. Žádné úrazy neprodělal. Alergii neudává. Léčí se na arteriální hypertenzi. Třetí rok užívá Tenoretic 100 mg tabletu ráno. Kouří 10 cigaret denně. Alkohol užívá příležitostně. Pije denně 1 alkoholické pivo. Analgetika neužívá. Stolicí vyprazdňuje ob-den, charakter normální konzistence. Chuť k jídlu za poslední 3 měsíce se nezměnila. Na nechutenstvo netrpí.

❖ RODINNÁ ANAMNÉZA

Oba rodiče ještě žijí. Matka trpí na revmatoidní artritidu. Otec prodělal infarkt myokardu. Jeden ze dvou sourozenců zemřel na osteosarkom. Jediné vlastní dítě je zdravé.

❖ SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Pacient bydlí v rodinném domku ve společné domácnosti s manželkou, která pracuje jako zdravotní sestra. Jediný syn už žije samostatně. Mezi záliby patří domácí dělnické práce. Finanční situace je uspokojivá.

❖ PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Pacient pracuje jako dělník na stavbě. Má ukončené maturitní vzdělání, obor střední průmyslová škola. Mezi rizikové faktory práce zahrnuje: chlad, sníženou hygienu, nedostatek tekutin a nepravidelné stravování.

2.2.1.1 OBJEKTIVNÍ NÁLEZ PŘI PŘIJETÍ:

Krevní tlak: 158/100 mm Hg (milimetrů rtuti)

Pulz: 80 za minutu

Tělesná teplota: 37,3 °C

Váha: 78 kg

Výška: 177 cm

BMI (body mass index): 25

Pacient orientovaný, spolupracuje bez ikteru a cyanózy, subfebrilní, bez klidové dušnosti.

- Hlava: zornice izokorické, spojivky bledé, jazyk vlhký, karotidy bez šelestu
- Hrudník: symetrický, dýchání čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů, akce srdeční pravidelná, dvě ozvy ohraničené
- Břicho: klidné, měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, bez hmatných rezistencí, tapotement bilat. negativní
- Zevní genitál: penis bezpříznakový, skrotum – varlata bilat. ve scrotu, nezvětšená, palpačně nebolestivá
- Per rektum: prostata nezvětšená, elastická, palpačně nebolestivá, bez suspekce na ca (carcinoma)
- Dolní končetiny: bez otoků, bez trofických změn

- USG: parenchym bilat. normální šíře, dilatace 2. – 3. stupeň bilat., bez litiázy

Následně po vyšetření a se souhlasem s hospitalizací, byl pacient zaveden na oddělení.

2.2.2 DIAGNOSTICKÉ METODY

- Odběry krve:
Opakovaně krevní obraz, biochemické vyšetření, koagulační vyšetření, glukóza, sedimentace, ASTRUP (Astrupovo vyšetření – vyšetření acidobazické rovnováhy), hemokultura
Prostatické markery (v normě)
- Scinti skeletu (bez ložiskových změn)
- Rtg. S+P (rentgen srdce – plíce) - (vpravo v horním poli plic jsou dva naznačené okrouhlé stíny velikosti 5 mm. Jejich etiologie je nejistá, vzhledem k základní diagnóze)
- CT plic; CT břicha a malé pánve (bez uzlinových a vzdálených metastáz)
- TUR – M bioptika (transurethrální resekce močového měchýře)
V klidném SAB (subarachnoideální blok) volně zaveden resektoskop přes urethru. Močový měchýř zcela vyplněn třásnitým, papilárním tumorem, který se tlačí až do vnitřního ústí urethry. Z oblasti hrdla vzata reprezentativní histologie, pokus o koagulaci v daném terénu byl spíše iluzorní. K monitoraci eventuality krvácení byla zavedena cévka 20 CH (Chevassuho označení velikosti katétru). Histologie potvrdila exofyticky rostoucí papilární karcinom z přechodného epitelu, relativně diferencovaný. Proces byl místy nekrotický a hloubku potenciální invaze z odběru se nedalo stanovit.
- Kultivace moče s následnou citlivostí na ATB (antibiotikum)

2.2.3 SOUHRN TERAPEUTICKÝCH OPATŘENÍ

- TRF (transfuze) opakovaně do uspokojivých hodnot (hemoglobin minimálně 100 g/l)
- PPNS bilat. (perkutánní punkční nefrostomie – bilaterálně)
V celkové narkóze pod USG (ultrasonografia) kontrolou byla provedena oboustranně punkce dilatovaného dutého systému ledvin přes dolní kalich a po vodiči zavedeny nefrostomie 8F (Foley katétr), stočeny v pánvičce. PPNS fixovány 2 stehy.
- RCYE – Bricker (radikální cystektomie – Brickerova derivace moči)
V celkové narkóze byla provedena radikální cystektomie a uretheroileostomie dle Wallace II, preventivní apendektomie, pánevní lymfadenektomie, prostatektomie. Urethra byla ponechána. Operace byla provedena z dolní střední laparotomie. Oba močovody byli zastentované a sešity do ploténky dle Wallace II. Do okolí byl zaveden drén. Moč byla odváděna pravou a levou nefrostomií (PNS a LNS), pravou a levou uretherální cévkou (PU+LU) někdy nazvanými i stenty. Rychlá histologie nezaznamenala změny na močovodech. Histologie z ostatních preparátů stanovila pT3a pNo Mx GIII. (Sagitální řez mužskou pánví – viz obrázek 2; operační vyšití urostomie viz obr. 6)

2.2.4 PRŮBEH HOSPITALIZACE

Seznam nejdůležitějších léků vypsanych v následujícím textu je uveden v tabulce na konci textu průběhu hospitalizace. Tabulka zahrnuje: název léku, jeho skupinu, indikaci, dávkování a nežádoucí účinky.

1. Den pobytu

Pacient byl přijat na oddělení v 16.30 hodin. Byl umístěn na volné lůžko. Seznámen s oddělením a obeznámen s řádem oddělení. Dále proběhlo sepsání ošetrovatelské anamnézy s následným vyhodnocením rizikosti pacienta (viz příloha 5). Na předloktí pacient obdržel barevný štítek se jménem, rokem narození a názvem oddělení. Následně byl poučen o plánovaných vyšetřeních na následující den a informován co se od něho očekává a vyžaduje. Své poučení pacient stvrdil podpisem (viz příloha 6). Po převlečení do pyžama mu byla zavedena periferní kanyla s následným odběrem krve na předoperační vyšetření a prostatické markery. Pacient od sestry obdržel Algifen kapky na úlevu při močení, protože si potíže při močení nijak nemírní. Svou chronickou medikaci a kapičky si ponechal, že si je bude aplikovat sám. Na postel obdržel láhev na močení, aby nemusel v noci chodit na WC. Byl informován, že noční služba se každého a každý den ptá, jestli nechce léky na bolest nebo na spaní. (Poučení sestrou: Dále byl poučen o sledování příjmu tekutin a výdeje moči (P+V tekutin), o signalizaci, kterou použije při potížích a bolesti. O nutnosti nahlásit den předem, kdyby mu docházela chronická medikace).

2. Den pobytu

Vizita na oddělení probíhala 3krát denně. Pacient od ošetřujícího lékaře obdržel informace pro konkrétní den a následující období. Byla snaha poskytnout pacientovi informace, na které očekával odpověď a poskytoval se mu prostor na kladení dotazů.

V tento den proběhlo rentgen S+P, natočilo se EKG (elektrokardiografie), byli změřené fyziologické hodnoty, aby pacient mohl být odeslán na interní předoperační vyšetření. (Z interního hlediska byl pacient schopen plánovaných výkonů v celkové anestézii po úpravě anémie se zvýšeným rizikem vzhledem k renální insuficienci a arteriální hypertenzi). Večer byly podané dvě erytrocytové masy, každá do objemu 300 ml. Následující den byl plánován výkon v celkové narkóze, proto pacient obdržel od sestry poučení před celkovou narkózou. (Tuhá strava jen do 16:00 hodin, tekutiny může pít do 24:00 hodin. Po půlnoci je zákaz kouření. Ráno si už chronickou medikaci sám nebere a podanou předepsanou perorální medikaci zapije malým douškem vody). Ještě večer se provedlo očistné klyzma. Před spaním pacient dostal Diazepam 10 mg tabletu a Fragmin 2500j subkutánně (s. c.) jako součást premedikace a trombembolické prevence.

3. Den pobytu - operační den: 0 (PPNS bilat.)

Ráno se pacientovi změřily fyziologické funkce, následně se vysprchoval a užil léky naordinované anesteziologem. Ošetřujícím lékařem byl informován o druhu zákroku a možných rizicích. Svůj souhlas s výkonem stvrdil podpisem (viz příloha 1). Nakonec si oblékl košilku na sál. Za pomoci sestry si navlékl elastické punčochy jako součást trombembolické prevence a odevzdal cennosti do trezoru. Po aplikaci premedikace půl hodiny před výkonem (Atropin a

Morfin) byl na lehátku převezen na sál. Po výkonu byl pacient převezen na jednotku intenzivní péče (JIP oddělení), kde zůstal až do následujícího dne.

4. Den pobytu - operační den: 1

V dopoledních hodinách byl pacient převezen z JIP oddělení. Následně byl poučen jak má zacházet s nefrostomiemi. Jakým způsobem si je připínat na košili, kolik toho má vypít a jakým způsobem se bránit vzniku infekce. Kontrola P+V tekutin probíhala nadále. Pacient neměl žádné dietní a pohybová omezení.

5. Den pobytu - operační den: 2

6. Den pobytu - operační den: 3

7. Den pobytu - operační den: 4

8. Den pobytu - operační den: 5

9. Den pobytu - operační den: 6

10. Den pobytu - operační den: 7

11. Den pobytu - operační den: 8

12. Den pobytu - operační den: 9

13. Den pobytu - operační den: 10

14. Den pobytu - operační den: 11

15. Den pobytu - operační den: 12

16. Den pobytu - operační den: 13

Následující dny pacient strávil sledováním laboratorních krevních testů. Jednalo se o kontrolu renálních funkcí, mineralogramu, krevního obrazu s následnou úpravou infuzemi a transfuzemi. Renální funkce se výrazně zlepšily, proto u pacienta mohlo proběhnout i CT plic a CT břicha a malé pánve s kontrastní látkou na upřesnění diagnózy (příprava nebyla náročná: (4 hodiny lačnění a hodinu před vyšetřením vypil 1 l tekutiny s 20 ml perorálního kontrastu Telebrix a užil Dithiaden 1 tabletu). Do druhého operačního výkonu se ještě jednou zkontrolovaly koagulační parametry, natočilo EKG, aby mohlo proběhnout další interní předoperační vyšetření s následnou anesteziologickou přípravou. Předoperační příprava se od předchozí nelišila, a tak pacient už bez potíží spolupracoval. Každý den se místa vpichu v okolí nefrostomií asepticky převazovali a kontroloval jich výdej.

17. Den pobytu - operační den: 14 / 0 (TUR – M biooptika)

Tento výkon spíše diagnostický než terapeutický probíhal v spinální anestezii (viz příloha 2). Pacient po výkonu opět umístěn na JIP oddělení, kde musel dodržovat 24 hodinový klid na lůžku. Pacientovi přibyl nový invazivní vstup. Permanentní močový katétr, který se ucpával krevními koaguly a byli nutné proplachy. Pacient se už k situaci začal stavět negativisticky a začínal být psychicky labilní.

18. Den pobytu - operační den: 15 / 1

Po 24 hodinách byl opět přeložen na standardní lůžkové oddělení, kde znovu začínal rehabilitovat mírnou chůzí. Byl poučen jak zacházet s katétre. Opětovně byly monitorovány a dokumentovány fyziologické funkce, výdej a příjem tekutin a opakovaně byly prováděny kontrolní náběry. Moč z vývodu se posílala na bakteriologické vyšetření.

19. Den pobytu - operační den: 16 / 2

20. Den pobytu - operační den: 17 / 3

V tento den byl pacientovi odstraněn permanentní katétr. Po vyndání se pacient rozhodl požádat o propustku domů (viz příloha 9). Po konzultaci s lékařem bylo jeho žádosti vyhověno. Byl znovu poučen jak pečovat o vývody. Od nutriční terapeutky obdržel poučení o bezezbytkové dietě (viz příloha 10), která se už musela zahájit před třetí plánovanou operací. Po podepsání propustky a informací k propustce pacient odešel za doprovodu manželky domů.

21. Den pobytu - operační den: 18 / 4

22. Den pobytu - operační den: 19 / 5

23. Den pobytu - operační den: 20 / 6

Po návratu z propustky znovu začala korekce jeho krevního obrazu dvěma transfuzemi (TRF). Opět byla podávána erytrocytová masa. V ten den byla započata příprava střeva dvěma litry Fortransu. Dieta už byla jenom tekutá. Pacient byl poučen o vyprazdňujícím účinku přípravku a vybízen k doplnění tekutin, které bude následně ztrácet.

24. Den pobytu - operační den: 21 / 7

Následující den vyprazdňování střeva pokračovalo další dávkou Fortransu. Dieta sestávala jenom z čaje, proto energetický příjem byl hrazen parenterálně. S pacientem znovu mluvil anesteziolog a operující lékař. Operující lékař znovu důkladně vysvětlil celý operační postup a spolu se stomickou sestrou a pacientem, zakreslili budoucí stomii, tak aby se nenacházela v kožním záhybu a aby si na něj pacient mohl bez potíží dosáhnout. Obvykle je to pravé mezogastrium. Před spaním ve 21:00 hodin se pacientovi subkutánně aplikoval Fragmin a perorálně (per os) podal Diazepam jako součást dlouhodobé premedikace.

25. Den pobytu - operační den: 22 / 8 / 0 (RCYE – Bricker)

V tak rozsáhlý výkon se pacientovi provedla epilace kůže na břichu až ráno, aby se po holení nezanítila kůže a nebyla zbytečným zdrojem infekce. Epilace proběhla od konce sternální kosti až do tříselné oblasti. Znovu sledoval obvyklý postup, který zahrnoval sprchu. Umístění cenností do trezoru. V rámci trombembolické prevence byly natažené elastické punčochy. Součástí krátkodobé premedikace bylo užití léku per os (Tenoretic z chronické medikace a Diazepam), infuze a podání profylaktických ATB (Unasyn a Klion intravenózně). Pacient znovu podepsal souhlas s výkonem (viz příloha 3 a 4). Aplikovala se mu premedikace (intramuskulárně jak u předchozího výkonu). Personál, který přicházel do styku s pacientem, se snažil o maximální empatický přístup a uklidnění. Pacient byl na sál přemístěn na lehátko za doprovodu sestry. Po výkonu jeho stav byl natolik stabilní, že nemusel být umístěn na anesteziologicko-resuscitační-oddělení (ARO) a tak se zotavoval na urologickém JIP oddělení.

Ve večerních hodinách nastal u pacienta febrilní stav. Nazogastrická sonda (NGS) neodváděla. Na tlumení bolesti mněl pacient zaveden kontinuální epidurální katétr (KEK), do kterého se přes injektor podávaly Fentanyl + Marcain. Byly podávány TRF, infuze. V intravenózní ATB léčbě se pokračovalo. K antipyretické terapii se z léku intravenózně podával Novalgin.

Výdej z nefrostomií a uretherálních cévek zodpovídal příjmu tekutin. Jich výdej a výdej z drénu se měřili každé 4 hodiny.

26. Den pobytu - operační den: 23 / 9 / 1

JIP: Dieta – čaj, parenterální výživa, ATB nadále (Unasyn přeordinován na Ceftax 1000), Fragmin nadále, byli doordínované léky (Quamatel, Degan), analgetika do KEKu pokračovaly. Rehabilitace spočívala jen v dechových cvičeních a cvičením končetinami vleže. Rehabilitaci a edukaci při rehabilitaci prováděl rehabilitační pracovník. Po jeho odchodu v téhle činnosti pokračovala sestra. Nabírala se hemokultura dle potřeby. Kontrola P+V tekutin probíhala nadále každé 4 hodiny, ráno a večer kontrolní odběry krve. Kontrolní odběry zahrnovali kontrolu renálních funkcí, jaterní testy, mineralogram, zánětlivé parametry, kalcium, glykémii, základní krevní obraz, koagulaci a acidobazické vyšetření. Pacientovi se obnovila peristaltika +.

27. Den pobytu - operační den: 24 / 10 / 2

JIP: Dieta – čaj a dvakrát Nutridrink, léky zůstaly bez změny jen se na doplnění parenterální výživy doordinoval Aminomix. Rehabilitace se rozšířila o posazení a postavení pacienta k lůžku. Rehabilitační pracovník vedl pacienta k správnému způsobu posazování, tak aby si pacient co nejméně zatěžoval ránu a nevyvolal zbytečné bolesti. NGS byla uzavřena. P+V tekutin byl vyrovnaný. Peristaltika +++.

28. Den pobytu - operační den: 25 / 11 / 3

JIP: Dieta – čaj, Nutridrink a bujon. K lékům byl doordínován (Calcium glukonicum), protože v laboratorních hodnotách bylo zaznamenáno jeho snížení. Anesteziologem byl zrušen KEK na tlumení bolestí. NGS byla také zrušena. Pacient byl znovu postaven k lůžku. Na stomii byla nalepená stomická destička (někdy nazývána i jako planžeta, podložka) se sběrným sáčkem. Kontrolní laboratoř byla nabírána denně. Dle záznamu u pacienta probíhal přiměřený stav.

29. Den pobytu - operační den: 26 / 12 / 4

JIP: Dieta – bujon a jogurt. Jedno z ATB bylo zrušeno (Klion). Rehabilitace mírná chůze u lůžka. Drén z operační rány odváděl se stejnou sekrecí. Biochemická laboratoř potvrdila, že u vzorku z drénu se nejedná o moč, a tak se punkční nefrostomie mohly na následující den uzavřít.

30. Den pobytu - operační den: 27 / 13 / 5

JIP: Dieta – tekutá. Z medikace byly zrušeny (Degan, Calcium glukonicum, Aminomix). Punkční nefrostomie byly uzavřené, a tak byl doordínován proplach uretherálních cévek 2 x denně. Rehabilitací už byla chůze. V takovém stavu už pacient mohl být přeložen zpátky na standardní oddělení, a tak byl znovu přeložen na oddělení, kde ordinace zůstali nezměněné. Morfin jako silnější opiát na tlumení bolesti byl vysazen.

31. Den pobytu - operační den: 28 / 14 / 6

Na oddělení byla pacientovi pozměněná dieta tekutá na dietu kašovitou. Jednak proto, že už pacient mňel stolici, ale i z důvodu pálení žáhy. Ráno při vizitě mu byl odstraněn centrální žilní katétr (CŽK) a drén z operační rány. Konec

z CŽK byl zaslán na bakteriologické vyšetření. Byla zavedena periferní kanyla. U pacienta pokračovala intravenózní antibiotická léčba (Ceftax 1000) a pokračovali infuze dle potřeby k hydrataci. Byly doordinovány (Anacid na pálení žáhy, Novalgin na bolest a znovu Morfin pouze na noc). U pacienta přes den byla provedena výměna stomické deštičky se sběrným sáčkem, postupná edukace stomika a byl veden k samoobsluze se stomii. Kontrola fyziologických funkcí 2krát denně, proplachy uretherálních cévek 2krát denně a kontrola P+V tekutin probíhali do konce hospitalizace. V ten den pacient získal informace od lékaře z andrologické poradny a jeho manželka se účastnila výměny pomůcek u stomatu.

32. Den pobytu - operační den: 29 / 15 / 7

Dieta kašovitá byla pozměněná na šetřící. Infuze dle potřeby pokračovaly. Novou událostí bylo nalepení malého drenážního stomického sáčku v místě po drénu, které neustále sáкло a suché krytí dle potřeby postrádalo svůj význam. Pro pacienta to nebyla pozitivní změna, ale po ubezpečení, že se jedná o přechodnou událost se pacient smířil se situací. Stomická sestra se pacientovi věnovala v odpoledních hodinách. S pacientem vedla dlouhý dialog s následnou edukací. Pacient obdržel ConvaTec stomickou taštičku, kde se nacházelo vše potřebné k ošetření stomie.

33. Den pobytu - operační den: 30 / 16 / 8

V ten den byla zrušená veškerá intravenózní léčba a tak se odstranila i periferní kanyla. Z hlediska sestry to byla banální záležitost, ale pacienta to rozhodně potěšilo. Venózní ATB se pozměnili na perorální (Cotrimoxazol forte). Sekrece z drénu ustávala a urostomie se dvěma uretherálními cévkami odváděla moč normálního charakteru. Pacient nejevil známky bolesti a chodil bez potíží.

34. Den pobytu - operační den: 31 / 17 / 9

V ten den byl odstraněn malý drenážní sáček po drénu a na krytí vystačily jen sterilní gázové čtverečky. Pacient si už sám vyměnil stomickou destičku za pomoci dalších stomických doplňků ze své obdržené taštičky. Malé pomoci bylo nutné jen u přidržení uretherálních cévek do doby, než si nenalepil destičku. Zvládnutí této situace ho výrazně posilnilo a tak znovu požádal o propustku. Ošetřující lékař neměl námitek. Dohoda byla, že se vrátí za tři dni na vyndání stehů z operační rány, která se hojila per primam. Vybaven potřebnými pomůckami a s poučením co propustka obnáší, pacient odešel za doprovodu manželky. Jeho rozhodnutí pro propustku umocnila situace, že nastával čas Vánoc.

35. Den pobytu - operační den: 32 / 18 / 10

36. Den pobytu - operační den: 33 / 19 / 11

37. Den pobytu - operační den: 34 / 20 / 12

38. Den pobytu - operační den: 35 / 21 / 13

V poslední den hospitalizace byly z operační rány odstraněny stehy. Pacient obdržel propouštěcí lékařskou zprávu, která obsahovala kontrolní termín na urologické ambulanci (odstranění uretherálních cévek a kontrolní USG ledvin, s odstupem nefrostomogram a odstranění nefrotomií, další onkologický postup

dle závěru onko – teamu). Obdržel recept na ATB, v kterých musel pokračovat a recept na jeho předchozí chronickou medikaci. Další průběh léčby byl usměrňován z urologické ambulance. Pacient odcházel soběstačný v uspokojivém pooperačním stavu vybaven ConvaTec stomickými pomůckami na tři měsíce. Hodně se těšil na Vánoce.

2.2.5 SEZNAM NEJDŮLEŽITĚJŠÍCH LÉČIV

Název léku	Skupina	Indikace	Dávkování	Nežádoucí účinky
Algifen Neo	Analgetikum Spazmolytikum	Křečovitě bolesti močových cest	16 kapek 4 x denně	Reakce z přecitli- vosti, poruchy krvetvorby
Aminomix	Roztok aminokyselin, glukózy, elektrolytů	Pokrytí denní potřeby dusíku, energie, elektrolytu, tekutin	1500 ml infuzního (inf.) roztoku na 24 hodin do CŽK	Při předávko- vání hyper- glykémie, hyper- hydratace, hyper- osmolarita
Anacid	Antacida	Pálení žáhy, nadýmání	4 - 6krát denně sáček 1 až 3 hodiny po jídle	Při dlouhodobé léčbě: omezené vstřebávání ze střeva, měknutí kostí
Atropin	Parasympatiko- lytikum	Premedikace: působí spazmo- lyticky na hladké svalstvo; snižuje sekreci žláz	Půl hodiny před výkonem 0,5 mg intra- muskulárně (i. m.)	Mydriáza (kontra- indikace u glaukomu); retence moče, porucha akomodace, ve vyšších dávkách (hyper- termie, halucinace)

Ceftax 1000	ATB	Předoperační profylaxe proti gram-negativním a gram-positivním mikro-organismům	1000 mg i. v. ā 8 hodin	Kožní vyrážka, průjem
Cotrimoxazol forte	Chemoterapeutikum	Infekce ledvin a močových cest a jejich dlouhodobá ochrana před návratem	1 tableta ā 12 hodin	Nechutenství, nevolnost, zvracení, průjemy, křeče v břiše
Degan	Antiemetikum Prokinetikum	Prevence pooperační nauzey, zvracení	3krát 1 ampule ā 8 hodin i. v.	Únava, ospalost, neklid
Diazepam	Anxiolytikum	Při úzkosti, svalovém napětí a v rámci předoperační přípravy	Na noc 1 tbl. 8 hodin před probuzením	Spavost, únava, porucha koordinace pohybů; snížení pohlavní žádostivosti - lehká závislost
Efloran	Antiinfektivum	Účinkuje i trichomonacidně a lamblicidně	3krát ā 8 hodin 500 mg i. v.	Neurologické, zřídka pankreatitída
Fentanyl	Opioid	Analgetická léčba	Do KEKu: 4 ml Fentanylu s 16 ml fyziologického roztoku s 20 ml Marcainu ; 3-5 ml za hodinu injektorem	Respirační deprese, vertigo, nauzea, bradykardie - svalová rigidita, mióza; lehká závislost
Fortrans	Osmotické laxativum	Vyprázdnění střeva před chirurgickým výkonem	1 sáček na litr vody; pije se 4 litru	Pocit rozpětí střev

Fragmin	Antikoagulans	Tromboembolická prevence	2 500 j s. c. před operací a následně do obnovení pohyblivosti	Epidurální hematom u epidurálních katétrů pro aplikaci analgetik; riziko krvácení
Marcaïn	Anestetikum	Anestézie; potlačení bolesti místní nebo regionální blokáda nervů	Viz Fentanyl	Akutní arteriální hypotenze
Morfin	Analgetikum Anodynum	Premedikace před anestézií; pooperační a nádorové bolesti	10 mg půl hodiny před operací i. m. - nebo ā 8; 12 hodin na bolest	Nevolnost, zvracení, zácpa, útlum dechu, ospalost, zmatenost, bušení na srdci, snížení tělesné teploty; závislost
Novalgin	Analgetikum Antipyretikum	Silné akutní nebo chronické bolesti, spazmy hladkého svalstva; ke snížení horečky, která nereflktuje na jinou léčbu	1 ampule i. v. maximálně ā 6 hodin	Anafylakticko / anafylaktoidní reakce; hypotenzní reakce
Quamatel	Antiulcerózum Antacidum	Prevence stresového vředu na žaludku	1 ampule ā 12 hodin i. v.	Nevyskytují se často
Tenoretic	Anti-hypertenzivum	hypertenze	1 tableta denně ráno	Raynaudův syndrom, svalová únava

Unasyn	ATB	Perioperačně ke snížení výskytu pooperačních raných infekcí a tam, kde je nebezpečí kontaminace peritonea	1,5 g ā 12 hodin i. v.	Flebitida, nauzea, bilirubinémie, kožní reakce
---------------	-----	---	------------------------	--

3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

V ošetřovatelské části je popisována ošetřovatelská péče o nemocného, která je poskytována metodou ošetřovatelského procesu. Hodnocení získaných informací vychází z modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové.

V ošetřovatelské části vzhledem k účelu a rozsahu práce se zabýváme podrobně anamnézou, stanovením ošetřovatelských diagnóz, plánováním, realizací a hodnocením ošetřovatelské péče v podstatě až u konce pacientovy hospitalizace, jelikož má práce je zaměřená na třetí operační výkon.

3.1 TEORIE

3.1.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Charakterizuje moderní vstřícnou, aktivní a kvalitní ošetřovatelskou péči. Je to způsob profesionálního uvažování sestry o nemocném, především o jeho individuální problematice. Tento proces vychází:

- z vyhledávání biologických, psychických, spirituálních a sociálních potřeb člověka, které jsou narušeny jeho nemocí nebo vzniknou v průběhu nemoci
- ze schopnosti adaptace nemocného na změněné životní podmínky
- ze schopnosti člověka být soběstačný
- ze schopnosti zajistit určité aktivity denního života

Ošetřovatelský proces je systém otevřený, dynamický a přizpůsobivý. Individualizuje přístup k potřebám každého pacienta, přizpůsobuje se osobním potřebám pacienta, rodiny, společnosti. Je plánovitý, cílený. Jeho kroky jsou ve vzájemném vztahu. Nemá nikdy absolutní začátek nebo konec. Je interpersonální, vyžaduje přímou a důslednou komunikaci s pacientem s cílem uspokojení jeho potřeb. Zdůrazňuje zpětnou vazbu, která vede k opětovnému posuzování nebo revizi plánu péče. Ošetřovatelský proces je obecně použitelný jako rámec ošetřovatelské péče ve všech typech zdravotní péče, s pacienty všech věkových skupin. Ošetřovatelský proces má 5 fází, které na sebe navazují a často se i prolínají.

FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU:

1. Zhodnocení nemocného

Zjišťování informací pozorováním, rozhovorem, měřením, testováním, vyhledáváním v pacientových záznamech. Cenné informace poskytuje nejen nemocný, ale i jeho rodina a zdravotnický personál. Sebrané informace jsou důležité pro okamžité zahájení péče a pro vytipování nejdůležitějších ošetřovatelských problémů a stanovení plánu individualizované aktivní péče.

2. Stanovení ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské problémy stanovené sestrou, problémy pociťované nemocným, verbalizace současných i potenciálních problémů nemocného, stanovení pořadí priorit, ve spolupráci s nemocným.

3. Plánování ošetřovatelské péče

Určení priorit problému, stanovení ošetřovatelské péče, určení kritérií pro měření efektu. Určují se krátkodobé a dlouhodobé cíle. Vlastní plán péče

obsahuje návrh vhodných intervencí k dosažení stanovených cílů. Nutné je konzultovat s nemocným a rodinou.

4. Realizace ošetrovatelského plánu

Ošetrovatelské zásahy, členové týmu plní své úkoly k zajištění pohody a prospěchu nemocného. Aktivní individuální přístup k nemocnému, získávání dalších poznatků a operativní modifikace další ošetrovatelské péče. Péče se poskytuje na základě dostupných vědeckých poznatků, standardů. Ordinacím u pacienta se musí rozumět, při jakékoli nejasnosti konzultovat. Péče se individualizuje dle uznávaných hodnot osoby, věku, zdravotního stavu, prostředí. Péče musí být bezpečná, vzdělávající, podporující, utěšující. Uplatňovaná přes holistický přístup. Respektuje důstojnost a vede k aktivní účasti na péči.

5. Zhodnocení efektu poskytnuté ošetrovatelské péče

Objektivní zhodnocení fyzického i psychického stavu nemocného. Změření účinku plánu péče a jeho realizace. Analýza fází procesu.

Každá fáze je sice samostatná, ale přístup k ošetrovatelské péči musí být uplatněn jako celek, každý krok je závislý na ostatních. Všechny kroky ošetrovatelského procesu se navzájem ovlivňují, úzce spolu souvisejí. (3)

3.1.2 MODEL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE MARJORY GORDONOVÉ

K zpracování této případové studie jsem si vybrala model funkčních vzorců zdraví, který vychází z ošetrovatelských modelů a teorií různých autorek. Na pacienta pohlíží ze všech směrů.

Zakladatelkou vybraného modelu je Marjory Gordonová, která získala bakalářský a později magisterský diplom na jedné z vyhlášených univerzit v New Yorku. Identifikovala 12 okruhů vzorců chování, které publikovala. Do roku 2004 byla prezidentkou North American Nursing Diagnostik Association (NANDA). Dodnes se věnuje výzkumu v oblasti ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče.

Slavomíra Pavlíková ve své publikaci uvádí: „Odborníci tento model označují jako nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filozofie. Tento model splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetrovatelské hodnocení zdravotního stavu pacienta, v jakémkoliv systému zdravotní péče“.

Cílem ošetrovatelství v tomto modelu je: zdraví, zodpovědnost jedince za své zdraví, rovnováha bio- psycho-sociálních interakcí. Role sestry spočívá v systematickém získávání informací v jednotlivých oblastech vzorců zdraví. Při kontaktu s pacientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. (9)

VZORCE

Vzorci jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetřovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě.

Základní strukturu modelu tvoří 12 oblastí, označených autorkou jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční, nebo dysfunkční.

DVANÁCT VZORCŮ ZDRAVÍ M. GORDON OBSAHUJE:

- 1) Vnímaní zdraví – udržování zdraví
- 2) Výživa – metabolismus
- 3) Vylučování
- 4) Aktivita – cvičení
- 5) Spánek – odpočinek
- 6) Citlivost (vnímání) – poznávání
- 7) Sebepojetí – sebeúcta
- 8) Role – vztahy
- 9) Reprodukce – sexualita
- 10) Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance
- 11) Víra – životní hodnoty
- 12) Jiné (9)

3.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ

Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení nemocného jsou zaznamenány v den přijetí a ve třicátý den hospitalizace, který byl zároveň i pátým pooperačním dnem mnou rozebírajícím tématem (překlad z JIP oddělení). Odhaluje život pacienta před výkonem a stav pacienta po třetí operaci.

1) VNÍMANÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ:

Jelikož pacientovi byla sdělena základní diagnóza v průběhu hospitalizace, neměl dostatek času s adaptací na novou situaci. Byl ve fázi popírání závažnosti onemocnění a možných následků. Jako příčinu svých těžkostí, považoval nelehké podmínky svého zaměstnání. Zpočátku svým potížím nevěnoval pozornost a až na naléhání své manželky při jejich odhalení se dostavil k lékaři. Teď si přeje, aby prodělaný zákrok zachytil celý nádor a on mohl vést uspokojivý rodinný život. Sděluje roztrpčení ze svého zevnějšku a funkce těla: „ množství hadiček a nemožnost močit jako chlap “. Není rád, když mu personál: „ šahá “ na stomii a ověřuje si změny.

2) VÝŽIVA A METABOLIZMUS:

Pacient se v práci stravoval sám. Byly to převážně masové pokrmy, něco rychlého a sytého. Pil do 800 ml tekutin denně. Poslední 3 měsíce před hospitalizací se cítil unavený a hubnul i přes nezměněnou chuť k jídlu. Pacientova kůže byla a zůstala normálního habitu s přiměřeným množstvím tuku. Teď je pacientova váha 73 kg. Jeho ztráta hmotnosti od přijetí je 5 kilogramů. U zavedených periferních kanyl do zavedení CŽK v den cystektomie a derivaci moči dle Brickera, se už na třetí den projevovaly

známky flebitidy a byly nutné přepychy. Schopnost hojení pooperační rány je dobrá. Operační rána se hojí per primam. Stav chrupu je výborný, avšak na polštáři zůstává hodně vlasů. Pacient odmítá pít čaj z oddělení, že ho po něm pálí žába.

3) VYLUČOVÁNÍ:

Vyprazdňování stolice udával bez potíží s frekvencí obden normální konzistence. Při močení udával potíže. Před operací viděl v moči krev. V noci vstával močit i dvakrát s tenezmamy a při malých porcích. U zmíněné polakisurie, dysurie a nykturie trpěl i na retardovaný začátek mikce. Přes den se mu potíže zdály mírnější. Na pocení a oděr netrpěl. Teď pacient močí přes uretherální cévky koncentrovanou moč v množství 1300 ml i přes to, že venózně přijímá 1500 ml a vypije 1200 ml tekutin za 24 hodin. Drén za 24 hodin odvedl 26 ml. Stolicí od poslední operace už měl, ale hodně řídké konzistence. Vnímá, že se více potí.

4) AKTIVITA A CVIČENÍ:

Pacientovi se už 4. den po operaci (hospitalizace na JIP), vrátilo vnímání životní síly a energie. V 5. pooperační den na standardním oddělení nebyl ochotný čekat na rehabilitačního pracovníka a sám vstával bez pomoci. Při chůzi odmítl pomoc. Cítil být se plně soběstačný. Dožadoval se názorné ukázkou výměny stomické planžety s jeho aktivní účastí. Na stolku měl hodně časopisů, které aktivně listoval, no na četbu se příliš nesoustředil. Jeho chování se stávalo chvílemi útočné a v jeho tváři a pohybech byla zvýšená tenze.

5) SPÁNEK, ODPOČINEK:

Nemocniční spánek vnímal jako nedostatečný pro získání energie do dalšího dne. Měl potíže při usínání. Razantně odmítal hypnotika. Nechtěl si zvykat na další léky. Spánek se snažil navodit čtením časopisů. Noční směna hlásila, že při kontrole pacientů a sběrných systémů byl vzhůru.

6) VNÍMANÍ, POZNÁVÁNÍ:

Pacient se zrakem a sluchem nemá potíže. Mentální stav a úroveň vědomí je přiměřená věku. Pacient je velice pozorný a všímavý. Klade hodně dotazů ohledně pooperační péče a dalších postupů i přes náležitá poučení a zodpovězení na jeho dotazy jak v oblasti medicínské i ošetrovatelské. Na dotazy jestli nechce něco na bolest, nechápavě odpovídá, proč se ho opakovaně dotazujeme, když žádnou bolest nepocítuje. Na škále bolesti od 1 po 10 zakreslil číslo 2. Je značně ostražitý a soustředěný na sebe sama.

7) SEBEKONCEPCE, SEBEÚCTA:

Pacient se hodně spoléhá sám na sebe. Současnou situaci bere jako zásadní krok pro změnu dosavadního života. Uvědomuje si omezení pracovní činnosti a změnu tělesného vzhledu. Snaží se k této situaci postavit racionálně a s chladnou hlavou. Pacient viditelně prožívá negativní pocity vzteku a strachu, které ho následně opouštějí po návštěvě manželky. No po téhle návštěvě se vyhýba očnímu kontaktu.

8) PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY:

Pacient bydlí s manželkou a je hlavním živitelem rodiny. Má hodně přátel a známých. Věří, že mu pomůžou najít přiměřené zaměstnání při novém, částečném invalidním důchodu, který ho čeká. Cítí se být součástí svého okolí a ví, že neupadne do izolace v místě svého bydliště.

9) SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST:

Pacient vedl uspokojivý sexuální život se svou manželkou. Už před operací byl upozorněn na možné sexuální dysfunkce. Pacient z této nové možnosti prožívá velké obavy a neví, co bude dělat, když se to potvrdí.

10) STRES, ZÁŤEŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE:

Pacient si své problémy chtěl řešit více méně sám. Vždy spoléhá na svůj úsudek. Svou manželku udává jako osobu, která mu nejvíce pomůže při řešení životných problémů.

11) VÍRA, PŘESVĚDČNÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY:

Životním cílem pacienta je pochopit smysl své existence. Touží vést hodnotný partnerský život a pomáhat druhým ve svém oboru tolik, kolik toho ještě zvládne. Věří v Boha, ale náboženské služby během hospitalizace nevyhledával. Duchovní pomoc, kterou naše oddělení také poskytuje, odmítl.

Fyziologické funkce v 5. pooperační den v 06:30 hodin: TK: 130/95 mm Hg
P: 80 za min.
TT: 37,3 °C
Dech: 22 za min.

3.3 KRÁTKODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetřovatelské diagnózy u krátkodobého plánu péče byly sestaveny na základě provedené anamnézy z pátého pooperačního dne po provedené Brickerově derivaci. Ten den byl pacient znovu přeložen z jednotky intenzivní péče na standardní lůžkové oddělení. Pacient byl přeložen v 14.00 hodin. Tento den se standardní oddělení řídilo lékařskými ordinacemi a sesterskými intervencemi z JIP oddělení, které rozhodně nepostačovaly. Nové podmínky na oddělení představovaly nové možnosti a nové rizika pro pacienta. Pacient byl tak uveden do situace, která ho vybízela prožívat nové zkušenosti. Situace stanovila u pacienta nové potřeby, obavy a jeho nové očekávání. Bylo nutné stanovit nové strategie hned na začátku překlady pacienta a nepřehlédnout nové signály ze strany pacienta, které se projevovaly verbálně, ale i nonverbálně.

Realizace a hodnocení potřeb pacienta ke stanoveným diagnózám a cílům probíhá v 6. pooperační den na standardním lůžkovém oddělení. V příloze číslo (7) je zaznamenána realizace ošetřovatelského plánu od 06:00 do 18:00 rozepsaná po hodině. Je vedena zdravotní sestrou ve 12 hodinové denní službě. Cílem přílohy je poskytnout realistický pohled na probíhající realizaci ošetřovatelského plánu v podmínkách, kde jedna sestra má na starosti

14 pacientů. Kdy přijímá nové pacienty a propouští pacienty s ukončenou hospitalizací. Přijímá pacienty z JIP oddělení a musí zvládnout i pacienty po operačním zákroku, kteří z nedostatku lůžek nebyli umístěni na JIP oddělení... V příloze číslo (8) je záznam ošetřovatelské dokumentace z hodnotícího dne.

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY, CÍLE, INTERVENCE, REALIZACE A HODNOCENÍ:

Diagnóza:

1. Akutní bolest z důvodu operační incize a drénu.

Cíl:

Zmírnění bolesti projevené stabilizací TK, P, dechu; svalovým uvolněním a sníženou ostražitostí.

Intervence:

- Sleduj neverbální projevy pacienta
- Informuj lékaře o riziku popírání bolesti
- Kontroluj fyziologické funkce nemocného
- Analgetika podávej dle ordinace lékaře
- Sleduj účinek léku ale i nežádoucích účinků
- Hodnoť intenzitu bolesti na škále vyjádření pocitů bolesti
- Pobízej pacienta k vyjádření pocitů souvisejících s bolestí
- Seznam nemocného se zákroky, kterým se má podrobit, a včas ho upozorňuj na bolestivé okamžiky
- Pozitivně posiluj pacienta v průběhu bolestivých procedur
- Akceptuj pacientovo líčení bolesti
- Všímej si jeho postoje k bolesti
- Zdůrazni nutnost přiměřeného oddechu s vyloučením nadměrné únavy z přepětí
- Dle vhodnosti použij haptický kontakt

Realizace:

Den před realizací plánu pacient na dotazování jestli má bolesti, razantně odpovídal – ne. Na vizuální škále bolesti zakreslil obrázek, který zodpovídal stupni 2 z 10. Analgetika odmítal. Byl ostražitý. V tváři a pohybech byla značná tenze. Kontinuální epidurální katétr mu byl odstraněn už před dvěma dny. Morfin jako silnější opiát byl zrušen minulý den. Ranní fyziologické funkce hodnotícího dne zaznamenaly:

06:00 TT: 37,4 °C

08:00 TK: 135/100 mmHg

08:00 P: 82 za minutu

08:00 Dech: 22 za minutu (dále min.)

Ráno u vizity dle ordinace lékaře byl pacientovi odstraněn drén, který byl založen vedle operační rány. Před výkonem byl pacient upozorněn na možnost mírných bolestivých pocitů při jeho extrakci. Odstraňování předcházejícího krytí se provádělo šetrným způsobem. Operační rána a místo po drénu se krylo tak, aby pacient nepocíťoval zbytečné pnutí

z náplasti a tak aby množství sterilní gázy zodpovídalo sekreci. Náplast se lepila na depilovanou kůži. Pacient byl znova poučen o správném způsobu posazování a vstávání, tak aby zbytečně nezatěžoval operační ránu.

V soukromí sestra a lékař, byl lékař upozorněn na pravděpodobné popírání bolesti z výše popsaných příznaků. Lékař pacientovi naordinoval Novalgin 1 ampuli i. v. pravidelně po 8 hodinách a na noc Morfin 10 mg i. m. jednu hodinu před usnutím. Novalgin byl podán ve fyziologickém roztoku 500 ml i. v. v 08.00 a v 16:00 hodin. Morfin byl pacientovi podán v 21.00 hodin. Pacientovi při aplikaci medikace bylo vysvětleno, že léčivo v infuzi nepřináší úlevu jen od bolesti. Jeho význam je i relaxační na svaly. Pomůže se pacientovi uvolnit a navrátit fyziologické funkce k normálním hodnotám. Pacient byl vyzván, aby hlásil nové nepříjemné pocity. Přes den byl dotazován, jestli se cítí lépe a sledovaly se jeho neverbální projevy. Pacientovi bylo doporučeno si dostatečně odpočinout, aby se zabránilo přepínání vlastních sil. Po ukončení druhé infuze byla pacientovi, znovu na jeho vlastní posouzení bolesti, předložena vizuální hodnotící škála. Na ni už tentokrát pacient zakreslil stupeň 1. Větší radost ke spokojenosti sestry i pacienta přinesly popolední fyziologické hodnoty:

16:00 TT: 37,2 °C

17:00 TK: 135/90 mm Hg

17:00 P: 76 za min.

17:00 Dech: 18 za min.

Sestra při večerním měření pulzu na arterii radialis u pacienta, nezaznamenala zvýšenou tenzi ve svalech. Pacientovo držení ruky po dobu měření hodnoty bylo uvolněné a navíc pacient příjemně komunikoval.

Hodnocení:

Pacient je vizuálně méně ostražitý a cítí uvolnění ve svalech. Večerní hodnoty fyziologických funkcí klesly do normálních hodnot. Pacient přes vizuální škálu bolesti poukázal na ústup bolesti.

Diagnóza:

2. Porušené polykání z důvodu pálení žáhy.

Cíl:

Pacient do 18:00 hodin pocítí úlevu od pálení žáhy.

Intervence:

- Odstraň příčinu přispívající k poruše
- Kontaktuj nutričního terapeuta
- Informuj lékaře
- Podávej léky dle ordinace lékaře
- Informuj o antirefluxní poloze
- Zajisti zvýšenou péči o dutinu ústní
- Sleduj příjem a výdej tekutin
- Sleduj dodržování diety ze strany pacienta

Realizace:

Pacient po přeložení z JIP oddělení si ztěžoval na pálení žáhy. Jako příčinu svých těžkostí označil nemocniční čaj, který se mu podával. Zvýšený příjem tekutin u pacienta po zásahu na močových cestách je důležitou součástí léčby. Proto snaha o jeho zlepšené polykání se stala součástí dne. Měřené bilance P+V tekutin za 24 hodin z předchozího dne ukončené v 06:00 hodin ukazovaly snížený příjem a následně i snížený výdej tekutin:

06:00 P+V / 24 hodin:

i. v. / 24 hodin – 1500 ml

per os / 24 hodin – 1200 ml

urostomie / 24 hodin – 1300 ml

drén / 24 hodin – 26 ml

Místo čaje byly pacientovi doneseny mírně perlivé stolní vody z automatu na oddělení. U ranní vizity byl ošetřující lékař upozorněn na dyspeptické potíže a s tím související snížený příjem tekutin. Lékař naordinoval 3 x 1 sáček Anacidu mezi jídly. V případě pokračujícího nedostatku tekutin naordinoval zavodňující infuze dle potřeby. Dieta tekutá byla pozměněna na dietu kašovitou. Dietní sestra při objednávání stravy byla upozorněna na změnu diety. Dále byla upozorněna na pálení žáhy pacienta a na nutnost osobní konzultace s pacientem a zajištění vhodných nápojů a potravin. Perorální chronická medikace u pacienta se podala po snídani a ne na lačno jak to bylo v předchozí den. Pacient po každém jídle byl poučen, že se má posadit s hlavou mírně nakloněnou kupředu, a tak v podepření horní části těla je dobré zůstat 30 minut. Po každém jídle by si měl vyčistit dutinu ústní. Anacid sáček mu byl podán mezi jídly. Obsah sáčku už nesměl zapíjet. Anacid byl konkrétně podán v 9 – 14 – 19 hodin. Zavodňující infuze 1000 ml byly podány spolu s Novalginem, tak jak to bylo popsáno u předchozí diagnózy. Manželka při návštěvě pacienta byla požádána, jestli by manželovi nemohla donést Actimely, minerální vody například Magnezii s příchutí, vhodné na zažívací potíže. Večerní měření příjmu a výdeje tekutin zaznamenalo zvýšený příjem a výdej:

18:00 P+V / 12 hodin:

i. v. / 12 hodin - 1000

per os / 12 hodin – 1800 ml

urostomie / 12 hodin – 1900 ml

drén / 12 hodin – převazy dle potřeby

Hodnocení:

Pacient po večerním jídle nepocítuje pálení žáhy. Večerní měření příjmu a výdeje tekutin v porovnání s předchozím dnem zaznamenalo perorální zvýšení příjmu tekutin:

06:00 P+V / 24 hodin:

i. v. / 24 hodin – 1500 ml

per os / 24 hodin – 1200 ml

urostomie / 24 hodin – 1300 ml

18:00 P+V / 12 hodin:

i. v. / 12 hodin – 1000 ml

per os / 12 hodin – 1800 ml

urostomie / 12 hodin – 1900 ml

Diagnóza:

3. Porušený spánek z důvodu odloučení od blízké osoby, přemítáním nad budoucností a rušivých faktorů nemocničního prostředí.

Cíl:

Pacient spí 6 hodin kvalitním spánkem.

Intervence:

- Posud' příčinu a přispívající faktory
- Vyslechni pacienta a podpoř k verbalizaci problému
- Zabezpeč psychickou pohodu a uvolnění
- Umožni kontakt s rodinou
- Podávej léky na bolest
- Nabídní sedativa dle ordinace lékaře
- Zabraň insomnií a podporuj spánkové návyky
- Vytvoř prostředí pro odpočinek a spánek
- Odstraň ovlivnitelné rušivé faktory
- Nabídní duchovní pomoc poskytovanou nemocnicí

Realizace:

Pacient nemocniční spánek vnímal jako nedostatečný pro získání energie do dalšího dne. Měl potíže při usínání. V předchozí den razantně odmítal hypnotika, aby si nezvykal na další léky. Spánek se snažil navodit čtením časopisů. Noční směna hlásila, že při kontrole pacientů a sběrných systémů byl vzhůru.

Pacientovi bylo doporučeno nespávat pozdě odpoledne. Na radu reagoval. Po obědě pacient spal 40 minut, následně se už vyhýbal usnutí. Pacientovi přes den byla opakovaně poskytnuta příležitost na vyslechnutí jeho obav a otázek. Byla snaha o verbalizaci všeho co ho tíží, aby se vyznal ve svých pocitech a svým sdělením snížil prožívané napětí. Následně byl realisticky podporován a povzbuzován k plánům, které chtěl ve svém životě dosáhnout. Duchovní pomoc poskytovanou nemocnicí znovu odmítl. Doba návštěvy manželky nebyla omezována. Vzhledem k rušivému nemocničnímu prostředí byla manželka požádána, zda by manželovi nedonesla voskové chrániče proti hluku na noc do uší. Na noc jednu hodinu před spaním byl pacientovi podán Morfin 10 mg i. m. a nabídnut prášek na spaní. Pacient se obával vzniku lékové závislosti u prášku na spaní. Bylo mu vysvětleno, že sice na lék může vzniknout závislost, ale jen lehká a to při dlouhodobém užívání. V jeho případě žádná závislost nehrozí. Po vysvětlení ochotně užil Diazepam 10 mg tabletu. Před spaním pacient provedl večerní hygienu. Jeho lůžko bylo přestláno do čistého prádla. Na noc dostal čistou nemocniční košili. Pokoj byl vyvětrán a spolupacienti na pokoji upozorněni na dodržování nočního klidu. Noční služba obcházela pokoje v co v největší tichosti. Vylévání moče ze sběrných systémů prováděla co s největším ohledem.

Hodnocení:

Pacient spal 6 hodin bez probuzení.

Diagnóza:

4. Deficit znalostí v obsluze stomatu.

Cíl:

Pacient se účastní výměny stomické pomůcky.

Intervence:

- Informuj nemocného jakým způsobem bude získávat znalosti
- Zjistí dosavadní znalosti pacienta v této oblasti
- Posuď pacientovu schopnost k učení a manuální dovednost
- Uč pacienta postupně samoobsluze a veď ho k samostatnosti
- Podávej požadované a potřebné informace
- Zabezpeč soukromí – respektuj stud pacienta
- Zhodnot' stomii
- Pečuj o vývod a kůži stomie
- Nešetři pochvalou a povzbuzením
- Motivuj nemocného
- Aktivně zapoj rodinu

Realizace:

Výměna stomické deštičky od operace se u pacienta prováděla jen jednou. V té době byl pacient na JIP oddělení a výměna proběhla bez aktivní účasti pacienta. Na lůžkovém oddělení se pacient dožadoval konkrétních informací v oblasti péče o stomii. Nebyl rád, když si personál ověřoval stav stomie. Opakovaně se dožadoval názorné ukázky péči o stomii.

Pacient byl ubezpečen, že do konce denní pracovní směny proběhne výměna stomické pomůcky tak, aby pochopil smysl, fungování a získal tak představu co ošetřování stomie obnáší. Sám ubezpečoval personál, že je dostatečně schopný „nalepit si něco na břicho, když ve své profesi lepil něco každý den“. Výměna stoma systému proběhla po 16:00 hodině, aby se výměny účastnila i pacientova manželka. Samozřejmě po předchozí domluvě s pacientem a svolením obou manželů. Výměna probíhala za jejich přímé účasti. Vše se provádělo mimo pokoj s pacienty, tak aby byla zachována intimita pacienta. Každý jeden manévr a každá jedna použitá pomůcka byly komentovány. Následné dotazy od pacienta byly k jeho spokojenosti zodpovězeny. Spolu se sestrou se posoudil stav stomie a jejího okolí. Pacient byl ubezpečen na normální stav stomie a sám viděl, že kůže v okolí je v původním stavu jak před operací a jeho tělo neodpovídá odmítavou reakcí. Jediná věc, která pacienta nepříjemně vyděsila, bylo množství hlenu, které se normálně tvoří po vyšití střeva. Pacientovi bylo následně vysvětleno, že jde o normální funkci střeva, která bude časem odeznívat. Byl pochválen, že je jeden z mála, který se hned pokouší o samostatnost a není třeba ho do této činnosti nutit. Následně si sestra u pacienta ověřila, zda její instruktáž k výměně pomůcek a technice provedení byla dostatečná a srozumitelná. Pacient správně zopakoval vysvětlení a chápal nutnost jednotlivých kroků u přelepení stomických pomůcek.

Hodnocení:

Pacient se aktivně účastnil výměny stomické pomůcky. Zároveň se utvrdil ve vědomí, že bude plně soběstačný v starostlivosti o stomii.

Diagnóza:

5. Strach o narušení sexuálního manželského života.

Cíl:

Pacient do 15:00 hodin promluví s andrologem se sexuologickou specializací.

Intervence:

- Vytvoř terapeutický vztah s pacientem, který podpoří sdílení citlivých informací
- Povzbuzuj pacienta k vyjádření obav, hněvu, smutku
- Zjisti o jaké informace má nemocný zájem a přizpůsob edukaci jeho potřebám
- Odkaz na vhodného profesionálního terapeuta
- Měj ho k tomu, aby se svým strachem svěřoval manželce
- Doporuč profesionální pomoc v oblasti vztahů, poklesu sexuální touhy nebo jiných sexuálních problémů

Realizace:

V předchozích dnech po ukončení návštěvy manželkou se pacient opakovaně na nějakou dobu vyhýbal očnímu kontaktu s personálem. Bylo zjevné, že přemítá nad budoucností a velkou roli v ní zaujímá manželka. Spolu tvořili velice hezký pár a jejich vzájemné vystupování poukazovalo na vřelý vztah. U pacienta byl operační výkon prováděn technikou „nervy šetřící“ se zachovanou urethrou, ale i tak zůstávalo riziko nedosáhnutí erekce. Pacient byl vybízen k sdělení zjištěné poruchy, ale na toto téma se nechtěl vyjádřit. Taktně mu bylo naznačeno, že urologické oddělení má svého sexuálního terapeuta a není problém zařídit konzultaci. Pacient připustil, že by byl velice rád a více už na toto téma znovu nechtěl mluvit. Následně byl informován, že ještě v ten den bude mluvit se sexuálním terapeutem. Pacient byl vyzván k otevřenému rozhovoru s terapeutem a vybízen aby se ptal na vše co ho tíží a aby slovně vyjádřil svůj strach. Tak se lépe vyzná ve svých pocitech a začne řešit svůj problém. Byl povzbuzen k otevřenému rozhovoru i s manželkou a ubezpečen, že když bude chtít, může dostat kontakt na psychologickou poradnu. U velké vizity, byl z lékařského týmu, lékař andrologické poradny upozorněn na neuspokojené potřeby z této oblasti. O pět hodin později, lékař vedl s pacientem intimní rozhovor

Hodnocení:

Pacient do 15:00 hovořil s andrologem se sexuologickou specializací. Má kontakt na daného lékaře, který je srozuměn s jeho situací.

Diagnóza:

6. Porušený tělesný obraz z důvodu stomatu a ztráty kontroly nad odtokem moči.

Cíl:

Pacient zahrne změny obrazu těla do sebezpojetí realistickým způsobem.

Intervence:

- Prodiskutuj s nemocným význam ztráty a nutnosti změny odtoku moče
- Potvrď dříve obdržené informace
- Pomoz pacientovi vybrat oděv, tak aby ho uspokojil vzhled

Realizace:

Pacient opakovaně sděloval roztrpčení ze svého zevnějšku a funkce těla: („množství hadiček a nemožnost močit jako chlap“). Nebyl rád, když se mu personál dotýkal stomie a ověřoval si změny. Opakovaně žádal nové informace a předchozí obdržené potvrzoval u jiného personálu. S pacientem opakovaně mluvili lékař, sestra i manželka a utvrzovali ho o nutnosti prodělaného zákroku. Bylo to správné řešení jak zabránit bujení procesu, který se odehrával na úkor močového měchýře. Sám musí pozorovat, že v moči už nemá stopy krve a mněl by cítit úlevu, že ničivému procesu se vzala šance na další růst. Manželka jako zdravotní sestra znovu potvrzovala nutnost zákroku a ubezpečovala manžela, že se stomií v dnešní době a s řadou kvalitních pomůcek lze existovat plnohodnotným životem. Pacient byl ubezpečen, že jakmile to jeho stav dovolí a nastanou určené dni k vyndávání invazivních vstupů, bude postupně jednotlivých vývodu zbavován, až mu zůstane jen ten malý otvor v kůži na odtok moče. Pacientovi na oddělení byla poskytována košile v celku, tak aby byli zakryté všechny výstupy. Při chůzi si navlékl ještě župan. Osobní prádlo ještě nebylo doporučeno. U místa po drénu byly nutné převazy dle potřeby a nebylo vhodné dráždit operační ránu spodní části vlastního dvoudílného prádla.

Hodnocení:

Pacient potvrdil nutnost změny a dovoluje personálu ověřit změny u stomatu bez známek negativní reakce.

Diagnóza:

7. Riziko situačně snížené sebeúcty.

Cíl:

Pacient pocítí plné respektování jeho osoby přes profesionální a empatický přístup personálu.

Intervence:

- Přístupuj k ošetřovanému se stomií velmi taktně
- Vytvoř terapeutický vztah naplněný starostlivou péčí a vzájemnou důvěrou

- Povzbuzuj verbalizaci a dej prostor k projevům osobnosti pacienta
- Dovol nemocnému reagovat popřením, ale účastní se této jeho reakce
- Povzbuzuj členy rodiny
- Měj pacienta k tomu, aby dovolil přijetí této změny i rodině

Realizace:

Po celou dobu pacientovy hospitalizace byla snaha o vytvoření terapeutického vztahu naplněného starostlivou péčí a vzájemnou důvěrou. Na jeho potřeby se reagovalo okamžitě. Profesionálním a empatickým přístupem byly odhalovány i potřeby, které pacient zamlčoval nebo dával najevo, ale jen neverbálním a krátkým projevem. Projevy jeho osobnosti byly tolerovány a negativní reakce byly respektovány a chápány jako součást pacientovi reakce na prodělanou životní změnu. Slovně byl vybízen k odhalování svých potřeb a za krátkou dobu se ujistil, že jeho potřeby jsou skutečně naplňovány. U první aktivní výměny stoma systému byl pacient vybízen, aby dovolil manželce účastnit se výměny stoma pomůcek. Následně po jeho svolení byla pacientova manželka v soukromí zdravotní sestrou požádána, aby se zúčastnila výměny, ale ne z důvodu, že to neumí (zdravotní sestra), ale kvůli pocitu manžela o přijetí stomatu jako součást jeho osoby. Manželka ochotně spolupracovala.

Hodnocení:

Pacient cítí respektování jeho osoby ze strany personálu. Váží si sám sebe a dává najevo své potřeby.

Diagnóza:

8. Riziko infekce z důvodu invazivních vstupů a operačního výkonu.

Cíl:

Okolí invazivních vstupů je normálního charakteru. Operační rána se hojí per primam.

Intervence:

- Pečuj o hygienu kůže a čistotu osobního a ložního prádla
- Dělej kontrolu invazivních vstupů a operační rány minimálně 1krát za den
- Při manipulaci s invazivními vstupy a u operační rány postupuj asepticky
- Převazy dělej dle potřeby a indikace – ved' záznam
- Sleduj místní a celkové projevy infekce
- Podporuj zvýšený příjem tekutin a potravin bohatých na proteiny
- Informuj pacienta o riziku a projevech infekce
- Vyzvi pacienta k sdělení jakýchkoliv nepříjemných pocitů v okolí invazivních vstupů a operační rány (5, 8)

Realizace:

Základní podmínkou pro odstranění rizika infekce je dodržení každodenní ranní a večerní hygieny těla. Čistota osobního a ložního prádla je nezbytnou součástí hygieny. Proto bylo pacientovi v čase ranní hygieny za doprovodu sanitářky umožněno odejít do sprchy s možností vysprchovat celé tělo. Následně se provedla výměna ložního a osobního prádla. U pacienta se dvakrát denně prováděl proplach uretherálních splintů ve stomii. Prováděl se za sterilních podmínek 4 ml sterilního bezpyrogenního roztoku s následným odsátím. Jeho význam spočíval v zabránění neprůchodnosti splintů. U ranní vizity byl pacientovi odstraněn CŽK a drén. Konec z CŽK byl zaslán na bakteriologické vyšetření. Místo po drénu se sterilně krylo. Operační rána se znovu dezinfikovala a sterilně kryla. Kvůli pokračování v intravenózní medikaci (ATB a infuze) se pacientovi znovu zavedla periferní kanylka. Pacient byl znovu poučen o příznacích možné flebitidy a o nutnosti hlášení změn v okolí vpichu kanyly, nebo nových nepříjemných pocitů. Měření bilancí P+V tekutin se provádělo v 6, 10, 15, 18, 21, a 2 hodiny ráno. V tu dobu se vždy kontrolovalo správné umístění sběrného sáčku, tak aby se usnadnila drenáž a zabránilo refluxu moče. Přes den byla pacientovi opětovně předvedena správná manipulace se sběrným sáčkem. Pacient byl vybízen k vypití minimálně 3 litrů tekutin k zabránění inkrustace splintů a ucpávání stomatu. Pacient byl dotazován, jestli něco nepotřebuje, jestli se nic od probuzení v jeho stavu nezměnilo, a jestli nemá nové nepříjemné pocity. U výměny stomické podložky se hodnotila stomie a okolí. Při péči o stomii se používali jenom pomůcky a ochranné prostředky přímo určené k ošetření stomie. Následně po ošetření stomie se znovu sterilně krylo místo po drénu, které prosáklo a sterilně se také měnilo krytí u punkčních nefrostomií. U punkčních nefrostomií se následně prováděla jejich správná fixace. Okolí jejich vpichů bylo klidné bez známek infekce. Jednotlivé převazy, zhodnocení stomie a okolí invazivních vstupů byly zaznamenány do dokumentace. Pacientovi pro lepší hojení rány byly doporučeny proteinové produkty běžně k dostání v lékárně.

Hodnocení:

Operační rána se hojí per primam. Okolí invazivních vstupů je bez známek infekce.

3.4 DLOUHODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Cílem dlouhodobého plánu péče na standardním oddělení urologie bylo pacientovi poskytnout tolik informací, praktických dovedností a starostlivosti, aby po ukončení hospitalizace odcházel se subjektivním pocitem soběstačnosti a objektivním zvládnutím situace. Do zvládnutí tohoto cíle od překlady pacienta z JIP oddělení do jeho odchodu do domácího léčení zůstávali jen čtyři dny, když nezahrneme den překlady a den dimise. Pobyt v nemocnici zkrátila jednak žádost pacienta o propustku a jednak skutečnost, že se blížily vánoční svátky. Ošetřovatelská diagnóza, která měla naplnit daný cíl, zněla:

Diagnóza:

- 1. Deficit kompletních vědomostí v oblasti stomie z důvodu nezkušenosti s příhodou projevující se žádostí o informace a znepokojením.**

Cíl:

Subjektivní a objektivní soběstačnost v starostlivosti o stomii.

Intervence:

- Informuj pacienta, které pomůcky potřebuje, a vysvětli jejich účelnost
 - Nauč pacienta správně přikládat stomické pomůcky, tak aby zvládl samostatné ošetření stomie
 - Vysvětli, jakým způsobem se pomůcky zabezpečují, a informuj o jejich limitech
 - Poskytni kontakt na stomickou ambulanci, klub stomiků a nejnovější literaturu v této oblasti.
 - Informuj pacienta o časných a pozdních komplikacích a možnosti rozpoznat jejich možné projevy
 - Uveď výživová doporučení urostomika
 - Zopakuj zásady správné výživy a uveď výživová doporučení protinádorové léčby
- (Všechny intervence jsou dopodrobna rozebrané v edukačním plánu nemocného. Další intervence, které jsou důležité pro dosažení této diagnózy byly popsány u aktuální diagnózy „ Deficit znalostí v obsluze stomatu “).

Realizace:

31. Den pobytu - operační den: 28 / 14 / 6

V tento den se pacient poprvé aktivně účastnil výměny stoma pomůcky. Obdržel informace, které pomůcky potřebuje a byla mu vysvětlena jejich účelnost. Názorně se předvedlo jejich správné přiložení. Samostatné ošetření ještě nezkoušel. Zároveň byl informován o možných časných komplikacích. Pacientova manželka byla u výměny a spolu s manželem přijímali stejné informace. V ten den se pacient utvrdil, že bude soběstačný v starostlivosti o stoma.

32. Den pobytu - operační den: 29 / 15 / 7

Stomická sestra v odpoledních hodinách vedla s pacientem dlouhý dialog s následnou edukací. Pacient obdržel nové informace. Byl poučen, jakým způsobem se zabezpečují pomůcky a informován o jejich limitech. Dostal kontakt na stomickou ambulanci, klub stomiku a nejnovější literaturu v této oblasti. Pacient obdržel ConvaTec stomickou taštičku, kde se nacházelo vše potřebné k ošetření stomie. Dále obdržel informační materiál určený pro stomiky. V ten den se stomická destička neměnila, protože od nalepení by měla vydržet minimálně tři dni. Stomická sestra spolu s pacientem se následně domluvili na pokračující edukaci ve stejnou dobu následující den. Do té doby si pacient měl připravit ještě případné dotazy, na které by rád obdržel odpověď.

33. Den pobytu - operační den: 30 / 16 / 8

Edukace znova probíhala bez výměny destičky. Stomická sestra si u pacienta ověřila informace z předchozího dne. Až na malé detaily, které neměnily podstatu, správně reagoval. Dále obdržel informace možných pozdních komplikací a byla mu podaná výživová doporučení u urostomatu. Z předem připravených dotazu pro stomickou sestru, pacienta zaujímal intimní život stomika. Od sestry obdržel vhodné osvědčené rady pro zlepšení intimního života.

34. Den pobytu - operační den: 31 / 17 / 9

Význam tohoto dne spočíval v tom, že stomická podložka podtekla močí a bylo nutné ji vyměnit. Pacient za dohledu sestry si chtěl měnit destičku sám. Za použití dalších stomických doplňků ze své obdržené taštičky a drobných korekčních rad provedl úspěšnou výměnu. Malé pomoci bylo nutné jen u přidržení urethralních cévek, které tam musely zůstat 14 pooperačních dní. Nakonec úspěšná samostatnost posílila pacienta k žádosti, o možnost krátkého uvolnění, na propustku.

35. Den pobytu - operační den: 32 / 18 / 10

36. Den pobytu - operační den: 33 / 19 / 11

37. Den pobytu - operační den: 34 / 20 / 12

38. Den pobytu - operační den: 35 / 21 / 13

Den třináctý byl dnem ukončení hospitalizace. Z plánovaných intervencí k naplnění cíle scházela jenom výživová doporučení protinádorové léčby a připomenout zásady správné výživy. Pacient získal informace od nutričního terapeuta a obdržel informační leták.

Hodnocení:

Pacient potvrdil subjektivní soběstačnost v starostlivosti o stomii. Sám si vyměnil stomickou destičku a nasadil sběrný sáček.

Do konce pacientovy hospitalizace se pokračovalo v naplňování sesterských intervencí, které zůstaly aktuální z předchozích aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz. Byly to intervence, které v hodnocení záznamu

plánu ošetrovatelské péče (viz příloha č. 8) nebyly ukončeny a vybízely ošetřující personál v jejich pokračování až do doby jejich ukončení.

Kontrola fyziologických funkcí a proplachy uretherálních cévek pokračovaly do ukončení hospitalizace dvakrát denně. Kontrola P+V tekutin se prováděla také do konce hospitalizace. Místa u invazivních vstupů se kontrolovaly a sterilně kryla každý den po ranní sprše. Od 8. pooperačního dne už nebylo nutné krýt operační ránu, ale místo po drénu se muselo sterilně krýt do konce hospitalizace. Nadále se sledovaly neverbální projevy pacienta a reagovalo na projevené žádosti ze strany pacienta. Sledoval se účinek dosud podávaných léků a jejich nežádoucích účinků. Zdůrazňovala se nutnost oddechu, ale i přiměřená rehabilitace. Nadále byla starostlivost o zabezpečení psychické pohody a snaha o vzájemnou důvěru. Kontakt s rodinou byl vítaný. Pacient byl veden k samostatnosti a byly mu poskytnuty požadované informace. Neustále byl povzbuzován a projevy jeho osobnosti byly tolerovány. Pacient svou hospitalizaci ukončil s pocitem plného respektování své osoby. Odcházel v uspokojivém pooperačním stavu. Svým ošetřujícím lékařem byl plně informován ohledně zdravotního stavu, dalšího postupu. Byl upozorněn na rizika a získal náležitá doporučení.

3.5 PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO

Z psychologického hlediska dr. Elizabeth Kübler – Rossové, která vytýčila následující emocionální stadia: Popírání, Zlost, Smlouvání, Deprese, Smíření, kterými procházíme vždy, když v nějakém okamžiku svého života děláme významný krok psychologického růstu, se náš pacient nachází v druhém stádiu - stádiu Zlosti. V prvním stádiu – stádiu Popírání se pacient nacházel v prvních dnech přijetí na urologickém oddělení. Postupně se dostával do druhého stádia. Přejítu napomáhalo postupné podstupování se zákrokům a okolnostem, které vyžadovaly akceptování skutečnosti v čím dál větší míře. (10)

Už na 5. den po tak rozsáhle operaci se snažil o naprostou samostatnost. Odmítal pomoc u posazování a doprovodu při chůzi. Na dotazy jestli nechce něco na bolest, hned odpovídal, že nemá žádné bolesti. Celou svou pozornost zaměřoval na stomický systém odvodu moče a jeho hlavní snahou bylo získat co nejvíce informací o tomhle novém způsobu odvodu moče, starostlivosti a snaze naučit se samoobsluže.

Bylo zjevné, že si pacient plně uvědomuje svoji novou diagnózu. Zvýšeným zájmem a doslova přehnaným sbíráním informací a stejných dotazů od jiných osob na téma stoma techniky, poukazovalo na potřebu, i nadále si zachovat samostatnost.

Pacientova potřeba popírat, agrese a potřeba nových informací byla personálem respektována a chápána. Přes trpělivost a empatický přístup se předešlo mnoho konfliktům, které mohli nastat, či už ze strany pacienta, který prožíval svůj stav pohroužený do sebe, či už ze strany personálu, který časem podléhá deformacím a neběžné věci vnímá jako běžné.

PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP SESTER K ONKOLOGICKY NEMOCNÝM:
Není žádoucí podporovat pasivitu nemocného, jeho nadměrnou přizpůsobivost, poslušnost či hrdinný postoj, kdy nemocný mlčky snáší své utrpení. Takový nemocný je sice nejméně zatěžující, ale je prokázáno, že má horší prognózu proti těm, kteří zaujmou bojový postoj a emočně se projevují. Proto sestra:

- Umožňuje a podporuje u nemocných jejich emoční projevy, a to i negativního charakteru, jako jsou starosti a obavy, ale i naděje a přání
- Nechá nemocného projevit emoce jakkoliv jsou silné, tyto projevy nejsou namířené proti ní osobně, ale jsou projevem zoufalství
- Podporuje ochotu nemocného svěřovat se, je empatickou bytostí – aktivně naslouchá, podporuje, aby nemocný přijal nabízenou pomoc od rodiny a přátel
- Neutěšuje nemocného přehnaně a nezlehčuje jeho trápení, jinak ztratí důvěru
- Podporuje nemocného v jeho životních aktivitách, snaží se mu pomoci hledat nový smysl života a hodnotovou orientaci
- Pátrá po tom, co stojí za prosbou či stížností nemocného, oč mu skutečně jde
- Nikdy nebere nemocnému novou naději a plány do budoucna, i když by podle ní byly zcela nereálné (12)

3.6 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA

Pacient po ukončení hospitalizace odcházel do domácího léčení soběstačný a v uspokojivém pooperačním stavu. Následné doléčování v léčebně dlouhodobě nemocných nebo poskytování domácí péče nebylo indikováno. Plná rekonvalescence trvá mezi 3 – 6 měsíci.

Pacient po radikální cystektomii a následné derivaci moči nesmí vykonávat fyzicky náročnou práci. Pacient musí své dosavadní zaměstnání stavebního dělníka zanechat a najít si méně fyzicky zatěžující práci. Výhledově uvažoval, že se zaměstná jako hlídač objektů v místě, kde pracoval.

Do oblasti sociálního pojištění spadá důchodové pojištění představující plný nebo částečný invalidní důchod. Při posuzování nároku na plný či částečný invalidní důchod se postupuje podle zákona č. 155/1995 Sb. O důchodovém pojištění. Nárok na plný invalidní důchod vzniká tehdy, pokud dlouhodobě poklesla schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %. Dále pokud je klient schopen soustavné výdělečné činnosti, jen za zcela mimořádných podmínek. Mezi zdravotní postižení umožňující soustavnou výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek urostomie zařazena není. Na částečný invalidní důchod má nárok ten, u něhož poklesla z důvodu nepříznivého zdravotního stavu schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33 % a také tehdy, jestliže mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně stěžuje obecné životní podmínky.

Stomie je uvedena v legislativě jako postižení, které životní podmínky značně zhoršuje, takže stomikovi vzniká nárok na částečný nebo plný invalidní důchod (příloha vyhlášky 284/1995 ve znění pozdějších předpisů). Každý konkrétní případ je posuzován jednotlivě Lékařskou posudkovou komisí. U onkologických pacientů je po dobu probíhající onkologické léčby zpravidla přiznán plný invalidní důchod. Tato doba je průměrně dlouhá asi 2 roky. Poté se stomie posuzuje podle výše zmíněné vyhlášky jako postižení značně stěžující obecné životní podmínky. Při přiznání částečného invalidního důchodu není omezena výše výdělku.

V praxi praktický lékař nemocného podává návrh reviznímu lékaři na změněnou pracovní schopnost a návrh o přidělení invalidního důchodu. Pak by mohl pacient pobírat invalidní důchod.

Stomik má nárok i na sociální příspěvek pro zvýšenou hygienickou spotřebu. Podle Vyhlášky číslo 182/1991 Sb. § 42 se občanům používajícím trvale ortopedické, kompenzační nebo jiné pomůcky, mohou pověřené místní úřady poskytovat příspěvek na zvýšené výdeje související s používáním těchto pomůcek, a to až do výše 200 Kč měsíčně.

4 EDUKAČNÍ PLÁN NEMOCNÉHO

Educatio – vychovávaní, je proces kde se subjekt učí za působení jiného subjektu, který vyučuje, instruuje. Probíhá v edukačním prostředí, které ovlivňuje vzdělávací výsledky. Od 90 let je snaha o aktivní přístup k nemocnému, o aktivní přístup ke zdraví s důrazem na individualitu. Edukace se stala součástí ošetrovatelství a tím rozšířila úlohy sestry. Má přispět k zlepšení života nemocného, zlepšení stavu obyvatel. V podstatě jen od edukovaného pacienta můžeme očekávat aktivní přístup ke svému zdraví. Proto žádný pacient by neměl opustit brány nemocnice bez informací, jejichž znalost by mu umožnila vyhnout se komplikacím, zvýšila kvalitu zdraví, umožnila rozpoznat včasné komplikace a tak se mohla zahájit včasná léčba. Není nic horšího než neposkytnout informace a hezčího než informace, které nám mění svět k lepšímu a zbavují nás strachu. Protože ve strachu se nedá žít.

Výsledek edukace je ovlivňován:

- o Edukovaným (jeho věkem, inteligencí, názorem na zdraví, schopností učit se, fyzickými možnostmi, motivací, potřebami, sociálně kulturní charakteristikou...).
- o Edukátorem (jeho osobností, temperamentem, profesionální charakteristikou - zkušenost, důslednost, odpovědnost).

Principy edukace vycházejí z potřeb nemocného. Mněl by být nepřetržitý kontakt mezi sestrou a nemocným. Edukuje se jasně, stručně, zřetelně, bez časové tísně. Edukované se má upevňovat a nezahlučuje se nepodstatným.

Edukace má 3 fáze:

1. Projektování

(Kdo edukuje koho. Za jakých podmínek. Jaký má být efekt a cíl. Sestra musí vědět předchozí znalosti a zkušenosti nemocného. Jeho zručnosti, poddajnost, názory. Musí vědět co učit, proč učit. Součástí projektování je edukační plán. Edukační plán je funkční když probíhá: vědecky, přiměřeně. Má být přesvědčivý, soustavný, taktní. Postupuje od jednoduchého k složitému. Vyvolává zájem. Působí na vůli, myšlení a city.

2. Realizace

(Stává se, že někdy nám pacient neplánovaně odmítá přijmout změny. Necítí potřebu přijímat nové, nebo jsou ohroženy jeho zájmy. Špatně pochopí vysvětlované, nesnáší změny... Proto sestra musí zlepšit komunikaci. Znova upřesňuje informace, zlepšuje ovzduší důvěry, zdůrazňuje pozitiva změny, upozorňuje na následky odmítnutí změny, a vede k zodpovědnosti za své zdraví). Při realizaci se edukační plán musí průběžně hodnotit. Naučené se opakuje. Úspěchy se posilují pochvalou. Upozorňuje se na chyby. Ke spolupráci se motivuje i rodina.

3. Hodnocení

Hodnocením se posuzují výsledky. Na hodnocení je nutné mít čas a prostor. Hodnotit se musí průběžně i závěrečně. Nehodnotí jenom sestra, ale i nemocný, rodina. Zjišťují se důvody, proč se nedosáhlo cíle. Hodnotí se pozorováním, kladením otázek. Reaguje se na požadavky nemocného.

Příčiny nedosaženého cíle tkví ve - špatné diagnostice potřeb, nereálních cílů, nevhodné strategii, špatném časovém naplánování, malé

motivaci, chybách při komunikaci, přetěžování. V rozdílném očekávání ve vztahu sestra pacient. Nepřihlédnutím ke vnímání, smyslům, etniku, jazykové způsobilosti. Nepřihlédnutí k únavě, bolesti. Nevyhodnocení dosaženého. Nevyvolání zájmu, motivace. Přílišným zasahováním do autonomie nemocného.

Edukační plán po radikální cystektomii s následnou urostomií musí zahrnovat informace, které umožní pacientovi:

- A. Vědět, které pomůcky potřebuje a chápat jejich účelnost.
- B. Správně přikládat stomické pomůcky a zvládat samostatné ošetření stomie.
- C. Vědět jakým způsobem se pomůcky zabezpečují a poznat jejich limity.
- D. Mít kontakt na stomicku ambulanci, klub stomiků a nejnovější literaturu v této oblasti.
- E. Být informovaný o časných a pozdních komplikacích a rozpoznat jejich možné projevy.
- F. Znat výživová doporučení u urostomatu.
- G. Znat zásady správné výživy a výživová doporučení v protinádorové léčbě.

4.1 ZNALOST POMŮCEK A JEJICH ÚČELNOST:

V České republice jsou dostupné kvalitní výrobky v širokém sortimentu, ale hlavně, a na to je kladen mimořádný důraz, s velice rozmanitou škálou doprovodného servisu, což je pro mnohé výraznou pomocí při zvládání života se stomií. Například sortiment pomůcek firmy Conva Tec se stal novým standardem pro moderní ošetřování stomií. Díky svým jedinečným schopnostem a složení hmoty je velmi vyhledáván a ceněn pro ošetřování všech typů stomií. Spomínaný Conva Tec používá hmotu Stomahesive. Základem hmoty Stomahesive jsou přírodní materiály jako pektin, želatina, které ve spojení s dalšími složkami vytvářejí hmotu schopnou přilnutí jak na suché, tak hlavně na vlhké povrchy. Kromě svých lepivých schopností je prokázán i vysoký zklidňující účinek hmoty Stomahesive. Proto je velmi vhodná a používaná v pooperačním období na rány a podráždění v okolí stomie. (16)

Na trhu je k dispozici tradiční segment:

- Dvoudílného systému
Skládá se z lepicí želatinové destičky, na níž je upevňovací kroužek, na který se pak nasazují vyměnitelné sáčky. Sáčky pro urostomii jsou opatřeny svorkou, aby bylo možno obsah vyprazdňovat několikrát za den. Také jsou vybaveny chlopní proti zpětnému zatékání moče ze sáčku. Na noc se používají urostomické sáčky o obsahu 2000 ml pro klidnější spánek bez obav z přetečení.
(Nedráždí kůži, široký sortiment podložek a sáčků, ekonomicky výhodnější.
Např. dvoudílný systém *Combihesive* a jeho vylepšená verze *Combihesive 2S*.)

- Jednodílného systému
Skládá se z ochranné lepivé gelové destičky, která je pevně spojena se sáčkem.
(Nenápadný, snadné použití, vzhledem ke svým vlastnostem jsou vhodné pro pohybově aktivní a osoby, které nemají kožní problémy po častější výměně destiček. Např. *Stomadress Pluss*, *Esteem*, které jsou díky nízkému profilu při používání velice diskrétní.)
- Nový systém adhezní technologie
Tento systém je jiný v tom, že se lepicí plocha sáčku pojí na průhlednou fólii na podložce bez přírubového kroužku (ne jako u systému *Combihesive 2S*). Má anatomický tvar sáčku, povrch z netkané textilie (který je příjemný na dotyk). Sáčky se mohou opakovaně odlepit a znovu přilepit na průhlednou fólii aniž by ztratili lepivou schopnost. Výhodami systému jsou: diskrétnost, flexibilita – podložka se přizpůsobí tvaru těla. Pocit bezpečí a jistoty díky kvalitní adhezní technologii. Snadné odstranění pomůcky, menší bolestivost při nasazování sáčku proti systému s přírubovým kroužkem.

Další pomůcky:

- Odstraňovač náplastí
Například *ConvaCare*. Slouží k odstranění pasty aplikované do okolí stomie, ale i k odstranění zbytku želatiny po sejmutí podložky. Dodává se ve formě ubrousků napuštěných látkou, zajišťující šetrné odstranění nežádoucích zbytků.
- Ochranný film
Například *ConvaCare*. Slouží jako ochrana kůže před nežádoucími účinky moči v případě podtečení pod podložku. Dodává se ve formě ubrousku napuštěného ochrannou látkou, kterým se potře okolí stomie. Kůže je po odpaření kryta jemným neprodyšným filmem. Tento film odstraňujeme pomocí odstraňovače náplastí.
- Ochranná pasta (60 g)
Je lepivá a slouží k vyrovnání nerovnosti na kůži. Tvaruje se navlhčeným prstem, nechá se mírně zavadnout a pak se lepí podložka. Na vzduchu tvrdne a v kontaktu na podrážděné kůži pálí, protože obsahuje alkohol.
- Adhezivní pasta (30 g)
Používá se na defekty, je mastná, pod podložkou se musí překrýt ochrannou pastou.
- Zásyp na mokvavá místa
Například pudr *Stomahesive*. Používá se k uklidnění podrážděné pokožky. Okolí stomie se jemně popráší a zcela běžně se pokračuje v nasazení podložky. Pudr je prášková forma hmoty *Stomahesive* a dokáže se pevně spojit s podložkou.
- Fixační pásek
Používají fyzicky aktivní pacienti při nošení dvoudílného systému. Připevňuje se na očka sáčku pomocí úchytek na konci pásku. Je vyroben z kvalitního materiálu a nepodléhá deformaci ani po vyprání.

4.2 SPRÁVNÉ PŘIKLÁDANÍ STOMICKÝCH POMŮCEK:

S každou manipulací se stomií by měl být pacient seznámen, protože potřebuje znát detaily ošetřování stomie a pravidla péče o stomii.

Principy přikládání stomických pomůcek:

- Změření velikosti stomie
V každém balení destiček se nachází měřicí šablona, pomocí které se stoma změří. Šablonu pak vystříháme tak, aby vystřižený otvor odpovídal tvaru stomie. Na šabloně odečteme správný průměr pomůcky, který volíme vždy alespoň o 0,5 cm větší, než je vystřižený otvor v šabloně. Šablonu přiložíme k podložce, obkreslíme a vystříháme.
- Očista pokožky a péče o kůži
Před přiložením destičky musí být kůže naprosto čistá. Umyjeme vlažnou vodou, eventuálně použijeme speciální přípravky k očištění kůže a osušíme.
- Přiložení destičky stoma pomůcky
Sejmutí ochranného papíru z aplikační strany destičky a přiložení destičky na dobře očištěnou a suchou stomii. Přiloží se tak, aby se co nejméně vrásnila nebo odchlipovala od pokožky. Chceme-li urychlit přilnutí podložky ke kůži, zahřejeme ji na ústředním topení nebo použijeme vysoušeč vlasů, či ji zahřejeme (promneme) v dlaních. Destička u dvoudílného systému by měla vydržet 3-5 dní. Přilnavost destičky ovlivňuje teplo a vlhkost pokožky. Teplota kůže urychluje přilnavost, vlhkost jí naopak brání. Snížená přilnavost se projeví změnou barvy podložky, která zbledne a zpuchýřkovatí a začíná se odchlipovat. Děje se tak například při podtékání podložky močí.
- Nasazení stomického sáčku
Sáček se na destičku nasadí, když pacient při nádechu a současném zatnutí břišní stěny vytvoří odpor pro lepší ukotvení sáčku.

Zásady při používání pomůcek:

- Nevystřihovat příliš velký otvor, podložka chrání kůži před močí,
- Nevystřihovat malý otvor, mohlo by docházet k podtékání,
- Pomůcky lepit na čistou a suchou kůži,
- Dát čas k přilnutí, neohýbat se,
- Nenechat sáček přeplnit, měnit jej nebo vypouštět při poloviční náplni,
- Včas si naplánovat výměnu, podle limitu pomůcek

VYBAVENÍ STOMA KOUTKU V DOMÁCNOSTI:

Místo na ošetřování stomie situujeme nejlépe do koupelny, kde máme kosmetickou taštičku, která obsahuje vše potřebné. Tu obdrží každý pacient se stomií už v nemocnici. Dále se doporučuje uzavíratelný odpadkový koš a zrcadlo umístěné ve výši vhodná pro stomika, aby viděl na přikládání stoma pomůcek. Při výměně je nutné zajistit si dobrý přístup ke stomii a ochránit oděv před znečištěním.

4.3 ZPŮSOB ZABEZPEČENÍ POMŮCEK A JEJICH LIMITY:

V současnosti na náš trh dodává stomické pomůcky šest firem:

- ConvaTec
- Coloplast
- B | Braun
- Dansac
- WELLAND Medical – od roku 2008
- INCOM Trading – od roku 2008

Všechny tyto uvedené firmy dodávají kompletní sortiment pomůcek v různých tvarech, velikostech a barvách, které se odlišují konstrukčním provedením, konstrukcí filtru a uzamykacího systému. Vedle pomůcek pro stomiky dodávají pestrou škálu prostředků na čištění, ošetřování a ochranu kůže a různých doplňků. Katalogy jednotlivých firem obsahují přes sto položek. Úplný přehled se získává v katalogích a firemních materiálech, ve výdejních stomických pomůcek, na informačních linkách. Na schůzky klubů stomiku jsou zváni jednotliví distributoři. Tam si můžou zájemci prohlédnout jednotlivé pomůcky, poradit se zástupcem firmy, stomasestrou a dalšími stomiky.

Velkou pomocí pro stomiky se stalo zahrnutí pomůcek do plně hrazeného sortimentu v rámci zdravotního pojištění. Dnes je možno konstatovat, že naprostou většinu výrobků pro urostomiky lze získat bezplatně na poukaz. Pomůcky lze získat oproti poukazům ve zdravotnických potřebách, lékárnách, nebo výdejních jednotlivých firem. Všechny firmy mají zpravidla i zásilkové služby.

- Kdo může pomůcky předepsat?
Pomůcky stomik obdrží na základě „Poukazu na léčebnou a ortopedickou pomůcku“ (viz příloha 13). Může se rozhodnout, zda bude pomůcky předepisovat jeho praktický lékař nebo odborný lékař (urolog, chirurg, internista, onkolog).
- Jaké množství pomůcek může lékař předepsat?
Lékař předepisuje pomůcky nejvýše na dobu 3 měsíců. Pomůcky však nelze předepisovat zpětně. Na daný měsíc lze pomůcky předepisovat nejpozději poslední den v měsíci.
- Co když je stanovený limit spotřeby pomůcek nedostačující?
Tento limit může být navýšen. Toto navýšení však musí schválit revizní lékař. Většinou s tím nebývají problémy, je však vhodné uvažovat o jiném typu pomůcky.
- Jsou pomůcky hrazeny?
Naprostá většina pomůcek všech firem na našem trhu je plně hrazena zdravotními pojišťovnami. Schválení revizním lékařem podléhá například odstraňovač náplastí ConvaCare.

Měsíční limity spotřeby stomických pomůcek u urostomika jsou:

- Dvoudílný systém:
 - podložky - max. 15 ks
 - sáčky - max. 30 ks
- Jednodílný systém:
 - sáčky - max. 30 ks

- Ochranné prostředky:
 - pasty – max. 360 g / rok
 - pudr, ochranní film, ochranní krém – max. 2760,- Kč / rok
- Pásek přídržný – max. 2 ks / rok
- Čisticí prostředky
 - odstraňovač náplastí – max. 1500,- Kč / čtvrtletí (18)

4.4 KONTAKTY NA STOMICKOU AMBULANCI, KLUBY STOMIKŮ A LITERATURU:

Stomici mohou získat pomoc nebo radu ve stomických poradnách, které fungují zpravidla v každé větší nemocnici. Zde také mohou získat kontakty na kluby stomiků, které fungují v jednotlivých regionech.

Dále například zákaznický servis ConvaTec poskytuje služby:

- StomaLinka ConvaTec
Poskytují jakoukoliv radu ohledně sortimentu pomůcek a jejich dostupnosti nebo informace z oblasti ošetřování stomií.
(tel. 800 122 111, pro volajícího zdarma)
- Časopis Radim
Cenné rady v oblasti stomií a zajímavosti ze života stomiků, naleznou nemocní i zdravotníci v časopise Radim, který mohou všichni zájemci získat zdarma.
- Zásilková služba
Nemocným se vzdálenějším místem bydliště nabízí ConvaTec bezplatnou zásilkovou službu stomických pomůcek přímo na adresu bydliště. (16)

4.5 KOMPLIKACE SE STOMIÍ, KTERÉ MOHOU NASTAT:

Normálně je barva stomie růžová. Pooperační otok je běžný 2-3 týdny, maximálně 6 týdnů. Tvorba hlenů ze stěvních sliznic má ustupující tendenci. (viz obrázek 7)

Mezi rozpoznatelné komplikace můžeme zahrnout:

- Červená, mokvající kůže
Muže vzniknout při nedostatečné přilnavosti způsobené chybou při ošetřování nebo nevhodnou pomůckou.
- Krvácení ze stomie
Může vzniknout při ošetřování, střevo je křehké a může se objevit krev. Silnější krvácení mohou způsobit také antikoagulanty.
- Prolaps stomie
Kdy střevo vyhřezne až několik centimetrů, například při námaze, kašli.
- Parastomální kýla
Vzniká při námaze, dochází k vyklenutí břišní stěny v oblasti stomie. Při namáhavější činnosti je vhodné používat stomický pás.
- Retrakce stomie
Je nepříjemná kvůli špatné přilnavosti podložky. Řeší se konvexní podložkou nebo ochrannou pastou.
- Abnormality ve výdaji moče z urostomie
Můžou nastat při zúžení napojení močového na střešní kličku s rozvojem městnání moči v ledvinách, opakovanými záněty ledvin a poškozováním funkce ledvin. Komplikace spojené s drenáží moči

mohou nastat i při špatné výživě stomie s možným odumřením (nekrózou) odvodné střešní kličky.

Komplikace s infekcí si stomik může způsobit i sám, když při ošetřování stomie a sběrného sáčku nedodrží základní pravidla hygieny. Pečlivě si nemyje ruce a konec výpustné zátky neudrží v čistotě, nebo přepřlňuje sběrný sáček močí.

Stomie znamená hluboký zásah do osobnosti člověka i do jeho života. Často vede ke snížení kvality života, komplexu méněcennosti a depresi. Proto mimo fyzikálních komplikací mohou být i komplikace psychické, sociální...

4.6 VÝŽIVOVÁ DOPORUČENÍ PRO UROSTOMIKA:

- Nedráždivá, nekořeněná strava
- Zvýšený přívod vitamínu C, pro snížení rizika uroinfekce – (viz příloha č. 11). Snaha o změnu zásadité moče na kyselou – (viz příloha č. 12). Vhodné jsou i doplňky stravy, například o Urinal, který obsahuje koncentrovanou sušenou šťávu z brusinek velkoplodých. (Příznivě působí při infekcích močového ústrojí, pomáhá předcházet opakovaným zánětům, podporuje správnou funkčnost močových cest a pomáhá zabraňovat uchycení bakterií na stěnách močových cest).
- Dostatečný přívod tekutin. (3 litre / 24 hodin)
- Vyloučit alkohol a tekutiny s obsahem kofeinu

Jmenované účinky jsou obecné. Na každého mohou uvedené doporučení působit jinak. Proto si stomik musí vypořádat sám, co mu vyhovuje, a řídit se vlastní zkušeností. (7, 11)

ZÁSADY SPRÁVNÉ VÝŽIVY A VÝŽIVA V PREVENCI NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ:

4.7 ZÁSADY SPRÁVNÉ VÝŽIVY:

K tomu, aby se člověk správně stravoval, je potřeba, aby jeho strava byla vyvážená. V celkovém složení stravy by mělo být 50-55 % sacharidů, 18-20 % bílkovin, 30-35 % tuků, minerální látky a vitamíny.

Je potřeba, aby příjem a výdej energie byl v rovnováze. Takto je možné udržet optimální tělesnou kondici v rozmezí BMI 20-25. Je nutné hlídat, aby byl dodržen správný poměr nasycených a nenasycených mastných kyselin, aby se snížil příjem cholesterolu maximálně na 300 mg za den, aby se snížila spotřeba jednoduchých cukrů na 10 % celkové energetické dávky, aby se zvýšil podíl polysacharidů, aby došlo ke snížení spotřeby soli na 5-7 g za den, aby byla preferována kuchyňská sůl obohacená jodem, aby se zvýšil příjem kyseliny askorbové na 100 mg na den, aby se zvýšil příjem vlákniny na 30 g na den a aby došlo ke zvýšení příjmu minerálních látek, vitamínů a antioxidantů.

K dosažení těchto doporučení je potřeba:

- snížit příjem živočišných tuků, které jsou obsaženy v másle, šlehačce, tučných sýrech a tučném masu,
- zvýšit podíl rostlinných tuků a olejů,
- zvýšit spotřebu ovoce a zeleniny až na 600 g denně,
- zvýšit spotřebu luštěnin a výrobků z obilovin s vyšším podílem složek celého zrna,
- výrazně zvýšit spotřebu ryb a rybích výrobků,

- snížit spotřebu vajec na nejvýše 4 kusy týdně,
- zajistit dostatečný pitný režim,
- umírněně konzumovat alkoholické nápoje – denní dávka alkoholu by neměla přesáhnout 30 g alkoholu u mužů (300 ml vína, 0,8 l piva nebo 70 ml lihovin) a 20 g alkoholu u žen (200 ml vína, 0,5 l piva nebo 50 ml lihovin).

Zejména dbáme na to, abychom pocitu nasycení dosahovali potravinami s nízkým obsahem tuku a cukru, abychom jedli pomalu, jídlo vydatně zapíjeli neslazenými nápoji a spokojili se střídou porcí. Souhrnem lze říci, že jak z hlediska nadváhy, tak i celkového zdraví, je nejlepší jíst střídavě co nejpestřejší stravu. (4)

4.8 VÝŽIVA V PREVENCI NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ:

Nádorová onemocnění lze do různé míry preventivně ovlivnit právě výživou.

- Vitamín E

Výsledky kolektivu amerických dentonských specialistů na výživu: Z pětiletého sledování pokusných osob vyplývá, že jedna z forem vitamínu E, výrazně snižuje riziko vzniku rakoviny MM. Tou látkou s téměř zázračným efektem, je alfa-tokoferol. Překvapivé je, že jiná forma téhož vitamínu, kterou je gama-tokoferol, se v tomto směru jevila zcela bez efektu. Z výsledků vyplývá, že pouhou změnou stravy, která vede k jejímu obohacení o vitamín E, je možné snížit riziko výskytu zmíněného zhoubného bujení o 42 %. Pokud pokusné osoby k této na „Éčko“ bohaté stravě polykaly navíc ještě syntetický vitamín E, snížilo se u nich riziko vzniku rakoviny o 44 %. Většina lidí má totiž denní příjem vitamínu E z potravy okolo 8 miligramů, přitom doporučená dávka je 15 miligramů.

Mnohá zelenina, semena, plody a jejich oleje obsahují obě formy vitamínu E. Mezi ty nejbohatší na alfa-tokoferol patří červené a zelené papriky, špenát, hořčice, slunečnicové semeno a rostlinné oleje, včetně oleje ze semen bavlníku.

K potravinám s nejvyšším zastoupením gama-tokoferolu se řadí vlašské ořechy, cizrna a sojový olej. (17)
- Tuk

Vyšší příjem omega-3 mastných kyselin z rybích olejů může chránit proti vzniku rakoviny a zpomalovat růst již vzniklých nádorů.
- Vlákna

Konzum stravy bohaté na vlákninu negativně koreluje s výskytem rakoviny střeva. Příjem vlákniny velmi úzce souvisí s účinkem probiotik. Sama je substrátem pro růst probiotických kultur, přátelských bakterií.
- Probiotika

Prostředí ve střevě ovlivňuje imunitu. Imunita tedy souvisí s prostředím ve střevě a prostředí ve střevě zase s výživou. Probiotika jsou živé kultury prospěšně ovlivňující hostitele zlepšením vlastností jeho vlastní mikroflóry. Přístupnější název je přátelské bakterie. Mezi ně řadíme laktobacily, bifidobakterie, nepatogenní kvasinky. Posilují mukózní bariéru střeva a tak modulují imunitu
- Vitamin A

Vitamín A snižuje peroxidaci lipidů a tvorbu volných kyslíkových radikálů. Syntetické retinoly dokonce v některých studiích oddálily recidivy karcinomu MM.

- Vitamin C
Vitamin C působí jako redukční a antioxidační látka. Podobně chrání přívod vitaminu C před mutagenním vlivem tabákového kouře. Vitamin C blokuje tvorbu kancerogenních nitrosaminů z nitrátu a nitritů v trávicím traktu.
- Selen
Nízké hladiny selenu představují riziko vzniku nádoru u mužů, ne však u žen. Jeho doporučená horní dávka se nesmí překročit, protože pak se stává toxickým.

Pacient s nádorovým onemocněním nesmí hladovět, protože se zhoršuje imunita a to vede k zhoršení onemocnění.

5 PROGNÓZA

Z ošetřovatelského hlediska prognóza u nemocného se stomií se nejdříve musí dotýkat samotné stomie. Komplikace se stomií popsané v edukaci dokážou hodně zkomplikovat běžné aktivity člověka a sociálně izolovat. Pacient mněl vyšitou stomií na správném místě a od počátku byla dobře živená bez nekrotizace. Po ústupu otoku neměnila svůj tvar, proto problémy s podtékáním moči, nebo s nenalezením vhodné pomůcky by u pacienta neměli nastat. Kůže po nalepení destičky zůstávala klidná a při správné technice ošetřování by u pacienta také neměli nastat potíže. Pacientovo BMI po ukončení hospitalizace bylo v normě a chuť k jídlu se mu nezhoršila. Výkon, který pacient podstoupil, zachycoval celé nádorové ložisko. Proto k riziku následné kachektizace, které obvykle doprovází nádorové onemocnění, by již nemělo dojít.

Pacient odcházel do pevného rodinného zázemí a do kruhu svých přátel. Věděl, že bude přijatý jako kompletní bytost. Proto potíže v této oblasti by si mohl navodit jedině sám a to odmítáním své osoby a nepřijetím probíhající reality. Dát podmínky vzniku stresu znamená narušování svého energetického biopole, oslabování imunity, hormonální dysbalanci a různým psychosomatickým stavům. Zanedbávání v oblasti výživy, nedodržování správných hygienických návyků, zhoršení sociálního zázemí, to vše by mohlo vést k dalšímu oslabování imunity a rozvoji nemoci.

U pacienta jsou ve tříměsíčních časových intervalech plánována další kontrolní vyšetření, jako jsou krevní testy, CT, rentgen plic, ultrazvuk jater ledvin a další dle stavu. Jejich úkolem je včas odhalit možnou infekci, renální insuficienci nebo diseminaci nádorových buněk. U pacienta je 40 % pravděpodobnost, že do pěti let od prodělaného zákroku nenastanou metastázy. Onkologický tým lékařů nedoporučil další onkologickou léčbu, ale nemocný musí podstupovat přísnou dispenzarizaci. Při prvním zachycení diseminace by pacient musel podstoupit chemo-aktinoterapii.

Každá změna ve zdravotním stavu, každý problém, mohou být prvními příznaky obnovené aktivity onemocnění a nemocný proto nesmí váhat je včas konzultovat se svým lékařem a to i mimo termíny pravidelných kontrol.

6 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala ošetrovatelskou péčí o nemocného s nádorovým onemocněním močového měchýře. Zpracovaná případová studie popisuje 54 - letého pacienta, který byl hospitalizovaný 38 dnů na urologickém oddělení FTNsP v Praze. Jeho stav si vyžádal tři zákroky, které byly provedeny v celkové anestezii. Má práce byla zaměřená na poslední třetí zákrok, u kterého se provádělo odstranění močového měchýře s následnou derivací moči.

Třetí operace znamenala pro pacienta hluboký zásah do jeho osobnosti i do jeho života, protože u pacienta se provedla stomie. V klinické části je rozepsán postupný průběh hospitalizace s provedenými lékařskými i ošetrovatelskými zásahy. Následná ošetrovatelská část vykresluje šestý pooperační den, ke kterému bylo stanoveno 8 aktuálních diagnóz. Cíle stanovených diagnóz byly úspěšně zvládnuty. Neukončené intervence byly prováděny až do konce hospitalizace. Dále v dlouhodobé péči o pacienta byla stanovena ošetrovatelská diagnóza, jejíž úspěšné naplnění znamenalo soběstačnost pacienta v oblasti stomie a možnost domácího léčení. Pacient v průběhu hospitalizace neprodělal žádné vážné komplikace a odcházel domů plně soběstačný.

Velkým úspěchem bylo, že zákrokem se kompletně zachytil celý nádorový proces a onkologický tým lékařů se dohodl jen na přísné dispenzarizaci bez chemoterapie a aktinoterapie. Zákrok, který pacient podstoupil, zachovával i schopnost normálního sexuálního života. Onemocnění pacientovi přineslo ztrátu zaměstnání a změněnou pracovní schopnost. Pacient musí dodržovat pravidelné kontroly a vést zdravý způsob života.

Z psychologického hlediska pacient v nemocnici prožíval popírání a zlost na probíhající realitu. Pravděpodobné smlouvání, deprese a v nejlepším případě smíření ho čekají doma, protože odcházel do stabilního rodinného zázemí.

Na závěr této práce bych osobně chtěla podotknout, že stomikem se může stát každý z nás. Nemusí to být právě nádorové onemocnění. Stačí mala nepozornost, nehoda. Dnešní doba klade na člověka hodně nároku a nutí posouvat zdraví v žebříčku hodnot o stupínek níž. Ale v nemoci se žije těžko. Proto každý z nás by se mohl alespoň zamyslet a pečovat o nemocné ve své rodině, okolí. Protože nakonec tak bude pečováno o nás.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Dvořáček, J.: *Urologie praktického lékaře*. ISV nakladatelství, Praha 2000, str. 137-144, ISBN 80-85866-52-8
2. Feneis, H.: *Anatomický obrazový slovník*. Grada, Praha 1996, str. 156-158, ISBN 80-7169-197-6
3. Jarošová, D.: *Teorie moderního ošetrovatelství*. ISV nakladatelství, Praha 2000, str. 61- 64, ISBN 80-85866-55-2
4. Kapounová, G.: *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Grada, Praha 2007, str. 45 ISBN 978-80-247-1830-9
5. Marečková, J.: *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Grada, Praha 2006, str. 41-49, ISBN 80-247-1399-3
6. Martan A. a kol.: *Inkontinence moči u žen*. Maxdorf, Praha 2006, str. 13-19, ISBN 80-7345-094-1
7. Mikšová Z., Froňková M., Zajíčková M.: *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Grada, Praha 2006, str. 119-125, ISBN 80-247-1443-4
8. Moorhousse M. F., Doenges M. E.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Grada, Praha 2001, str. 75-330, ISBN 80-247-0242-8
9. Pavlíková, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*. Grada, Praha 2006, str. 99-102, ISBN 80-247-1211-3
10. Peck M. S.: *Odmítnutí duše*. Pragma, Praha 2001, str. 170, ISBN 80-7205-757-X
11. *Sestra časopis, 11/2008, ročník 18*. Mladá fronta a. s., Praha 2008, Tematický sešit 231 Péče o stomiky, ISSN 1210-0404
12. Šafránková A., Nejedlá M.: *Interní ošetrovatelství II*. Grada, Praha 2006, str. 191, ISBN 80-247-1777-8
13. Teplan, V.: *Nefrologie minimum pro praxi*. Triton, Praha 2001, str. 21-37, ISBN 80-7254-167-6
14. *Urologické listy, 3/2004, ročník II*. Medica Publishing and Consulting, s. r. o., Brno 2004, str. 9-86, ISSN 1214-2085
15. Vokurka M., Hugo J. a kol.: *Velký lékařský slovník*. Maxdorf, Praha 2005, ISBN 80-7345-058-5

JINÉ ZDROJE:

16. www.convatec.cz, Praha 2004 – 2009
17. www.osel.cz/index.php?clanek=931, poslední revize 15. 9. 2004
18. www.ilco.cz/Pomucky.html, poslední revize 11.2.2009

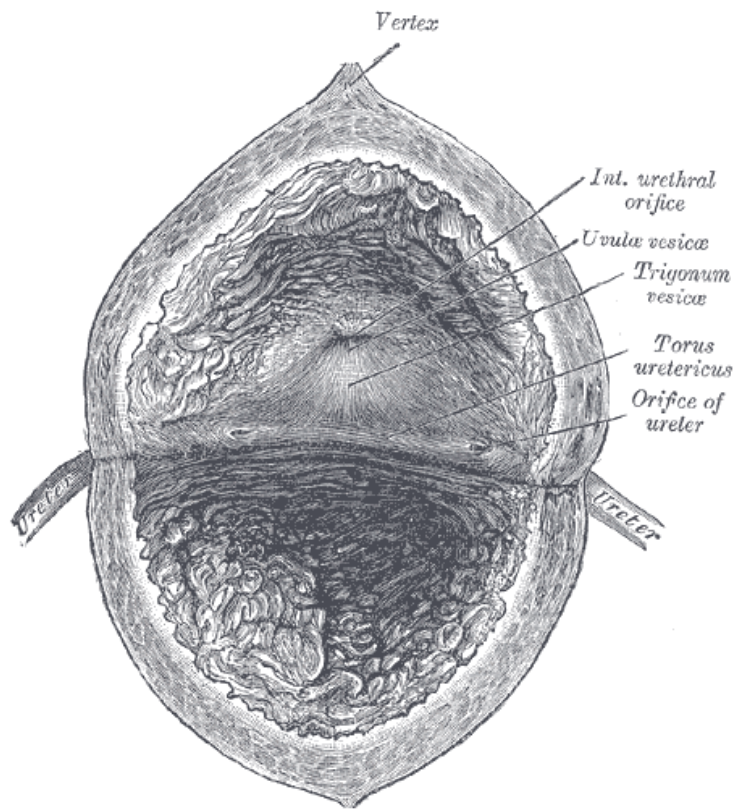
SEZNAM ZKRATEK

amp.	ampule
ARO	anesteziologicko-resuscitační- oddělení
Astrup	Astrupovo vyšetření – vyšetření acidobazické rovnováhy
ATB	antibiotikum
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
bilat.	bilaterální
BK	Kochův bacil
BMI	body mass index
BTA	Bladder Tumor Antigen
ca	carcinoma
cca	zkr. pro cirka
CNS	centrální nervový systém
CT	computed tomography
CŽK	centrální žilní katétr
EKG	elektrokardiografie
F	(nefrostomie 8F) – Foley katétr
G	grading
Gy	gray
CH	(20 CH) – Chevassuho označení velikosti katétru
i. m.	intramuskulárně
inf.	infuzně
i. v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
KEK	kontinuální epidurální katétr
KMM	karcinom močového měchýře
LNS	levá nefrostomie
LU	levá uretherostomie
MM	močový měchýř
mm Hg	milimetrů rtuti
MRI	magnetic resonance imaging
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NGS	nazogastrická sonda
P	pulz
P+V	příjem – výdej tekutin
PNS	pravá nefrostomie
PPNS	perkutánní punkční nefrostomie
PU	pravá uretherostomie
RCYE	radikální cystektomie
Rtg. S+P	rentgen srdce - plíce
SAB	subarachnoideální blok
s. c.	subkutánně
S2 – S4	sakrální míšní segmenty
TBC	tuberculosis
tbl.	tableta
Th10 – L2	thorakální a lumbální míšní segmenty
Th12 – L1	thorakální a lumbální míšní segmenty
Tis	Tumor in situ

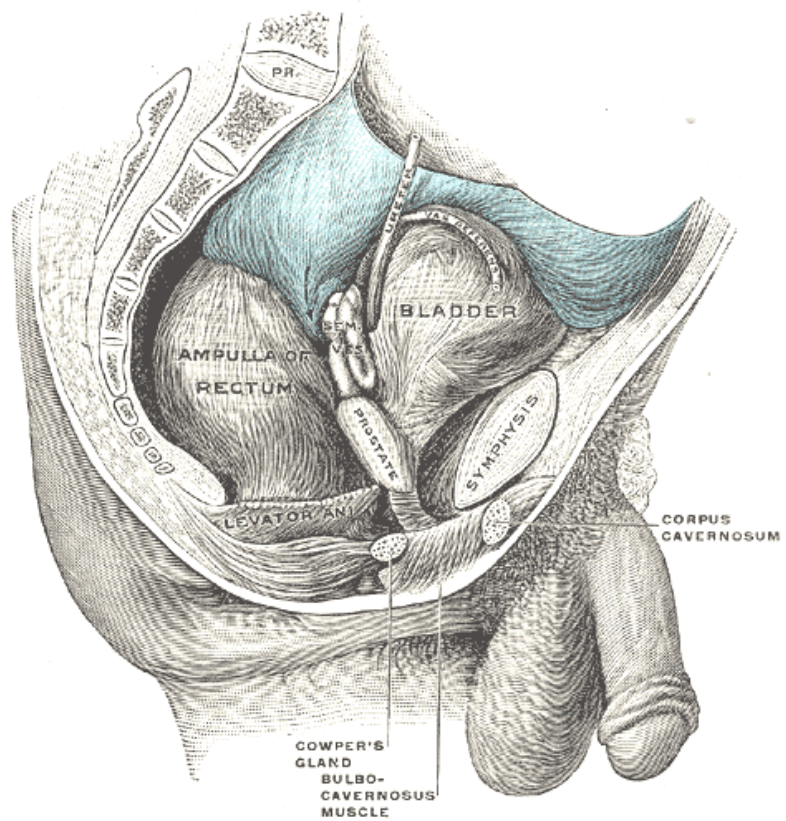
TK	tlak krve
TNM	tumor, node, metastases
TRF	transfuze
TT	tělesná teplota
Tu ves. urin.	tumor vesicae urinarie
TUR	transurethrální resekce
TUR – M	transurethrální resekce močového měchýře
USG	ultrasonografie
UV	ultraviolet – ultrafialové záření
YAG	yttrium-aluminium-granát

SEZNAM OBRÁZKŮ

1. Močový měchýř na řezu.
Zdroj: www.andrologie.cz/page/561.močov%F7-m%F4ch%F7y%F5
2. Sagitální řez mužskou pánví.
Zdroj: www.andrologie.cz/page/561.močov%F7-m%F4ch%F7y%F5
3. Povrchový papilární nádor na vnitřní straně stěny močového měchýře
Zdroj: www.osel.cz/index.php?clanek=931, poslední revize 15. 9. 2004
4. Diagram urostoma.
Zdroj: www.christie.nhs.uk/patients/booklets/text/cystectomy/men.aspx
5. TNM klasifikace nádorů močového měchýře – kategorie T
Zdroj: Kawaciuk, I.: *Urologie*. H+H nakladatelství, Praha 2000, str. 201
ISBN 80-86022-60-9
6. Operační vyšíí urostomie.
Zdroj: *Sestra časopis*, 11/2008, ročník 18. Mladá fronta a. s., Praha 2008,
Tematický sešit 231 Péče o stomiky, ISSN 1210-0404
7. Normální a komplikovaná urostomie.
Zdroj: www.km-potsdam.de/mediapool/5/50210/data/OFT8Roigas.pdf



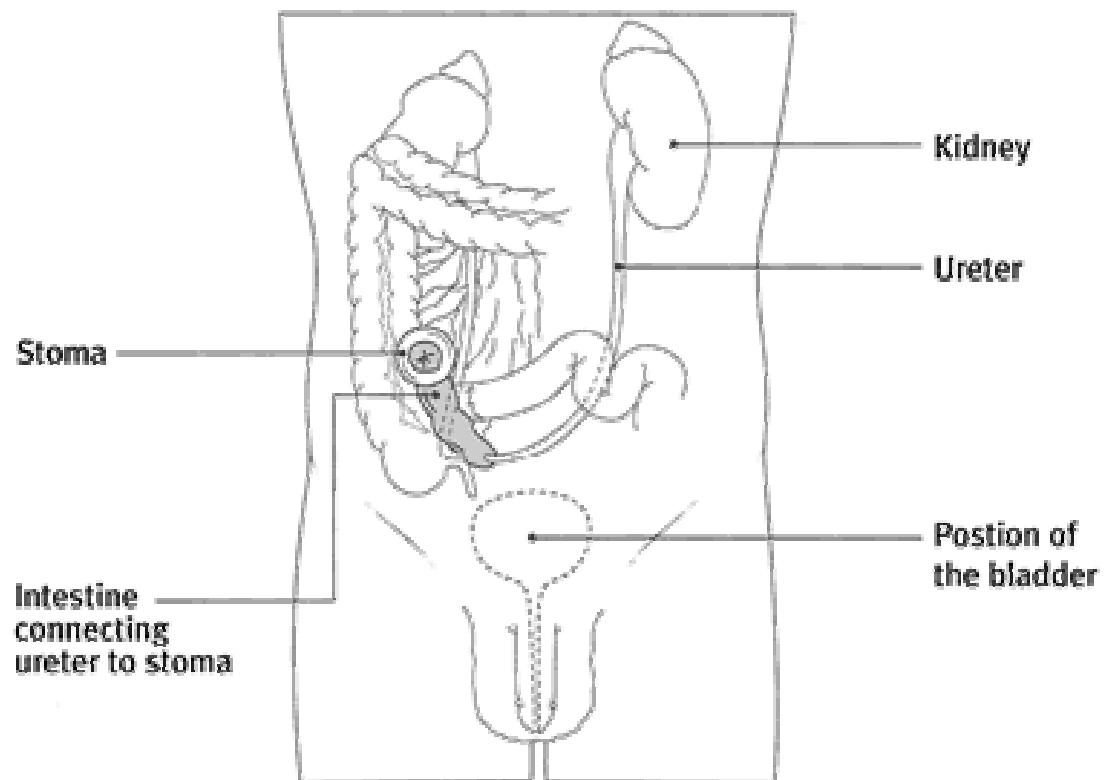
1. Močový měchýř na řezu.



2. Sagitální řez mužskou pánví.

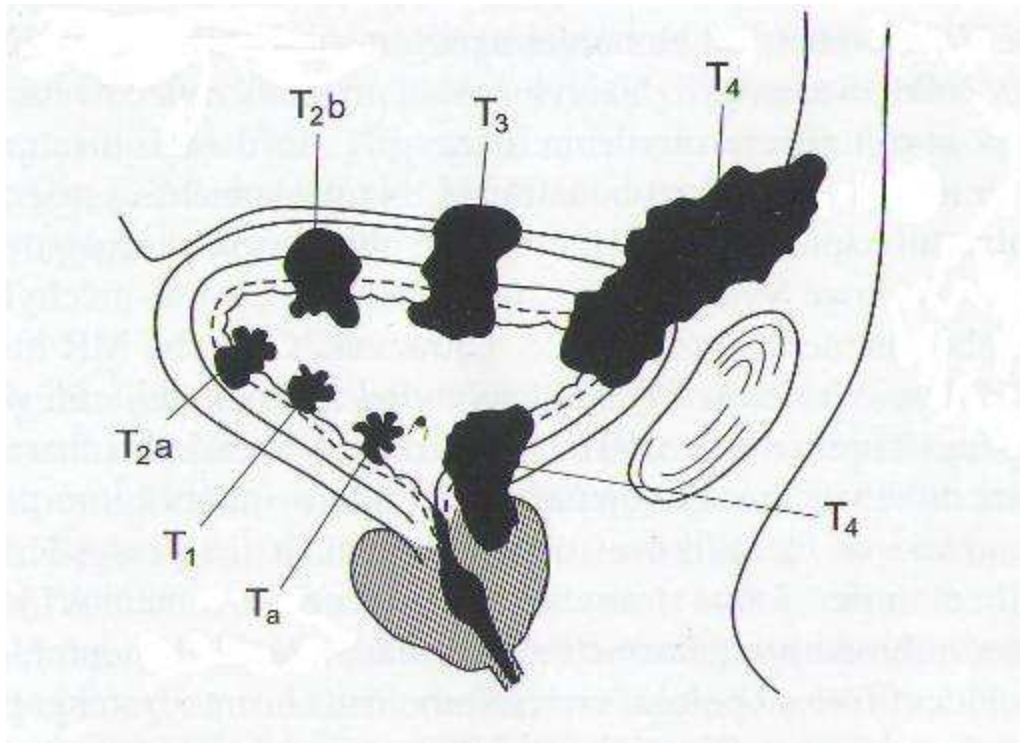


3. Povrchový papilární nádor na vnitřní straně stěny močového měchýře.

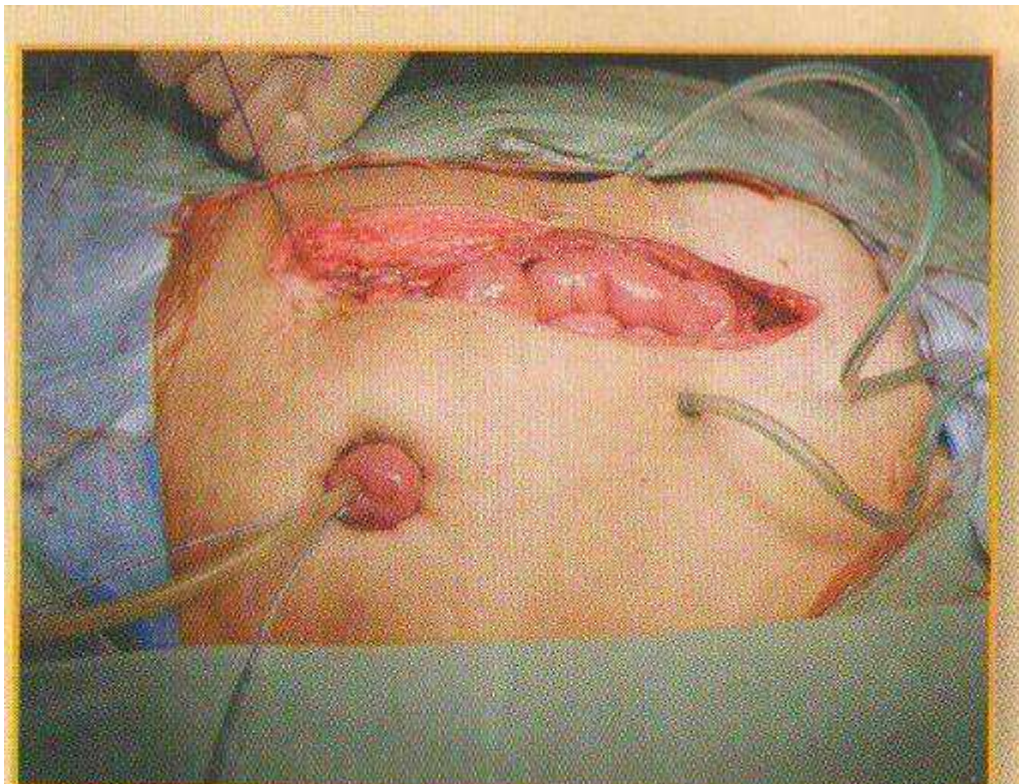


Urinary diversion

4. Diagram urostoma.



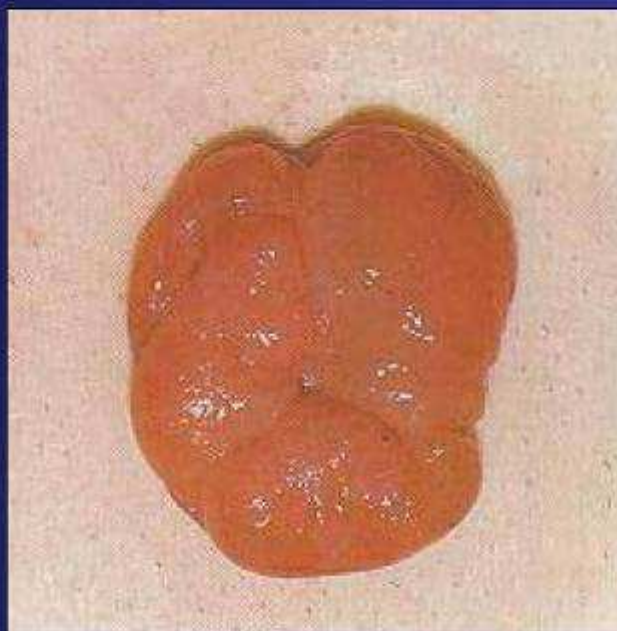
5. TNM klasifikace nádorů močového měchýře kategorie T.



Operační vyšíťí urostomie

6. Operační vyšíťí urostomie.

Urostoma



7. Normální a komplikovaná urostomie.

SEZNAM PŘÍLOH

1. Souhlas s provedením výkonu punkční nefrostomie
2. Souhlas s provedením transuretrální resekce močového měchýře
3. Souhlas s provedením cystektomie radikální odstranění močového měchýře
4. Souhlas s operačním výkonem – derivace moči po cystektomii (radikálním odstranění močového měchýře)
5. Ošetřovatelská anamnéza pro standardní péči (dospělí)
6. Edukační záznam
7. Realizace ošetřovatelského plánu (Od 06:00 – Do 18:00 hodin)
8. Plán péče: 31. den pobytu – pooperační den 28 / 14 / 6
9. Propustka
10. Dietní postup před cystektomií
11. Základní dietní režim u akutních a chronických infekcí ledvin a močových cest
12. Dietní postupy měnící chemickou reakci moči
13. Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku
14. Život se stomií, Coloplast A/S, tisk: Abadan s. r. o. 06/2008

Přílohy, které užívám ve své práci (čísla: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12) jsou duchovním majetkem Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou a jejich další distribuce a použití není žádoucí.

SOUHLAS S PROVEDENÍM VÝKONU PUNKČNÍ NEFROSTOMIE

Jméno pacienta: Rodné číslo:

Jméno zákonného zástupce / vztah: Rodné číslo:

Cíl výkonu: obnovení odtoku moči z ledviny přes zavedený nefrostomický katetr s jeho vyústěním mimo tělo pacienta.

Anestezie: výkon se provádí v celkové anestezii nebo v lokální anestezii.

Provedení: nejdříve se provede sonografické vyšetření postižené ledviny a pak lékař pod sonografickou kontrolou provede vpich dutého systému ledviny (kde se hromadí moč) tenkou jehlou. Touto jehlou se také aplikuje kontrastní látka do dutého systému ledviny a dále se pod RTG kontrolou zavede chebný vodič již předem zavedenou jehlou, po jeho uložení v dutém systému ledviny se po něm zavede nefrostomický drén do dutého systému ledviny a chebný vodič se poté vyjme. Drén, který je tedy uložen jedním koncem v ledvině, je přichycen stehy ke kůži.

Komplikace: nečastější komplikací je krvácení z nefrostomie po operaci. To se většinou samo zastaví a poměrně rychle mizí. Další komplikací je také krvácení – vzniká krevní hematom kolem ledviny. Dále může dojít k infekci ledviny a okolí, proto se většinou preventivně používají antibiotika. Mohou také vzniknout pooperační bolesti, obtíže spojené s anestezii, poranění okolních orgánů. Většina komplikací se řeší ale konzervativně, zcela výjimečně je třeba provést otevřenou operační revizi.

Omezení po výkonu: velice důležitý je klid pacienta na lůžku a to pro minimalizaci krvácení po operaci zde je nutný klid na lůžku 24 hodin.

Datum: Jméno lékaře: Podpis lékaře:

PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto listu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlenu, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.

Já, pacient / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a včas informován o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl jsem též informován o možných rizicích tohoto výkonu. Měl jsem možnost klast lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným lékařským vyšetřením / léčebným postupem / operačním výkonem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav / zdravotní stav opatrované osoby.

Jsem srozuměn s tím, že: uvedený operační výkon nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval.

Datum Podpis pacienta / podpis zákonného zástupce

Příloha 2 (a)

Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

SOUHLAS S PROVEDENÍM TRANSURETRÁLNÍ RESEKCE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Jméno pacienta: Rodné číslo:

Jméno zákonného zástupce / vztah: Rodné číslo:

Důvod a cíl operace: dosavadními vyšetřeními, které jsme Vám provedli, jsme u Vás zjistili nádor močového měchýře – označení nádor je zde použito jako všeobecné, blíže nespecifikující biologickou ani histologickou povahu onemocnění. Vzhledem k danému nálezu je zapotřebí v brzké době tento nádor odstranit. Cílem operačního výkonu není pouze jeho odstranění, ale také zjištění rozsahu onemocnění, zajištění vzorků nádoru k histologickému vyšetření, které definitivně určí zdali se jedná o postižení zhoubné či ne.

Anestézie: operace se provádí v celkové či svodné (lokální) anestézii. Typ anestezie je veden a určován anesteziologem. O typu anestezie a možných obtížích budete poučen anesteziologem.

Provedení výkonu: operační výkon se provádí endoskopicky – pod zrakovou kontrolou se do dutiny močového měchýře zavádí optický přístroj vybaven elektrickou kličkou, kterou celý nádor postupně kousek po kousku odstraníme až do zdravé tkáně. Při operaci je měchýř neustále proplachován tekutinou, která zabezpečuje jeho roztažení a zprůhlednění výkonu. Krvácení se po odstranění nádoru rovněž zastavuje elektrickou kličkou nebo válečkem. Pro snadnější hojení operační rány v měchýři budete mít po výkonu na několik dní zavedenu měchýřovou cévku.

Pooperační průběh: po výkonu je pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče našeho oddělení. Její délka je závislá od Vašeho zdravotního stavu a rozsahu výkonu, většinou nepřekračuje 1 – 2 dny, pak se pacient vrací na standardní oddělení. Měchýřovou cévku odstraňujeme asi 5-tý den, dle pooperačního průběhu.

Další průběh: odebranou tkán po výkonu pečlivě vyšetří patolog. Podle charakteru této tkáně Vám v určitých případech doporučíme další léčbu (onkologickou nebo chirurgickou). Toto tzv. histologické hodnocení nádoru budeme znát nejpozději do 2 týdnů po operaci a dozvíte se ho při kontrole na naší ambulanci. Bohužel více než u dvou třetin nemocných se může někdy v budoucnu vyskytnout nový nádor močového měchýře, a to i na jiném místě než byl původní. Naše léčba (i při 100%-ním odstranění původního nádoru) je pouze symptomatická. My odstraňujeme pouze následek zatím blíže medicíně neznámých příčin, které vedli ke vzniku Vašeho onemocnění. Budeme Vás proto dlouhodobě sledovat, ambulantní kontroly představují vyšetření moče a cystoskopické kontroly zhruba ve čtvrt až půlročních intervalech.

Možné komplikace: stoprocentní úspěch léčby Vám nemůže zaručit žádný lékař. Některé komplikace mohou plynout z Vašich onemocnění (vysoký krevní tlak, cukrovka, srdeční onemocnění atd.), některé jsou v souvislosti s narkózou (bolesti hlavy, zvracení, atd). Pečlivým předoperačním vyšetřením a přípravou spolu s odpovídající pooperační péčí se snažíme běžná rizika chirurgických výkonů (infekce rány, žilní trombózy a embolie) minimalizovat. Erudicí našeho kolektivu zase minimalizovat rizika plynoucí ze samotného výkonu. K těmhle rizikům patří; proříznutí stěny měchýře (zejména tehdy, zasahuje li nádor do hlubší svalové vrstvy), pak je třeba během téže narkózy otevřít břišní stěnu a měchýř v místě tohoto poranění přešíť. Určité krvavé zbarvení moče po výkonu se vyskytuje prakticky vždy a neznamena žádná nebezpečí, v řídkých případech může být krvácení natolik výrazné, že vyžaduje další operační výkon v narkóze s vyhledáním a ošetřením zdroje krvácení. Po výkonu můžete mít infekci močových cest, někdy se zjistí pouze mikrobiologickým vyšetřením moče, jindy může působit močové obtíže charakteru pálení a řezání při močení, vzácně zánět varlete i nadvarlete. Přechodné krvavé zbarvení moče – zejména po ránu se může vyskytnout až po propuštění z nemocnice. Všechny tyto stavy jsou ale dobře zvládnutelné léčbou. Zavedená měchýřová cévka může působit jeho dráždění. Jako pozdní komplikace se může vyskytnout zúžení močové trubice, vyžadující si operační léčbu.

Příloha 2 (b)

Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou v Praze Krči

Datum: Jméno lékaře: Podpis lékaře:

PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto listu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.

Já, pacient / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl jsem též informován o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným lékařským vyšetřením / léčebným postupem / operačním výkonem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav / zdravotní stav opatrované osoby a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas.

Jsem srozuměn/a s tím, že:

- uvedené vyšetření / léčebný postup / operační výkon nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval.

Datum Podpis pacienta/ky / podpis zákonného zástupce

Příloha 3

Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

SOUHLAS S PROVEDENÍM CYSTEKTOMIE RADIKÁLNÍ ODSTRANĚNÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Jméno pacienta: **Rodné číslo:**

Jméno zákonného zástupce / vztah: **Rodné číslo:**

Důvod operace: jedná se o léčbu nádorového onemocnění močového měchýře. S ohledem na rozsah Vašeho onemocnění, již nelze nádor léčit operacemi endoskopickými, prováděnými močovou trubicí. Z tohoto důvodu jste byli indikováni k chirurgickému odstranění močového měchýře – **cystektomií** (event. prostaty a močové trubice), čímž by měla být zajištěna radikální léčba nádorového onemocnění.

Cíl operace: kompletní odstranění nádorem postiženého orgánu – močového měchýře eventuálně prostaty, močové trubice a přilehlých lymfatických uzlin a tím vyléčení zhoubného nádorového onemocnění. Součástí operace je i vyřešení pooperační drenáže moči při chybějícím močovém měchýři – viz níže.

Anestezie a způsob provedení: výkon se provádí v celkové nebo kombinované anestezii a v průměru trvá 4-5 hodin. Močový měchýř se odstraňuje řezem v podbřišku ve střední čáře, který sahá od stydké kosti až cca 5cm nad pupek. Tímto přístupem je zajištěno dostatečně přehledné operační pole a náležitý přístup k operovaným orgánům.

Pooperační průběh: pacient s ohledem na rozsah operačního zákroku je hospitalizován 3 – 4 dny na pooperačním pokoji event. na KAR (klinice anesteziologicko – resuscitační). V prvních pooperačních dnech je jeho výživa a příjem tekutin zajišťován nitrožilním přístupem, pacient je plně monitorován (opakované kontroly krevního tlaku, pulsu, krevních odběrů k zjištění hodnot vnitřního prostředí, bilance příjmu a výdeje tekutin,...). Operační rána je pravidelně kontrolována, pacientovi je zavedena nasogastrická sonda (hadička zajišťující odchod žaludečního obsahu a bránící zvracení), minimálně dva drény (hadičky uložené v blízkosti rány, odvádějící sekreci z rány). Jsou mu podávány; léky bránící vzniku možných komplikací – antibiotika, léky bránící srážení krve a vzniku trombotických příhod atd. Přibližně 4 – 6 den pacient začíná přijímat potravu ústy a začíná intenzivně rehabilitovat ve smyslu stoje a chůze okolo lůžka. Při zcela bezproblémovém pooperačním průběhu je pacient propuštěn z nemocniční péče 12 – 16 den po operaci. Plná rekonvalescence trvá mezi 3 – 6 měsíci.

Komplikace: časné: sekundární hojení rány (infekce v ráně), komplikace spojené s drenáží moči (viz níže), pooperační krvácení, zhoršená funkce ledvin, ztráta erekce, opožděná obnova střevní pasáže s nutností dlouhodobější výživy nitrožilním přístupem, rozvoj zánětu plic, trombotické komplikace, cévní mozková příhoda a další. Léčebný postup při jednotlivých komplikacích je ryze individuální dle aktuálního stavu pacienta; **pozdní:** nejvíce souvisí s drenáží moči (viz níže), s možnou recidivou (znovu se objevením) nádorového onemocnění, s tvorbou kýly v ráně stejně jako při jiných rozsáhlých operačních výkonech.

Dispenzarizace (sledování): obdobně jako při jiných nádorových onemocněních pacienti jsou doživotně kontrolováni s cílem časného zachytu případné recidivy zhoubného nádoru či odhalení možných komplikací. Kontroly jsou prováděny ambulantně v postupně se prodlužujících intervalech od tří měsíců do jednoho roku. Při jednotlivých kontrolách je pacient fyzikálně vyšetřen a jsou provedeny laboratorní (vyšetření moči a krve) a zobrazovací (RTG, ultrazvuk, CT) vyšetření.

Datum: **Jméno lékaře:** **Podpis lékaře:**

PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto listu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.

SOUHLAS S OPERAČNÍM VÝKONEM – DERIVACE MOČI PO CYSTEKTOMII (RADIKÁLNÍM ODSTRANĚNÍ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE)

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

Jméno zákonného zástupce / vztah:

Rodné číslo:

Důvod: plánovaná operace **cystektomie** močového měchýře se skládá ze dvou částí: **resekční** odstranění močového měchýře event. prostaty a močové trubice) a **rekonstrukční** (zajištění drenáže moči při chybějícím nebo nefunkčním močovém měchýři) **derivace moči**.

Cíl derivace: je zajištění drenáže moči produkované ledvinami. Nejčastěji používanou technikou na našem pracovišti je tzv. Brickerova derivace moči neboli ileální konduit.

Anestezie a způsob provedení: již v předoperačním období je zcela zásadní výběr lokalizace stomie (vyústění) ve spolupráci se stoma sestrou – vyústění je zpravidla v pravém dolním břišním kvadrantu mimo kožní záhyby v dobré dosažitelnosti pro pacienta. Operace se provádí v celkové anestezii řezem ve střední čáře sahajícím od stydké kosti nad pupek. Principem operace je napojení močovodů oddělených od močového měchýře na střevní kličku, která je vyústěna stomatem na stěnu břišní. Střevní klička, která je použita pro derivaci moči je vyřata z tenkého střeva a kontinuita střeva je opětovně během operace obnovena. Na jeden konec střevní kličky jsou napojeny oba močovody a druhý konec kličky je vyšit ke kůži a je zformováno stoma, které bude sloužit k derivaci moči do sběrného sáčku.

Pooperační průběh: pacient s ohledem na rozsah operačního zákroku je hospitalizován 3 – 4 dny na pooperačním pokoji event. na KAR (klinice anesthesiologicko – resuscitační). V prvních pooperačních dnech je jeho výživa a příjem tekutin zajišťován nitrožilním přístupem, pacient je plně monitorován (opakované kontroly krevního tlaku, pulsu, krevních odběrů k zjištění hodnot vnitřního prostředí, bilance příjmu a výdeje tekutin,...). Operační rána je pravidelně kontrolována, pacientovi je zavedena nasogastrická sonda (hadička zajišťující odchod žaludečního obsahu a bránící zvracení), drény (hadičky uložené v blízkosti rány, odvádějící sekreci z rány), splinty obou močovodů (hadičky zavedené do obou močovodů a vyvedené stomií do sběrného sáčku – jsou odstraněny okolo 14. pooperačního dne. Dále jsou podávány; léky bránící vzniku možných komplikací – antibiotika, léky bránící srážení krve a vzniku trombembolických příhod atd. Přibližně 4 – 6 den pacient začíná přijímat potravu ústy a začíná intenzivně rehabilitovat ve smyslu stoje a chůze okolo lůžka. Při zcela bezproblémovém pooperačním průběhu je pacient propuštěn z nemocniční péče 12 – 16 den po operaci. Plná rekonvalescence trvá mezi 3 – 6 měsíci.

Možné časně a pozdní komplikace: **časné** – sekundární hojení rány (infekce v ráně), komplikace spojené s drenáží moči – špatná výživa stomie s možným odumřením (nekrosou) odvodné střevní kličky, pooperační krvácení, zhoršená funkce a opakované záněty ledvin, opožděná obnova střevní pasáže s nutností dlouhodobější výživy nitrožilním přístupem, nezhojení obnovené kontinuity střeva s následným vznikem zánětu pobříšnice, rozvoj zánětu plic, trombembolické komplikace, cévní mozková příhoda a další; **pozdní** – zúžení napojení močovodu a střevní kličku s rozvojem městnání moči v ledvinách, opakované záněty ledvin a poškození funkce ledvin, tvorba kýl v oblasti operační rány a v blízkosti stomie, komplikace spojené se sběrným sáčkem moči (alergické reakce na adhesivní podložku, únik moči okolo sběrného sáčku). Změna vnímání vlastního vzhledu změněného stomií a s tím související omezení v oblékání respektive volby oblečení.

Dispenzarizace (sledování) – pacienti s derivací moči jsou pravidelně ambulantně sledováni z důvodu časného odhalení možných komplikací. Kontroly jsou zaměřeny na monitoraci ledvinných funkcí (krevní náběry a ultrazvukové zobrazení ledvin) a dále na průchodnost kožního stomatu (fyzikální vyšetření v urologické ambulanci).

Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou Vítězská 800 Praha 4

Klinika / oddělení:

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA pro standardní péči (dospělí)

(Vyplnit do 24 hodin po příjmu)

Z. K. štítek
1957

Diagnóza: Ta. no. m. v. s. prodatal. R1, aneuria, hypertenze

Alergie: NE

Datum příjmu: 10. 11. 2008

Hodina příjmu: 16:30

Přijetí
Přijat odkud: dopr. zdravotního úst. ano ne
Opakované přijetí: ano ne
Rodina informována: ano ne

Fyziologické funkce při přijetí
Krevní tlak: 158/100 Puls: 80
Tělesná teplota: 37,3°C

Vědomí
Orientace
při vědomí bez omezení
porucha vědomí ztížený
bezvědomí nelze navázat

Psychický stav
 spolupracuje nespolupracuje
 klidný rozrušený
 orientovaný zmatený

Spánek
 bez poruchy s poruchou
Léky (jaké): NE

Dýchání
Potíže s dýcháním: ano ne
dušnost (jaká):
 cyanóza
 kašel (jaký):
 jiné:

Bolest: AKO
Lokalizace: Podrážek (VAS)
Intenzita (dle škály): 4 (VAS)
Co pomáhá: nic nepomáhá!

Hydrátace / Výživa
Hmotnost / výška: 78 kg / 177 cm
Dieta: měkká
Stav hydrátace: norm.
Zvláštnosti: z huby

Nutriční screening:
(viz druhá strana)
Kontaktovat nutričního terapeuta:
 ano ne

Vyprazdňování moče
Potíže s močením: ano ne
 pálení retence
 inkontinence jiné: dysurie
permanentní katetr den: močová kanystruie

Vyprazdňování stolice
Jak často chodí na toaletu: 2-3x
Datum poslední stolice: 10. 11. 08
Potíže se stolicí: ano ne
 zácpa průjem
 inkontinence stomie
 jiné:

koupelna
WC
telefon
TV

vypínač světla
signalizační zařízení
zábrany lůžka
pracovna sester

Orientace na oddělení

místa s omezeným vstupem (kuchyňka aj.)
 seznámen s domácím řádem
 (doba podávání stravy a návštěvních hodin aj.)
 seznámen s právy pacientů

Stav kůže
Změny na kůži: ano ne
 otoky jiné:
 dekubity (lokalizace):

stupeň: velikost:
Riziko dle Nortonové:
(viz druhá strana)

Pohyblivost
 chodící sám
 chodící s pomocí
 ležící pohyblivý
 ležící nepohyblivý

Soběstačnost
 soběstačný nesoběstačný
 vysoce závislý
 závislost středního stupně
 lehká závislost
 nezávislý
(dle testu ADL, viz druhá strana)

Pomůcky
 brýle, čočky naslouchátko
 zubní protéza berle, hůl
 protéza vozík, chodítko
 jiné:

Smyslové bariéry
 problémy se zrakem:
 problémy se sluchem:
 problémy s řečí:
 cizinec, který nerozumí česky

Riziko pádu
Skóre rizika (viz druhá strana):
 ano ne

Edukace
Potřeba edukace: ano ne
pacienta
rodiny:
Téma (viz edukační záznam):

Plánované propuštění
 není schopen vykonávat ADL + sebezpečí
 onemocnění s následky
 není orientován (čas, místo, osoba)
 vyžaduje následnou rehabilitaci
 bydlí sám
 v péči:

Kontaktovat sociálního pracovníka:
 ano ne
Jméno a podpis sestry: *Štítek*
Datum: 10. 11. 08 Čas: 16:30

Barthelův test základních všedních činností (ADL - Activities of Daily Living)			bodové skóre*
činnost	provedení činnosti	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	
1.	příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
2.	oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
3.	koupání	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0
4.	osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0
5.	kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní	10 5 0
6.	kontinence stolice	trvale inkontinentní plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
8.	přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10	chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
Celkem			100

Hodnocení stupně závislosti:**
 ADL 4 0 - 40 bodů vysoce závislý
 ADL 3 45 - 60 bodů závislost středního stupně
 ADL 2 65 - 95 bodů lehká závislost
 ADL 1 96 - 100 bodů nezávislý

* zaškrtněte jednu z možností
 ** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Rozšířená stupnice Nortonové									
Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Riziko vzniku dekubitu
4	• do 10 let	• normální	• žádné	• dobrý	• bdělý	• chodící samostatně	• úplná	• kontinentní	nízké (25 - 24 bodů)
3	• do 30 let	• suchá, šupinatá	• snížení imunity • horečka • diabetes • melititus	• zhoršený	• apatický	• chodící s doprovodem	• částečně omezená	• občasná inkontinence	střední (23 - 19 bodů)
2	• částečná	• vlhká	• sklerosis multiplex • obezita • anemie	• špatný	• zmatený	• sedící na lůžku, v křesle	• velmi omezená	• inkontinence převážně moče	vysoké (18 - 14 bodů)
1	• žádná	• alergie, porušená	• onemocnění cév • kachexie • karcinom	• velmi špatný	• bezvědomí	• ležící	• žádná	• inkontinence moče a stolice	ve velmi vysoké (13 - 9 bodů)
4	2	4	2	4	4	4	4	4	Celkem 32

Základní nutriční screening (dle Nottinghamského dotazníku)									
Věk	BMI*	Ztráta hmotnosti	Jídlo za* poslední 3 týdny	Projevy nemoci	Faktor stresu				
• do 65 let	• 20 - 35	• žádná	• beze změn množství	• žádné	• žádný				
• nad 65 let	• 18 - 20 • nad 35	• více než 3 kg / 3 měsíce	• poloviční porce	• bolesti břicha • nechutenství	• střední (chronické onemocnění, DM, menší chirurgický výkon, nekomplikovaný chirurgický výkon)				
• nad 70 let	• pod 18	• 3 - 6 kg / 3 měsíce • volné šatstvo	• ji občas • nejí	• zvracení • průjem nad 6x za den	• vysoký (akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP / ARO)				
0	0	1	0	0	1				
Celkem					2				

Rizikové faktory pro vznik pádu
 věk 70 let a více
 pád v anamnéze
 pooperační období (prvníh 24 hodin)
 závratě
 epilepsie
 zrakový / sluchový problém
 inkontinence
 hypotenze
 problém s pohyblivostí
 dezorientace
 užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, antihypertensiva, laxantia)

Riziko malnutrice
 • Než-li pacienta změřit a zvážit - 2 body (v takovém případě nvyphovat označené oblasti)
 • Než-li od pacienta získat informace - 3 body (v takovém případě nvyphovat označené oblasti)

bez nutnosti intervence (0 - 3 bodů)
 nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta (4 - 7 bodů)
 malnutrice ohrožující život / průběh choroby, bezpodmínečně nutná nutriční léčba (8 bodů a více)

Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, Vídeňská 800, Praha 4

Klinika / oddělení: NEUROLOGIE ŠTANBARNÍ

EDUKAČNÍ ZÁZNAM

Z.K.
1957
šifrek

Vztah pacienta ke zdravotnickému zařízení

hospitalizovaný pacient
 jiné:

Komunikační bariéra

smyslová psychologická
 fyzická jazyková
 jiná: neschopnost řeči

Téma edukace

① výživa
 ② sebek péče
 ③ užívání pomůcek
 ④ dialýza
 ⑤ medikace
 ⑥ péče o stomii
 ⑦ inkontinence
 ⑧ prevence TEN
 ⑨ prevence ICHS (kouření, DM, hypertenze, obezita)
 ⑩ péče o chronickou ránu
 ⑪ pohybový režim
 ⑫ diabetik
 ⑬ respirační terapie
 ⑭ polohování
 ⑮ edukace fyzioterapeutem
 ⑯ edukace nutričním terapeutem
 ⑰ možnosti péče v terénu
 ⑱ příprava před výkonem
 ⑲ edukace ošeftující sestrou
 ⑳ edukace sálovou sestrou

Téma edukace

1, 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 15, 16, 18, 19

Použité metody

ústně písemně
 ukázka nácvik
 audio, video, TV
 jiné:

ZÁZNAM EDUKACE V PRŮBĚHU HOSPITALIZAČNÍ PÉČE			
Datum	Slovní popis (reakce pacienta: odmítá výuku, prokazuje dovednosti, nutno opakovat, ptá se, není schopen pochopit a jiné)	Podpis (kdo vzdělává)	Podpis (kdo přijímá informace)
10.11.08	Dieta 3 (racionální), ch. medikaci a ligatury k ústnímu sám, není jen do detekce, používá signalizaci při polizích, pije 3x/24 hod, ten spíše slabší dehydracejní medikaci, zřítva EKG, RTG a int. před. vyšetření	Kišková	Z. K.
11.11.08	přidoplačení přípravků: jídlo do 16:00, telefonát do 14:00, po příloze melouřit, zřítva ráno si lež sám nebere, a to co dostane od zvl. sestry, napije nafun došněkem, obus po 18:00 klyžemg	Kišková	Z. K.
15.11.08	pohybový režim bez omezení, 3:3, pije 3x/24 hod, vyšetření včetně náby nglm jen zvl. sestra, návnk spánkové manipulace a infuzionem; obdržel peníze s návnk infuse u per. tangly s	Kišková	Z. K.
22.11.08	zřítva od 16:00 návnk 09:30 do 10:30 pije 1L kontrolovat 11:00 CT vyšetření za doprovodu pers. n.	Kišková	Z. K.

ZÁZNAM EDUKACE V PRŮBĚHU HOSPITALIZAČNÍ PÉČE

Datum	Slovní popis (reakce pacienta: odmítá výuku, prokazuje dovednosti, nutno opakovat, ptá se, není schopen pochopit a jiné)	Podpis (kdo vzdělává)	Podpis (kdo přijímá informace)
25.11.08	předoperační příprava nejvá a dnem: 11.11.08	a. Šiklová	Z.K.
24.11.08	pacient o operaci manipulaci s PK, udává kontrola příjmu a výdaje tekutin, udává se při potřezích	a. Šiklová	Z.K.
29.11.08	obdržel poučení k popuzec, při potřezích okamžitě uvázat, dodržuje pitný a Hygien. režim a. Šiklová	a. Šiklová	Z.K.
10.11.08	- péči nutričního terapeutem o bezstruskové dítě a dovedení přípravy směsi s šetrným nastavením, št. porce	nut. ter. Jelínková	Z.K.
10.11.08	doprovězení obalých pohora; edukace o stomii za přítomnosti členů rodiny	stom. o. Červá	Z.K.
11.11.08	- ústní informace ke stomii; odvězení stomických pomůcek	stom. o. Červá	Z.K.
3.11.08	- abstinence krmít a při o stomii; ukázaná edukace ke stomii	stom. o. Červá	Z.K.

PROPUŠTĚNÍ

Pacient obdržel

- lékařskou propouštěcí / předkladovou zprávu
- ošetrovatelskou předkladovou zprávu
- potvrzení PN
- poukaz na domácí péči
- lékařské recepty
- průkaz o trvání PN
- poukaz na ortopedické pomůcky
- poukaz na stomické pomůcky
- stomické pomůcky
- pomůcky k aplikaci inzulínu
- dokumentaci z jiného pracoviště (RTG, CT, MR)
- jiné: Edukace o krmě ke kof, nastrojení

Zajištěna doprava

- vlastní
- s doprovodem
- sanitním vozem
- bez doprovodu

Předán do péče

- praktického lékaře
- pečovatelské služby
- domova důchodců
- jiné:
- agentura domácí péče
- charity
- jiného zdravotnického zařízení

Výše uvedené skutečnosti jsem vzal/a na vědomí.
 Svým podpisem stvrzuji, že informace sdělené sestrou při propuštění jsou srozumitelné. Z.K.

Podpis pacienta / zákonného zástupce: Datum: 17. 11. 08
 Podpis sestry: Šiklová

Příloha 7 (a)

REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU:

V 6. pooperační den pacientova pobytu na standardním lůžkovém oddělení, vedený zdravotní sestrou ve 12 hodinové denní službě. (V podmínkách, kde jediná sestra, má na starosti 14 hospitalizovaných pacientů, přijímá nové pacienty, propouští pacienty, přijímá pacienty z JIP oddělení a musí zvládnout i pacienty v ten den po operačním zákroku, který z nedostatku lůžek nebyly umístěni na JIP oddělení...).

(Od 06:00 hodin - Do 18:00 hodin)

REALIZACE:

06:00

- Ranní buzení pacienta
- Měření TT, ukončení bilancí P+V tekutin / 24 hod., podávání medikace i. v.
- Proplach uretherálních splintů ve stomii (4 ml sterilního bezpyrogenního roztoku)
- Pacient za doprovodu sanitářky odeslán do sprchy, s možností vysprchovat celé tělo
- Úprava lůžka, výměna osobního a postelního prádla
- Dietní sestra při objednávání stravy upozorněna na změnu diety z tekuté na dietu kašovitou. Upozorněna na pálení žáhy pacienta s nutností osobní konzultace s pacientem a dohodnutí se na zvolení vhodných nápojů a potravin

07:00

- Vizita s ošetřujícím lékařem. Při vizitě CZK ex, drén v okolí operační rány ex,
- dezinfekce a sterilní krytí operační rány. Lékař upozorněn na dyspeptické potíže, na snížený příjem tekutin. Naordinován 3x1 sáček Anacidu mezi jídly. V případě nedostatečného příjmu tekutin naordinované infuze dle potřeby.
- Snídaně + podávání perorální chronické medikace. Pacient poučen, že po jídle se má posadit s hlavou mírně nakloněnou kupředu, a tak v podepření horní části těla, je dobré zůstat 30 – 40 minut, a po každém jídle by si měl vyčistit dutinu ústní.
- V soukromí sestra a lékař, je lékař upozorněn na popírání intenzity bolesti. Je doordinovaný Novalgin 1 ampule i. v. pravidelně po 8 hodinách a na noc Morfin 10 mg i. m. jednu hodinu před usnutím.

08:00

- Osobní konzultace s dietní sestrou
- Měření TK, P, dechu
- Pacient je vyzván k posouzení znalostí léčby bolesti včetně toho, co od léčby očekává. Následně vysvětlen i význam relaxační, anxiolytický, stabilizující fyziologické hodnoty
- Napíchnutá periferní kanyla. Podány zavodňující infuze s Novalginem i. v. Pacient poučen o příznacích flebitidy a o nutnosti hlášení změn stavu pokožky a nepříjemných pocitů.
- Pacient je ubezpečen, že dnes bude konzultovat se sexuologem a dnes proběhne výměna stoma systému tak, aby pochopil, smysl, fungování a získal tak představu co asi obnáší výměna stomatu

Příloha 7 (b)

- Pacient povzbuzen k otevřenému rozhovoru se sexuologem, aby se ptal na vše co ho tíží a aby slovně vyjádřil svůj strach, tak se vyzná ve svých pocitech a začne řešit svůj problém

09:00

- Velká vizita, kde z lékařského týmu lékař andrologické poradny upozorněn na neuspokojené potřeby pacienta v této oblasti
- Podán Anacid sáček perorálně

10:00

- Měření bilanci P+V tekutin. Pacientovi je opětovně předvedeno správné umístění katétru i sběrného sáčku tak, aby se usnadnila drenáž a zabránilo refluxu. Podané informace jak má o ně pečovat, aby nedošlo k infekci
- Pacient vybízen k vypití minimálně 3 l tekutin k zabránění inkrustace splintů a ucpávání stomatu
- Pacientovi doporučeno dostatečně odpočinout si, aby se zabránilo přepínání vlastních sil, a aby nespával odpoledne

11:00

- Oběd

12:00

13:00

- Kontrola pacienta. Pacient je ptán zda něco nepotřebuje, zda se nic od probuzení nezměnilo v jeho stavu, a jestli nemá nějaké nové nepříjemné pocity
- Pacientovi poskytnuta příležitost na vyslechnutí jeho obav a otázek

14:00

- Intimní rozhovor pacienta s profesionálním sexuálním terapeutem
- Podán Anacid

15:00

- Návštěva pacienta jeho manželkou. Manželka požádána jestli by nemohla donést manželovi (Actimely, minerální vody například Magnesia s příchutí, voskové chrániče proti hluku do uší na spaní...) V soukromí požádána jestli by nebyla ochotná být u výměny stoma planžety a dotkla se stomatu, ale ne z důvodu, že to neumí obsluhovat (zdravotní sestra), ale kvůli pocitu manžela o přijetí stomatu jako součástí jeho osoby. Samozřejmě po dohodě s manželem.

16:00

- Měření TT; ptaní se na vyprázdnění stolice a bolest
- Pozorovány neverbální projevy pac.
- Podán Novalgin + ampule v infuzi i. v.
- Výměna stomatu sestrou v intimní místnosti pod dohledem pacienta a za účasti manželky; edukace o významu jednotlivých použitých pomůcek; nové krytí po drénu, které prosáklo a sterilní krytí punkčních nefrostomií bilaterálně vyústěných s následnou fixací
- Snaha o vytvoření terapeutického vztahu naplněného starostlivou péčí a vzájemnou důvěrou. Pacient ubezpečen, že po zotavení mu zůstane jen „ta malá dírka v kůži“, a že bude postupně podle jeho stavu zbavován „hadiček“

17:00

- Měření TK, P, dechu
- Večeře

Příloha 7 (c)

- Podávání per os léku
- Pacient informován o přípravě na večerní vizitu

18:00

- Rozloučení se s pacientem a popřání kvalitního spánku

PRO ZHODNOCENÍ:

Ukončené bilance z předchozího dne:

06:00 P+V tekutin / 24 hod.:

i. v. / 24 hod. – 1500 ml

per os / 24 hod. – 1200 ml

urostomie / 24 hod. – 1300 ml

drén / 24 hod. – 26 ml

Ukončené bilance z hodnotícího dne:

18:00 P+V tekutin / 12 hod.:

i. v. / 12 hod. – 1000 ml

per os / 12 hod. – 1800 ml

urostomie / 12 hod. – 1900 ml

drén / 12 hod. – převazy dle potřeby

Fyziologické funkce z hodnotícího dne:

06:00 TT: 37,4 °C

08:00 TK: 135/100 mm Hg

08:00 P: 82 za min.

08:00 Dech: 22 za min.

16:00 TT: 37,2 °C

17:00 TK: 135/90 mm Hg

17:00 P: 76 za min.

17:00 Dech: 18 za min.

Příloha 8 (a)

Z. K. 1954		Plán Péče: 31. den pobytu – pooperační den 28 / 14 / 6	
Ošc. dg.	Cíl	Plán	Hodnocení (hodina + ukončeno, pokračuj, nelze dosáhnout)
1. Akutní bolest z důvodu operační incize a drénu	1. Zmírnění bolesti projevené stabilizací TK, P, dechu; svalovým uvolněním a sníženou ostražitostí	1.1 Sleduj neverbální projevy pacienta 1.2 Informuj lékaře o riziku popírání bolesti 1.3 Kontroluj fyziologické funkce 1.4 Analgetika podávej dle ordinace lékaře 1.5 Hodnot' intenzitu bolesti na škále bolesti 1.6 Zdůrazni nutnost přiměřeného oddechu s vyloučením nadměrné únavy z přepětí	1.1 - pokračuj 1.2 - 07:00 - ukončeno 1.3 - 06:00, 07:00, 16:00, 17:00 - pokračuj 1.4 - 08:00, 16:00, 21:00 - pokračuj 1.5 - 07:00, 17:00 - pokračuj 1.6 - 10:00 - ukončeno Pacient je vizuálně méně ostražitý a cítí uvolnění ve svalech. Večerní hodnoty fyziologických funkcí klesly do normálních hodnot. Pacient přes vizuální škálu bolesti poukázal na ústup bolesti. <i>a. Skrbora</i>
2. Porušené polykání z důvodu pálení žáhy	2. Pacient do 18:00 hodin pocítí úlevu od pálení žáhy	2.1 Odstraň příčinu přispívající k poruše 2.2 Kontaktuj nutričního terapeuta 2.3 Informuj lékaře 2.4 Podávej léky dle ordinace lékaře 2.5 Informuj o antirefluxní poloze 2.6 Sleduj příjem a výdej tekutin	2.1 - 06:00 - ukončeno 2.2 - 07:00 - ukončeno 2.3 - 07:00 - ukončeno 2.4 - 09:00, 14:00, 19:00 - ukončeno 2.5 - 08:00, 11:00, 17:00 - ukončeno 2.6 - 06:00, 10:00, 14:00, 17:00, 21:00, 01:00 - pokračuj Pacient po večerním jídle nepocítuje pálení žáhy. Příjem tekutin per os je <i>a. Skrbora</i>
3. Porušený spánek z důvodu odloučení od blízké osoby, přemítáním budoucností, prostředím	3. Pacient spí 6 hodin kvalitním spánkem	3.1 Posuď příčinu a přispívající faktory 3.2 Umožni kontakt s rodinou 3.3 Podávej léky na bolest 3.4 Nabídi sedativa dle ordinace lékaře 3.5 Zabraň insomni a podpoř spánkové návyky 3.6 Odstraň ovlivnitelné rušivé faktory 3.7 Nabídi duchovní pomoc	3.1 - pokračuj 3.2 - 15:00 - pokračuj 3.3 - 08:00, 16:00, 21:00 - pokračuj 3.4 - 21:00 - pokračuj 3.5 - 13:00 - pokračuj 3.6 - pokračuj 3.7 - ukončeno Pacient spal 6 hodin bez probuzení. <i>a. Skrbora</i>
4. Deficit znalostí v obsluze stomatu	4. Pacient se účastní výměny stomické pomůcky	4.1 Zjistí dosavadní znalosti 4.2 Posuď schopnost k učení 4.3 Uč pacienta k samoobsluze 4.4 Podávej žádané a potřebné informace 4.5 Zhodnot' stonii a okolí 4.6 Aktivně zapoj rodinu	4.1 - pokračuj 4.2 - ukončeno 4.3 - 16:00 - pokračuj 4.4 - pokračuj 4.5 - 06:00, 16:00, 20:00 - pokračuj 4.6 - 16:00 pokračuj Pacient se aktivně účastnil výměny stomické pomůcky. Utvrdil se ve vědomí, že bude plně soběstačný v starostlivosti. <i>a. Skrbora</i>

Příloha 8 (b)

Z. K. 1954			
Plán Péče: 31. den pobytu – pooperační den 28 / 14 / 6			
Ošc. dg.	Cíl	Plán	Hodnocení (hodina + ukončeno, pokračuj, nelze dosáhnout)
5. Strach z narušení sexuálního manželského života	5. Pacient do 15:00 hodin promluví s andrologem se sexuologickou specializací	5.1 Povzbuzuj pacienta k vyjádření obav 5.2 Zjistí o jaké informace má zájem 5.3 Odkáž na vhodného sexuálního terapeuta 5.4 Povzbuzuj se svěťováním i rodině 5.5 Doporuč i jinou profesionální pomoc	5.1 - pokračuj 5.2 - ukončeno 5.3 - 14:00 – ukončeno 5.4 - pokračuj 5.5 - ukončeno Pacient do 15:00 hodin hovořil s andrologem se sexuolog. specializací. Má kontakt na daného lékaře, který je srozuměn s jeho situací. <i>s. Klírková</i>
6. Porušený tělesný obraz z důvodu stomatu a ztráty kontroly nad odtokem moči	6. Pacient zahrne změny obrazu těla do sebebepjetí realistickým způsobem	6.1 Prodiskutuj s nemocným význam ztráty 6.2 Potvrď dříve obdržené informace 6.3 Pomoz pacientovi vybrat oděv k jeho spokojenosti	6.1 - ukončeno 6.2 - pokračuj 6.3 - pokračuj Pacient potvrdil nutnost změny a dovoluje personálu ověřit změny u stomatu bez známek negativní reakce. <i>s. Klírková</i>
7. Riziko situačně snížené sebeúcty	7. Pacient pociť plné respektování jeho osoby přes profesionální a empatický přístup personálu	7.1 Přístupuj k ošcřňovanému se stoním velmi taktně 7.2 Vytvoř terapeutický vztah naplněný starostlivostí a vzájemnou důvěrou 7.3 Povzbuzuj verbalizaci a dej prostor k projevům osobnosti pacienta 7.4 Dovol nemocnému reagovat popřením 7.5 Povzbuzuj členy rodiny 7.6 Měj pacienta, aby dovolil přijetí změny i rodině	7.1 - pokračuj 7.2 - pokračuj 7.3 - pokračuj 7.4 - pokračuj 7.5 - 16:00 – ukončeno 7.6 - 15:00 – ukončeno Pacient cítí respektování jeho osoby ze strany personálu. Váží si sám sebe a dává najevo své potřeby. <i>s. Klírková</i>
8. Riziko infekce z důvodu invazivních vstupů a operačního výkonu	8. Okolí invazivních vstupů je normálního charakteru. Operační rána se hojí per primam	8.1 Pečuj o hygienu kůže a čistotu osobního a ložního prádla 8.2 Děleť kontrolu minimálně 1krát za den 8.3 Při manipulaci postupuj asepticky 8.4 Přeřazy děleť dle potřeby a indikace – veď záznam 8.5 Sleduj místní a celkové projevy infekce 8.6 Podporuj zvýšený příjem tekutin a potravin bohatých na proteiny 8.7 Informuj pacienta o riziku a projevech infekce 8.8 Vyzvi pacienta ke sdělení jakýchkoliv nepřijemných pocitů u invazivních vstupů a operační rány	8.1 - 06:00, 20:00 – pokračuj 8.2 - 06:00, 07:00, 16:00, 20:00 – pokračuj 8.3 - pokračuj 8.4 - 07:00, 16:00 – pokračuj 8.5 - pokračuj 8.6 - pokračuj 8.7 - 08:00, 10:00, 16:00 – pokračuj 8.8 – pokračuj Operační rána se hojí per primam. Okolí invazivních vstupů je bez známek infekce. <i>s. Klírková</i>

PROPUSTKA

Z.K. je t. č. hospitalizován
příjmení jméno
 ve Fakultní Thomayerově nemocnici, Praha 4, Videňská 800 (tel. 4701)
 na den: 3 dny od: 29. XI. 08 do: 2. XII. 08 hod. má povoleno vzdálení z nemocnice.
 (10⁰⁰) (7⁰⁰)

Datum: 29. XI. 2008 rozitko odd.: podpis a jméno lékaře
J. Suchý

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem požádal o propustku a opouštím nemocnici na vlastní žádost a odpovědnost. Po dobu propustky budu zachovávat lékařské pokyny.

Propustka od: 29. XI. 08 do: 2. XII. 08 hod: (7⁰⁰)
Z.K.
příjmení jméno

Z.K.
podpis pacienta

04	FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE s poliklinikou PRAHA 4 - KRČ, VIDEŇSKÁ	podpis lékaře
1400	Urologické oddělení - lůžková část	oddělení 7F6

Dietní postup před cystektomií

Operační výkony v oblasti trávicího ústrojí vyžadují v rámci předoperační přípravy také úpravu podávané stravy. Vzhledem k tomu, že při cystektomii je močový měchýř nahrazován novým rezervoárem vytvořeným z kličky tenkého střeva, i před touto operací je nutný podobný postup jako před jinými operacemi střev.

Dietní postup při této operaci začíná přibližně 3-4 dny před samotným výkonem a je následující:

3.- 4. den	dieta č.5 – bezezbytková
2. den	tekutá strava
1. den	čaj, bujon

Technologická úprava a výběr potravin se u těchto diet řídí zásadami šetřící diety. Dále se strava upraví do požadované konzistence dle charakteru jednotlivých diet.

- Dieta č. 5 - podává se v normální konzistenci
- hlavní charakteristikou této diety je vyloučení tzv. *nestravitelných zbytků* z potravy, ty obsahují tyto potraviny:
 - : ovoce, zelenina (povolen je banán, pyré – např. mrkvové, jablečné, meruňkové)
 - : luštěniny (čočka, hrách fazole apod.)
 - : celozrnné výrobky (chléb, pečivo aj.)
 - : ořechy

Vhodné nápoje: čaj (tmavý, ovocný, zelený, bylinkový)
stolní voda neperlivá
minerální vody (nechat vyprchat CO₂)
ovocné a zeleninové šťávy (bez dužiny)

Tekutá strava : připravené pokrmy se upraví do tekuté formy
např. zředěním, mixováním, lisováním
: dále využíváme pokrmy, které se již v tekuté formě připravují:
řidký pudink, jogurtové nápoje

Den před operačním výkonem se podává pouze čaj, případně čirý bujon.

Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

Vídeňská 800, 140 59 Praha 4

Oddělení klinické výživy

☎telefon + fax: 420-261083608

E-mail: okv@ftn.cz



Základní dietní režim u akutních a chronických infekcí ledvin a močových cest

Strava nesmí být dráždivá. Omezujeme ostré koření (chilli, pepř, pálivou papriku, nové koření a ostré směsi), tymián a muškátový oříšek můžeme občas použít, ale v malém množství. Nevhodné koření nahrazujeme pažitkou, zelenou petrželkou, koprem, saturejkou či bazalkou.

Běžná kuchyňská úprava stravy je možná, dovoleno je i pečení, dušení a smažení. **Vynechat je však nutné jídla pikantní**, jako jsou kořeněné paštiky, rybí saláty, uzeniny, pikantní omáčky, sardelky, pikantní hořčice apod. Také technologické úpravy, které by mohly způsobit podráždění (zvěřina na divoko apod.)

Ve stravě **zvyšujeme obvykle přívod tekutin** asi na 2-3 litry denně, neboť zředění moči pomáhá při léčbě infekce.

Nevhodné nápoje jsou silná zrnková káva, silný ruský čaj, nápoje s obsahem kofeinu, větší množství kakaa a čokolády (denně), víno a likéry.

Vhodnými nápoji jsou naopak šípkový čaj, přírodní ovocné šťávy, minerální vody a kvalitní pitná voda. Přiměřené množství piva (do 10°) je vhodné proti infekci i tvorbě kamenů.

Dbáme o pravidelné vyprazdňování střev, proto i z toho důvodu zařazujeme do jídelního lístku dostatečné množství vhodné zeleniny a ovoce, především v syrové formě, s bohatým zastoupením vitamínu C. Vhodné jsou i kompoty.

Sytivost stravy neomezujeme. Denní energetická hodnota je určena především výdejem energie, podobně jako u zdravého člověka.

Dietní postupy měnící chemickou reakci moči

Jedním z opatření, jímž je možno bojovat proti infekcím močových cest, je střídání kyselé a zásadité reakce moči. Mění se tím prostředí, ve kterém bakterie přežívají a rozmnožují se.

Změny reakce moči je možné dosáhnout podáváním solí některých látek (např. chloridu amonného či bikarbonátu sodného). Stejného účinku lze u některých osob dosáhnout i úpravou diety, v níž převažují potraviny, které způsobují kyselou či zásaditou reakci moči.

Potraviny působící kyselou reakci moči:

všechny druhy masa, vnitřnosti, uzeniny, šunka, masové vývary, mořské ryby, sádlo, máslo, tvaroh, sýry, vejce, luštěniny, čokoláda, ořechy, růžičková kapusta, zelený hrášek, brusinky, rybíz, sušené švestky, ovesné vločky, těstoviny, chléb, moučníky, zčásti obiloviny.

Potraviny vyvolávající zásaditou reakci moči:

mléko, cukr, čaj, rajčata, červená řepa, celer, špenát, mrkev, hlávkový salát, brukev, chřest, zelí, kapusta, brambory, okurky, ředkvičky, jablka, třešně, banány, pomeranče, fíky, sušené meruňky.

Tato pravidla platí, pokud není porušena funkce ledvin. Jestliže dojde k snížení funkce ledvin, řídí se úprava stravy dle individuálního stavu pacienta.

Kód pojistovny AAA		poř. č.	
POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDECKOU POMŮCKU			
Příjmení a jméno Z. K.	Ev. č.	Pomůcka nová / repasovaná <small>*1) nehodící se škrtněte!</small>	
Číslo pojistěnce 54	DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY oprava – úprava pomůcky		
Bydliště (adresa) PRAHA	Sk	Kód	Cena
<input type="checkbox"/> I hrači pojistovna	030086584	3	3 kusy
<input type="checkbox"/> C spoluúčast pacienta	UROSTHILLET		
<input type="checkbox"/> P hrači pacient	VALEK -		
Dne:	- JEDNOVÝKILNÝ SYSTÉM		
Místo pro záznamy zdravotní pojistovny		Cena pomůcky	
Datum:		razítko výdejce	
razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře			

Život se stomií



Příprava a výměna pomůcek

Připravte si předem vše potřebné: šablonu pro změnění stomie (je součástí každého balení sáček), podložku a sáček, buničinu a čtvereček gázy na osušení, kosmetické přípravky: čistící roztok Comifeel, ochranný film Comifeel, pohlcovač zápachu Ostobon (používají pouze kolostomici a ileostomici), sáček na použité pomůcky

Postup při nasazování dvoudílných pomůcek:

1. Příprava nové podložky

Podložku vyjměte z obalu. Ochrannou fólii na spodní straně zatím neodstraňujte. Pomocí přiložené šablony změřte průměr stomie.

2. Vystřížení podložky

Zakreslete a vystříhnete otvor v podložce těsně kolem stomie. Pozor! Podložka nesmí stomii těsnit a bránit tak jejímu prokrvení, naopak příliš velký otvor v podložce způsobí, že odcházející moč či stolice kůži kolem stomie podráždí.



Příloha 14 (b)

3. Odstranění použité pomůcky

Opatrně odlepte původní podložku a buničinou ořete okolí stomie. Kůži omyjte vlažnou vodou, ošetřete čistícím roztokem a jemně osušte gázou. Použité pomůcky vložte do připraveného sáčku a vyhoďte. Pozor! U urostomiků odchází moč nepřetržitě, což znesnadňuje výměnu pomůcek. V tomto případě je vhodné použít čtvereček gázy nebo tampon na dočasné utěsnění stomie. Ty podle potřeby vyměňujte.



4. Nalepení nové podložky

Kůže v okolí stomie musí být před nalepením podložky čistá a suchá! Pokud kůže není v optimálním stavu, použijte kosmetické přípravky z řady Comfeel nebo Coloplast. Podrobnější informace o kosmetických přípravcích jsou uvedeny v předcházející kapitole. Okolí stomie by mělo být předem zbaveno ochlupení.



Z podložky opatrně odstraňte ochrannou fólii.

Pro snadnější manipulaci je fólie na okraji opatřena výraznou barevnou značkou.



Opatrně podložku přiložte.

Prstem objeďte těsně kolem stomie. Podložka ještě lépe drží, pokud má teplotu těla. Můžete ji proto předem zahřát v dlaních.



5. Nasazení sáčku

Připravte si sáček.

Ileostomický výpusťný sáček nejprve uzavřete, u urostomického sáčku uzavřete výpusťný ventil.

Do připraveného sáčku vsypte několik vložek pohlcovače zápachu Ostobon (platí pro kolostomiky).

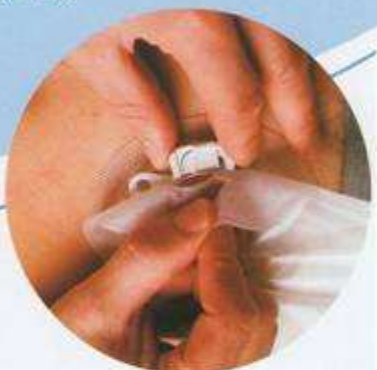
Nasaďte sáček k podložce směrem zespoda nahoru.



Uzavřete zámeček.

Klíknutí signalizuje, že je sáček připraven na podložce.

Pokaždé, když odcházíte mimo domov, si s sebou vezměte alespoň jednu předstříženou podložku a několik sáčků v taštičce k tomu určené.



Jak se oblékat?

Těsně po operaci nosíte raději volnější oděv. Později sami zjistíte, že díky diskrétnímu provedení podložek a sáčků Alterna můžete nosit stejné oblečení jako před operací, protože sáček je pod oděvem takřka neznatelný.

Mohu se koupat se stomii?

Se stomií se můžete mýt, sprchovat a koupat ve vaně se sáčkem nebo bez něj. Unikátní lepicí systém podložek Alterna vám dovoluje koupat se i ve volné přírodě, ať už ve sladké nebo slané vodě. Aby nedošlo při koupání ke znehodnocení filtru na sáčku (u kolostomiků a ileostomiků), nezapomeňte ho vždy přelepit samolepkou. Samolepky jsou přiloženy v každém balení sáčků.

Tělesný pohyb

Stomie nebrání tělesnému pohybu. Můžete cvičit a aktivně se pohybovat jako před operací. Vyvarujte se však některých sportů, při kterých by mohlo dojít k poranění stomie (box, zápas, bojové sporty) a nadměrnému namáhání břišní stěny (posilování ve Fitness centrech). V případě, že chcete provozovat některý ze sportů aktivně, poraďte se s ošetřujícím lékařem.

Cestování

Stomie není překážkou cestování. V mnoha zemích je v případě potřeby možné koupit stomické sáčky a doplňky. Abyste však měli pocit jistoty, vezměte si vždy s sebou na cesty dostatečné množství sáčků a podložek, raději o něco více, než normálně potřebujete doma. Pokud cestujete do teplejších oblastí, počítejte s větší spotřebou a nezapomeňte si přibalit čisticí a ochranné prostředky. Stomické pomůcky máte během cesty u sebe, aby nedošlo k jejich ztrátě.

Intimní život

Je mimořádně důležité, abyste vy i váš partner překonali všechny představy o neslučitelnosti stomie a intimního života. Zjistíte, že můžete jít životem tak přirozeně jako před zákrokem. Lidé si obvyklejší myslí, že stomie je překážkou normálního pohlavního života. Možná, že právě vy jste jedním z nich. Styďte se nebo se cítíte rozpačitě, přestože váš partner stomii akceptuje a snaží se, abyste na ni zapoměli. Před pohlavním stykem se doporučuje vyměnit sáček za rozměrově menší nebo použít speciální krycí sáček, popřípadě změnit intimní polohu.

Jídla a nápoje

Stomici nemusejí dodržovat speciální dietu. Jezte, co vám chutná a co máte rádi, ale snažte se také fídit zásadami správné výživy a stravu dobře rozkousat. Jistá omezení jsou, ale je nutné vyzorovat, co komu vyhovuje a podle toho vybrat stravu upravit. Záleží rovněž na tom, jaký druh stomie máte, neboť potraviny bezproblémové pro kolostomiky mohou způsobit potíže ileostomikům. Zpočátku se mohou vyskytovat obtíže jako nepravděelné trávení, nadměrné nadýmání, zácpa nebo průjem, ale váš organizmus se časem přizpůsobí nové

situaci. Po tuto přechodnou dobu doporučujeme dodržovat tzv. bezzbytkovou dietu. Důležitá je pravidelnost v příjmu potravy a dostatek tekutin.

Potraviny, které působí projmavé a mohou nadýmát:

tučná a smažená jídla, celozrnný chléb, luštěniny, zelí, kapusta, kedlubna, květák, špenát, okurky, papriky, cibule, česnek, houby, čerstvé ovoce, ostré koření, pivo, čerstvé mléko, chlazené nápoje, slazené nápoje s obsahem kyslíčnicku uhlíkatého.

Tyto potraviny lze konzumovat v omezené míře a jejich spotřebu přizpůsobit aktuální situaci.

Rady ileostomikům

Doporučujeme omezit příjem vysoce zbytkové stravy (ořechy, kokos, luštěniny, kukuřice, syrové zelí a další druhy tvrdší zeleniny, ananas). Potravu je nutné pečlivě rozkousat. Je lépe jíst menší množství stravy vícekrát denně, zvýšit příjem tekutin na dva až tři litry za den a více solí. Doporučuje se omezit přísun dráždivých a kořeněných jídel, syčených nápojů, alkoholu a kofeinu.

Rady kolostomikům

Většinou můžete jíst stejnou potravu a nápoje jako před operací. Některé z nich vyvolávají po požití zvýšenou tvorbu sířevních plynů nebo řídní stolici (např. vejce, zelí, cibule, luštěniny, pivo), proto vyzkoušejte vaši individuální snášenlivost. Proti nadýmání působí jogurt.

Rady urostomikům

Jezte pravidelně a nezapomeňte na dostatek tekutin, alespoň dva až tři litry denně. Potravou můžete ovlivnit kyselost moči (vejce, ryby, citrusové plody) nebo její zásaditost (mléko, čaj, celozrnná strava). Vyvarujte se konzumace alkoholu a černé kávy. Jezte různorodou stravu s vyšším obsahem čerstvého ovoce a zeleniny. Prospívá vyšší přísun vitamínu C.

Kam se obrátit v případě dalších dotazů?

Kdykoliv budete potřebovat nějakou informaci o výrobcích firmy Coloplast A/S nebo o námi poskytovaných službách, jsme připraveni vám pomoci na následujících telefonních linkách:

Informace pro pacienty:
bezplatná telefonní linka 800 100 416

Bezplatná zásilková služba:
MALKOL CZO spol. s r.o., Bušovice 4, 338 24 Brasy1
tel. 371 781 294, fax 371 781 293

Společnost Coloplast A/S děkuje za pomoc při přípravě tohoto textu sestřím, které se zabývají péčí o pacienty se stomií.

paní Haně Jirků, Janě Kovalíkové, Dagmar Seborové a Oize Teilerové.