

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ
S UROLITIÁZOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE DOSTÁLOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

Praha 2012

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze 31. 05. 2012

Podpis.....

ABSTRAKT

DOSTÁLOVÁ, Lucie. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacientů s urolitiázou.*
(Bakalářská práce). Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: Bakalář.
Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Praha 2012. s. 42.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacientů s urolitiázou. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se skládá ze dvou částí. První kapitola se zabývá charakteristikou, historií, etiopatogenezí, rizikovými faktory, klinickým obrazem, diagnostikou a léčbou onemocnění a renální kolikou. Druhou část tvoří charakteristika, fáze a význam ošetrovatelského procesu.

Praktická část se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u pacientů s urolitiázou, samotným ošetrovatelským procesem, na co se u těchto pacientů zaměřujeme a v neposlední řadě také na jejich edukaci

Klíčová slova: Edukace. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Specifika ošetrovatelské péče. Urolitiáza.

ABSTRACT

DOSTÁLOVÁ, LUCIE. *A complex nursing of the urolithiasis patients*. (Bachelor Thesis). The College of Nursing, o. p. s., degree: Bachelor. Advisor: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Praha 2012. s. 42.

The topic of this bachelor thesis is a complex nursing of the urolithiasis patients. The thesis is divided into two parts. The theoretical part consists of two topics. The first topic deals with characteristics, history, etiopathogenesis, risk factors, clinical picture, diagnostics and treatment of the illness and renal failure. The second part deals with characteristics, phases and importance of the nursing process.

Practical part covers specifics of the nursing of the urolithiasis patients, nursing process, what should we focus on and the last but not least their education.

Key words: Nursing, Nursing process, Specifics of the nursing, Urolithiasis.

PŘEDMLUVA

Urolitiáza je velmi rozšířené onemocnění. Vyskytuje se asi u 1% celkové populace. Jedná se o onemocnění močového systému.

Práce je mi velmi blízká, protože pracuji na urologickém oddělení v Ostravě, kde se s těmito pacienty setkáváme velice často a není výjimkou žádná věková kategorie.

Velká část pacientů přichází v akutním stadiu renální koliky, další nemalá část pacientů je hospitalizována plánovaně k operačnímu zákroku pro odstranění konkrementů z močového ústrojí.

Chtěli jsme vytvořit pohled na průběh nemoci, rizikové faktory, vznik, prevenci vzniku a opětovného vytváření konkrementů, přiblížit ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu, edukaci pomocí edukačního procesu, vyzdvihnout na co bychom se v edukaci měli zaměřit.

Výběr tématu práce ovlivnila má profese. Při psaní práce jsem využila odbornou literaturu, odborné články z časopisů a dokumenty v elektronické podobě.

Práce je určena pro zdravotníky, především všeobecné sestry pracující na urologických odděleních.

Touto cestou bych velmi ráda poděkovala vedoucímu bakalářské práce PhDr. Dušanu Syslovi , PhD., MPH. za příkladné vedení, cenné rady, připomínky, podporu a trpělivost při zpracování bakalářské práce.

Mé poděkování patří v neposlední řadě vrchní sestře, kolektivu všeobecných sester a vedení urologického oddělení Městské nemocnice v Ostravě.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ATB - antibiotika

CA – celková anestezie

CRP – c reaktivní protein

CT – počítačové tomografie

DM – diabetes melitus

EKG – elektrokardiograf

ESWL (LERV) – extrakorporální litotrypse rázovou vlnou

FF – fyziologické funkce

IVU – vylučovací urografie

K - draslík

Na - sodík

NST - nefrostomie

PAD – perorální antidiabetika

PEK – perkutánní extrakce konkrementu

PMK – permanentní močový katetr

PNL – perkutánní litotrypse

PŽK – periferní žilní katetr

UC – ureterální cévka

URS – ureterorenoskopie

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 UROLITIÁZA.....	9
1.1 Historie.....	9
1.2 Etiopatogeneze.....	10
1.3 Rizikové faktory.....	12
1.4 Klinický obraz.....	12
1.5 Diagnostika.....	13
1.6 Léčba.....	15
1.6.1 Konzervativní léčba.....	15
1.6.2 Endoskopická léčba.....	16
1.6.3 Chirurgická léčba.....	16
1.7 Renální kolika.....	17
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU.....	18
2.1 Charakteristika.....	18
2.2 Fáze ošetrovatelského procesu.....	18
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S UROLITIÁZOU.....	21
3.1 Specifika ošetrovatelské péče konzervativní léčby u pacientů s urolitiázou.....	21
3.1.1 Příjem pacienta.....	21
3.1.2 Ošetrovatelská péče.....	22
3.2 Specifika ošetrovatelské péče chirurgické léčby u pacientů s urolitiázou.....	23
3.2.1 Příjem pacienta.....	23
3.2.2 Ošetrovatelská péče.....	24
3.3 Životaspráva.....	26
3.3.1 Primární prevence.....	26
3.3.2 Sekundární prevence.....	29
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ S UROLITIÁZOU.....	30
4.1 Fáze – posuzování.....	30
4.2 Fáze – diagnostika.....	31
4.3 Fáze – plánování.....	33
4.4 Fáze – realizace.....	34
4.5 Fáze – vyhodnocení.....	34
5 EDUKACE PACIENTA S UROLITIÁZOU.....	35
5.1 Charakteristika edukačního procesu.....	35
5.2 Fáze edukačního procesu.....	35
5.3 Edukace pacienta.....	37
ZÁVĚR.....	40
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	41

ÚVOD

Za svůj život se člověk ocitne v různých situacích, na některé se může připravit, ale jiné vznikají náhle a neočekávaně. Jednou z takových je nemoc. Člověk si nemoc nevybírám, právě naopak si nemoc vybírá člověka a většinou mu změni celý život. Donutí člověka přehodnotit své postoje, cíle a životní priority.

Na nemoc lze mít mnoho pohledů. Někdy vzniká, postupně se vyvíjí, mění, různě dlouho trvá, pokračuje nebo končí. Pro společnost i zdravotnictví jsou velkým problémem onemocnění dlouholeté a trvalé než onemocnění akutní. Pacienti s urolitiázou lze zařadit do obou skupin. Jak do pozice akutního onemocnění, kdy se s ním pacient setká jednou za život. Naopak také na onemocnění chronická, dlouhotrvající při výskytu velkých konkrementů nebo malformací či genetických faktorů, které zapříčiňují opakující se ataky renálních kolik nebo opakovanou tvorbu konkrementů. V každém případě je toto onemocnění zásahem do života, jen nikdy nedokážeme dopředu říci, jak velkým. Urolitici jsou pacienti urologických oddělení a ambulancí.

Urolitiáza je velmi rozšířené onemocnění močových cest, které je charakterizováno vznikem konkrementů v močových cestách. Tímto onemocněním trpí asi 1% celkové populace a vyskytuje se v každé etapě lidského života. Závažnost toho onemocnění spočívá v komplikacích, které sebou toto onemocnění přináší.

Hlavním cílem péče o pacienty s urolitiázou je vyřešení jejich akutního problému a následně zamezení dalšího vzniku konkrementů.

Bakalářská práce nám umožňuje pohled na problematiku onemocnění, seznamuje nás s historií tohoto onemocnění, rizikovými faktory, klinickým obrazem, léčbou, ale také s prevencí. Obsahem praktické části jsou specifika ošetrovatelské péče, procesu a edukace pacientů a urolitiázou.

Touto prací bychom chtěli oslovit urologické, ale také všeobecné sestry pro získání uceleného pohledu na problematiku.

Hlavním cílem je seznámit všeobecné sestry různých oborů se základními informacemi o tomto onemocnění. Seznámit je s péčí o tyto pacienty, neboť se z těmito pacienty mohou kdykoli setkat.

1 UROLITIÁZA

Urolitiáza je velmi rozšířené onemocnění močového ústrojí, které je charakterizováno vznikem konkrementů v močových cestách.

Tímto onemocněním trpí asi 1% celkové populace a asi 1/3 urologicky nemocných pacientů. Urolitiáza se vyskytuje nejčastěji v produktivním věku, ale výjimkou není ani výskyt v dětství či stáří.

Konkrement jako takový není onemocněním, je pouze příznakem. Proto vždy hledáme příčinu vzniku konkrementu.

Typickým projevem tohoto onemocnění je renální kolika, která je hlavním čínidlem, proč pacient navštíví lékaře.

Závažnost tohoto onemocnění spočívá v mnohých komplikacích, které mohou vést ke zničení parenchymu ledvin v různém rozsahu, v nejhorším případě až ke zničení renálních funkcí.

Průběh onemocnění je různý, od symptomatického až po prudké opakované ataky renální koliky (KAWACIUK, 2000).

1.1 Historie

Urolitiáza je onemocnění, které se vyskytuje od starověku a patřila tehdy mezi velmi známé onemocnění.

Jednu z prvních zmínek o konkrementu nacházíme již v Hippokratově přísaze, kde se mluví o řezu na kámen (v měchýři), tento úkon byl svěřen výhradně kvalifikovaným léčitelům, kteří se tímto zabývají to znamená specialistům.

Historický vývoj léčby lze rozdělit jako nyní na konzervativní a chirurgickou. Konzervativní léčba nebyla moc užívaná, léčba byla především chirurgická, operovali ranhojiči a lazebníci. Umění operovat se dědilo z otců na syny a postup byl střeženým rodinným tajemstvím.

Postupně se obnovovaly snahy o konzervativní léčbu, která spočívala v pití velkého množství vody a to jak dešťové tak minerální.

V českých zemích byl v minulosti výskyt konkrementů také častý vzhledem ke zmínekám ve francouzském písemnictví. Kukala ve své monografii podchytil v roce

1894 celkem 552 nemocných, byli to převážně chlapci u kterých se vyskytovaly urátové konkrementy (KŘÍŽEK, SADÍLEK, 1989).

1.2 Etiopatogeneze

Multifaktoriální teorie zakládá na tom, že na vzniku konkrementů mají vliv minimálně dvě velké skupiny faktorů a to faktory vnitřní a vnější.

Vnitřní faktory – jsou souborem hlavně genetických biochemických nebo anatomických vlastností každého organismu individuálně. V nichž jsou zahrnuty etnické, rasové, familiární vlivy a vrozené fyziologické nebo anatomické předpoklady k tvorbě močovým konkrementů.

Vnější faktory – jsou souborem vlivů okolního prostředí. V nichž jsou zahrnuty místní klima, kvalita pitné vody, dietní zvyklosti dané populace s odlišnostmi jednotlivých rodin. Přítomnost nebo nedostatek některých stopových prvků v potravinách nebo pitné vodě má také velký vliv a faktory sociologické.

Genetické faktory – vysoký výskyt urolitiázy je v USA, Velké Británii a na středním východě. Vyšší výskyt určitých typů litiáz je prokázán také ve Střední a Jižní Americe a v Africe. V České republice se nejčastěji vyskytují konkrementy z kyseliny močové a to ve 20% - 25%. Na geografickém výskytu jednotlivých druhů konkrementů se podepisuje vliv řady vnitřních i vnějších faktorů.

Rasové faktory – nelze s velkou pravděpodobností potvrdit, že nižší nebo naopak vyšší výskyt vzniku konkrementů je nějak rasově podmíněn.

Klimatické faktory – s velkou pravděpodobností se dá říci, že teplota okolního prostředí je významným rizikovým faktorem při vzniku konkrementů, který zvyšuje perspiraci a dehydrataci. Bylo prokázáno, že zvýšený výskyt na severní polokouli je v období mezi červencem a zářím a na jižní polokouli v období mezi prosincem až březnem, tedy v době australského léta.

Hereditární faktory – dědičnost vzniku konkrementů není prokázána, ale nelze také vyloučit jistý předpoklad, že podkladem pro vznik urolitiázy je polygonový deficit a že existuje genetický předpoklad pro vznik konkrementů. Prokazatelná je ovšem hereditární souvislost s možnou dědičností metabolických poruch, které jsou spjaty s tvorbou konkrementů (renální tabulární acidóza, vrozená hypozygotní cystinurie). Konkrementy neinfekčního charakteru jsou 2.-3. krát častěji postiženi muži než ženy.

Sociologické faktory – důležitým aspektem v tvorbě konkrementů je příjem tekutin, jak její objem jako předpoklad perspirace, tak její složení (například obsah zinku je jedním z indikátorů krystalizace). Spoluzodpovědnost za různé návyky v konzumaci tekutin má okolní prostředí a také výchova v rodině. Nemalý epidemiologický vliv má charakter zaměstnání. U pracovníků v horkých provozech, u sedavého zaměstnání nebo u zaměstnání, kde je jedinec vystaven častému a dlouhodobému stresu je tvorba konkrementů vyšší.

Hypersaturece moče kamenotvornými látkami – zvýšená produkce některých kamenotvorných substancí ledvinou často rozhoduje o chemickém složení vytvořeného konkrementu, nebo napomáhá tvorbě jiného druhu konkrementu. Nasycení moče kamenotvornými látkami se výrazně zvyšuje při nízké diuréze (malém množství moče) a u stázy moče.

Změna pH moče a močová infekce – fyziologické pH moče se pohybuje mezi 4.5 – 7.0. Rozpustnost většiny kamenotvorných látek přímo ovlivňuje pH moče, při nízkém pH klesá rozpustnost kyseliny močové a cystinu, naopak vysoké pH podporuje vznik fosfátových a struvitových konkrementů.

Moderní teorie vzniku – předpokládá se, že volné krystaly kamenotvorné látky představují základ pro možnou tvorbu konkrementu, u jedinců trpících litiázou bývá těchto látek více než u zdravých jedinců. V hyper nasyceném labilním roztoku rychleji stoupá počet těchto látek a při vhodném pH moče se krystaly mohou začít shlukovat již ve sběrných kanálcích ledviny – homogenní nukleace. Krystaly také ochotně precipitují na odloupaných částech epitelii, tkáňové drti, shlucích bakterií, nebo bílkovinách v moči se kterými tvoří „matrix“ neboli organické jádro – heterogenní nukleace. Mikrolit, který vznikl nukleací je základem pro další apozici kamenotvorných substancí a vznik konkrementu. Stáza moče výrazně podporuje procesy několikasupňové aglomerace krystalů. Překážka v močových cestách významně narušuje normální dynamiku vývodných močových cest, která je významným antilitickým činitelem.

Na proces agregace krystalů působí řada inhibitorů krystalizace (například magnézium, citráty, pyrofosfáty, některé stopové prvky, vysokomolekulární glykoproteiny a ochranné koloidy). Za předpoklad vzniku konkrementů tedy považujeme porušení rovnováhy mezi nasycením moče kamenotvornými látkami a aktivitou inhibitorů krystalizace, které brání jejich vypadávání z roztoku a následné agregaci (KAWACIUK, 2000).

1.3 Rizikové faktory

Urolitiáza není dědičné onemocnění, ale jak jsme se zmiňovali již dříve, je zde předpoklad že polygonový defekt má souvislost s tvorbou konkrementů. Prokazatelná je dědičnost metabolických poruch spjatých s tvorbou konkrementů.

Mezi další rizikové faktory řadíme nízký objem moči a specifickou hmotnost, která navyšuje riziko tvorby konkrementu až o 4%. Dále obsah litogenních faktorů, změna pH moče, vysoký příjem živočišných bílkovin, oxalátů, kuchyňské soli, fosforu a alkoholu.

1.4 Klinický obraz

Urolitiáza patří k nejzávažnějším urologickým onemocněním, postihuje pacienty nejčastěji v produktivním věku a bývá nejčastější příčinou pracovní neschopnosti. Toto onemocnění často recidivuje a mnohdy jsou ohroženy správné renální funkce. Mnohdy lidé ani neví, že se u nich konkrementy vyskytují, nepocítují žádné potíže ani omezení. Na přítomnost konkrementu pacient většinou přijde náhodně a to ve chvíli, kdy je atakován renální kolikou. Příznaky se odlišují dle toho v jaké části močového ústrojí se konkrement nachází.

Konkrementy v ledvině pokud jsou volné mohou zapříčinit typickou ledvinovou koliku vniknutím konkrementu do močovodu nebo pyelouretrálního přechodu, projevující se typickou bolestí v bederní krajině hlavně při pohybu. Dalšími příznaky jsou hematurie a to jak mikroskopická tak makroskopická, teplota, projevující se septickou křivkou, nauzea a zvracení.

Konkrementy v močovodu opět vyvolávají při průchodu močovodem ledvinovou koliku, ale v případě zaklínění v místě fyziologického zúžení může být dlouho asymptomatický. Při dlouhodobé úplné blokáde močovodu konkrementem může dojít k hydronefróze nebo ureterohydronefróze. Jen vyjímečně se setkáváme s reflexní anurií druhé strany.

Konkrementy v močovém měchýři vznikají především primárně, jen vzácně zde dochází k narůstání konkrementů, které zde doputovaly z močovodu. Tyto konkrementy se projevují většinou mikčnými potížemi (dysurií, strangurií,...), dále pyurií společně

s mikroskopickou hematurií, která se po námaze mění v makroskopickou hematurii, která spontánně v klidu odeznívá.

Konkrementy v močové trubici většinou vytvoří akutní překážku v odtoku moče, projevující se slabým přerušovaným proudem moče, terminální hematurií a infektem moče. (KAWACIUK, 2000).

1.5 Diagnostika

Anamnéza – je soubor informací, které jsou potřebné k bližšímu poznání zdravotního stavu pacienta. Anamnéza se skládá z nynějšího problému, osobní anamnézy, rodinné anamnézy, farmakologické anamnézy, alergologické anamnézy, u žen gynekologické anamnézy, u mužů urologické anamnézy, dále pracovní a sociální anamnézy.

Na základě anamnestických údajů přistupujeme k dalším vyšetřením, které vhodně vybíráme dle lokality výskytu konkrementu.

Fyzikální vyšetření

Palpace – bývá velmi bolestivá a to jak v bederní krajině, tak po celém průběhu močového až do malé pánve. Pohmatové vyšetření provádíme velmi důsledně abychom vyloučili případnou náhlou příhodu břišní.

Vyšetření per rektum a per vaginám může být bolestivé jde-li o konkrement v pánevním močovodu.

Laboratorní vyšetření

- Krevní obraz – hladina leukocytů, biochemický screening – hlavně hladina urei, kreatininu, kyseliny močové, albumin, parathormon, při zvracení hladinu iontů K a Na, CPR
- Vyšetření moče – chemicky i mikroskopicky na hladiny leukocytů a erytrocytů v různém rozsahu. V případě výskytu pyurie – vzorek moči poslat na mikrobiologické vyšetření, potvrzení infekce a určení citlivosti na ATB
- Analýza konkrementu – toto je pouze fyzikální metoda pomocí polaryzační mikroskopie
- Metabolické vyšetření – stanovující složení konkrementů a zjištění možné příčiny jejich vzniku. Provádí se minimálně 4. týdny po odstranění nebo vymočení konkrementu a uvolnění obstrukce močových cest. Provádí se až

když se pacient vrátil k běžnému způsobu života a dietním návykům. Toto vyšetření provádíme pouze u recidivujících litiáz.

Nativní snímek – slouží k zobrazení kontrastního konkrementu a to v celém průběhu močového systému.

Ultrasonografie – napomáhá v akutním stádiu prokázat konkrement v ledvině, který není viditelný na RTG snímku, zobrazí dále městnání nad konkrementem.

IVU – vylučovací urografie. Je jednou z nejdělnějších metod při diagnostikování nekontrastních konkrementů. Dokáže přesně lokalizovat uložení konkrementu, městnání moče nad konkrementem. IVU se neprovádí při akutní renální kolice – neboť takto postižená ledvina špatně vylučuje.

Příprava k vyšetření – psychická příprava zahrnuje informovanost pacienta, pacient musí být lačný, před výkonem užít 6 tablet Espumisanu a je nutné neomezovat pitný režim.

Kontraindikace – alergie na jodovou kontrastní látku, gravidita, renální insuficience, léčba PAD s obsahem metforminu (nutné 2 – 3 dny před vyšetřením vysadit)

Po výkonu je nutný zvýšený pitný režim pro rychlé a kvalitní odstranění kontrastní látky.

CT – počítačová tomografie. Využíváme v případě, že při IVU nebo ultrasonografií došlo k přehlédnutí nebo neprokázání konkrementu. U tohoto vyšetření zobrazíme konkrementy bez ohledu na jejich složení. Hlavní je využití při zobrazení komplikací vzniklých konkrementem (urinom, funkční ledvina). Nevýhodou je, že drobné konkrementy se nemusí v sekvenci snímků zobrazit.

Příprava k vyšetření – psychická příprava zahrnuje informovanost pacienta, pacient lačný, před vyšetřením aplikace Dithiadenu, podepsaný souhlas s CT vyšetřením.

Po výkonu není nutné další ošetření.

Ascendentní ureteropyelografie – je kombinované endoskopické a rentgenové vyšetření. Kdy vstříkujeme kontrastní látku cévkou zavedenou při cystoskopii do ureteru pod skiaskopickou kontrolou a tímto kontrastem plníme ureter, pánvičku i kalichy.

Příprava k vyšetření – pacient lačný, vyprázdněný, premedikace. U mužů zpravidla v krátkodobé CA.

Kontraindikace – alergie na jodové kontrastní látky

Po výkonu dbát na dostatečný pitný režim, preventivně podat ATB. Pokud je pacient po výkonu v CA sledujeme FF, bolestivost, močení (do 6 hodin po výkonu) (DVOŘÁČEK a kol., 1998, NOVOTNÁ, 2006).

1.6 Léčba

Léčbu urolitiázy lze obecně rozdělit na konzervativní, endoskopickou a s klasickým chirurgickým přístupem. V akutním stavu jde především o uvolnění obstrukce odtoku moče, dále odstranit konkrement a zachovat funkčnost ledvin.

1.6.1 Konzervativní léčba

Léčba renální koliky: základní medikamenty jsou spasmolytika, infúze s opiáty, pomáhají také nesteroidní antiflogistika. Po zklidnění akutní ataky doporučujeme zvýšený pitný režim, úlevovou polohu v sedě, horké koupele.

Vypuzující léčba: používáme léky napomáhající spontánnímu odchodu konkrementu z močových cest. Spontánní odchod je nejčastější užívanou metodou léčby urolitiázy, lze jí ovšem použít pouze do určité velikosti a lokalizace konkrementu. Konkrementy do velikosti 5 mm stejně jako konkrementy uložené v distálním močovodu mají téměř 50% naději na spontánní odchod. U konkrementů lokalizovaných v horní třetině močovodu je tato pravděpodobnost jen 10%. Spontánní odchod můžeme urychlit a usnadnit kromě zvýšeného příjmu tekutin, fyzickou aktivitou (rychlejší chůze ze schodů, skoky po schodech – POZOR NA ÚRAZ, dřepy), podáním spasmolgetik (Algifen, No-Spa, Mesokain), nesteroidních antiflogistik, které inhibují prostaglandiny (Indometacin, Ibuprofen) a antiedematiky (Aescin, Reparil).

LERV, ESWL: Extrakorporální litotrypse se provádí pomocí rázové vlny generované externím zdrojem, která se šíří přes tělo pacienta do určeného ohniska, je důležité aby toto ohnisko bylo dobře zaměřeno ze 3. úhlu a nesmí být kryto kostí. Používá se u konkrementů do velikosti 2,5 cm.

1.6.2 Endoskopická léčba

URS: endoskopická metoda, kdy se pomocí flexibilního uretroskopu dostaneme do úseku, kde se konkrement nachází a pod optickou kontrolou jej pomocí laseru rozdrtíme a úlomky konkrementu vyplavíme pomocí irigačního roztoku nebo vyjmeme pomocí dormia kličky.

PEK,PNL: je endoskopická metoda, kdy odstraňujeme konkrementy z ledviny po předchozí dilataci punkčního kanálu na rozměr nefroskopu. Částičky konkrementu lze vypláchnout nefrostomií po předchozí perkutánní litotrypsi.

1.6.3 Chirurgická léčba

Klasickým otevřeným přístupem se v této době operuje jen velmi zřídka a v případě, že selhaly endoskopické metody.

U nefrolitiázy je operace klasickým přístupem volena jen u 5% pacientů a to v případě, že je nutná plastika vývodných cest močových pro vysoký odstup pyeloureterálního přechodu s hydronefrózou.

Ureterolitiáza se otevřeným chirurgickým výkonem již neřeší, pouze v případě perforace ureteru a nutnosti operační revize.

Cystolitiáza je klasickým otevřeným přístupem řešena v případě velmi velkých konkrementů o velikosti nad 3 cm v průměru nebo v případě mnohočetného výskytu konkrementů. Většinou je tento výkon spojen s prostatektomií nebo discizí hrdla chýře k odstranění překážky v odtoku moče (KAWACIUK, 2000, DVOŘÁČEK a kol., 1998).

1.7 Renální kolika

Prudká šokující bolest v bederní krajině, která vzniká náhle a nečekaně a vystřeluje podél močovodu do třísla, skróta a varlete u žen do vulvy.

Vyvolávajícím faktorem pro vznik koliky bývá uvolněný konkrement z ledviny, přecházející přes pyeloureterální přechod nebo močovod. Kolika může také propuknout u zánětlivého podráždění sliznice vývodných cest močových nebo průchodem koagul.

Klient bývá opocení, bledý, při prvním záchvatu bolesti většinou také zvrací, dojde k zástavě střevní pasáže z tohoto důvodu zástava odchodu plynů a stolice. Tepová frekvence u renální koliky bývá normální nebo bradykardická z důvodu podrážděná nervus vagus.

Koliku diagnostikujeme vyšetřením moče a močového sedimentu, nativním rentgenovým snímkem ledvin a orientačním sonografickým vyšetřením ledvin a močovodu procházejícího Waldeyerovou pochvou.

Léčba spočívá většinou v klidovém režimu a podávání spasmolytik a analgetik. Další možností je překážku obejít pomocí pig-tail katétru zavedeného do pánvičky ledvinné pomocí cystoskopu. Možná je také akutní ureterorenoskopie při úporné a recidivující kolice a tím okamžité odstranění blokuujícího konkrémentu.

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Ošetřovatelský proces by mohl být chápán jako způsob organizace ošetřovatelské péče o pacienty.

Termín ošetřovatelský proces poprvé použila v roce 1955 sestra Hallová. Od té doby začalo termín ošetřovatelský proces popisovat různými způsoby více sester, převážně z USA a Kanady, tyto sestry jsou považovány za teoretičky ošetřovatelství. V roce 1973 se legitimizovalo využití ošetřovatelské praxe a uvedlo 5 částí ošetřovatelského procesu: posuzování, diagnostiku, plánování, realizace a vyhodnocení (KOZIEROVÁ et al., 1995).

2.1 Charakteristika

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Je cyklický, protože jeho složky následují za sebou v logickém pořadí, ve stejném čase může být v činnosti více složek najednou.

Systém je dynamický, otevřený, plánovaný, cílený, individuální a přizpůsobivý. Přizpůsobuje se osobním potřebám pacienta, rodiny či společnosti.

Umožňuje kreativní přístup sestry a pacienta při řešení zdravotního problému.

Je všeobecně použitelný ve všech typech zdravotních zařízení, kde je poskytována zdravotní péče u pacientů v různých věkových kategoriích.

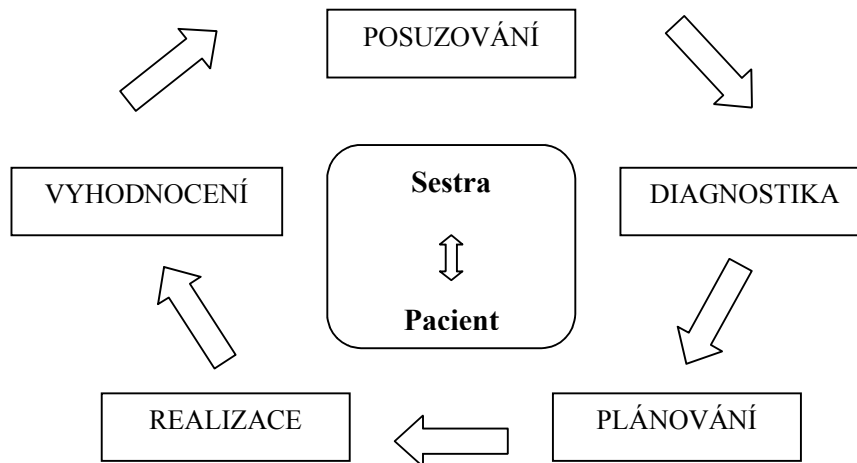
Cílem ošetřovatelského procesu je zhodnotit zdravotní stav pacienta, skutečné nebo potencionální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na zhodnocení potřeb a poskytnout specifické ošetřovatelské zásahy na uspokojení těchto potřeb (SYSEL a kol., 2011).

2.2 Fáze ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces se skládá ze série čtyř, popřípadě pěti složek neboli fází. Čtyřfázový proces zahrnuje posuzování, plánování, realizaci a vyhodnocení. Diagnostika je součástí první fáze posuzování. Pětifázový proces je častěji aplikovaný v praxi, tvoří ho pět základních kroků – posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Všechny tyto fáze se vzájemně ovlivňují a úzce spolu souvisí.

Oba typy procesu poskytují organizační strukturu na dosažení cílů procesu. Jejich základem je interakce vztahů mezi sestrou a pacientem.

Obrázek č. 1 – Fáze ošetrovatelského procesu



Zdroj: vlastní tvorba

1. Fáze - posuzování

Je zde zahrnut sběr dat, ověřování a třídění údajů o pacientově zdravotním stavu. Vyžaduje aby spolupráce mezi sestrou a pacientem byla aktivní. Hlavními metodami sběru dat jsou pozorování, rozhovor a vyšetření sestrou (KOZIEROVÁ et al., 1995)

2. Fáze - diagnostika

Se skládá ze tří následujících kroků: zjištění pacientových problémů, rizik pozitiv, zpracování dat a formulace sesterských diagnóz.

Sesterská diagnóza je závěrem o potencionálním nebo skutečném narušení pacientova zdravotního stavu. Poskytuje základ pro výběr ošetrovatelské intervence k dosažení výsledků, za které je zodpovědná sestra.

Sesterské diagnózy určují aktuální a potencionální problémy pacienta. Diagnózy tvoříme dvousložkové nebo tříložkové. Dvousložková diagnóza se skládá z problému a příčiny. Trojsložková z problému, příčiny a projevujících se příznaků (KOZIEROVÁ et al., 1995).

3. Fáze – plánování

Plánování je proces určení si ošetrovatelských intervencí potřebných pro prevenci, zmenšení nebo odstranění zdravotních problémů pacienta.

Má šest částí:

- Určení priorit.
- Určení cílů pacienta a výsledných kritérií.
- Plánování ošetrovatelských intervencí.
- Sepsání sesterských ordinací.
- Sepsání plánu ošetrovatelské péče.
- Konzultace (KOZIEROVÁ et al., 1995).

4. Fáze – realizace

Realizace je provedení ošetrovatelských intervencí, které jsou zaznamenány ve stanoveném ošetrovatelském plánu. Je to ošetrovatelská činnost zaměřená na dosažení cílů pacienta. Ošetrovatelské činnosti jsou nezávislé, závislé a souběžné.

- Nezávislé – vykonává sestra na podkladě vlastní zručnosti a vědomosti.
- Závislé – vykonává sestra na příkaz lékaře, pod jeho dohledem nebo podle platných standardů.
- Souběžné – vykonává sestra společně s ostatními členy zdravotnického týmu (KOZIEROVÁ, 1995).

5. Fáze – vyhodnocení

Vyhodnocení je posouzení pacientovy reakce na ošetrovatelské zásahy.

Má šest částí:

- Určení výsledných kritérií.
- Získání údajů vzhledem k vymezeným kritériím.
- Pozorování sesterských údajů se stanovenými kritérii a posouzení, zde je dosaženo cíle.
- Porovnání ošetrovatelských činností s výsledky pacienta.
- Revize plánu ošetrovatelské péče.
- Modifikace ošetrovatelského plánu (KOZIEROVÁ et al., 1995).

Sestra hodnotí, zde se stanovený cíl splnil, splnil se částečně nebo se nesplnil vůbec.

Ošetrovatelský proces poskytuje rámec zodpovědnosti v ošetrovatelství, maximalizuje zodpovědnost, ve formě norem péče, za pacienty (KOZIEROVÁ et al., 1995).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S UROLITIÁZOU

Pacient s urolitiázou je přijímán na standardní jednotku a to buď akutně v případě ataky renální koliky, kdy po odeznění akutního stavu lékař volí druh léčby, nebo plánovaně k řešení již prokázané urolitiázy.

Na standardní jednotce je pacientům poskytována veškerá potřebná ošetrovatelská péče v celém rozsahu.

V rámci příjmu musí pacient eventuálně zákonný zástupce podepsat informovaný souhlas s hospitalizací. Pokud jde o již zmiňovaný příjem plánovaný, pacient podepisuje dále souhlas s operačním zákrokem a anestezií.

V případě, že pacient není schopen podpisu, ale svůj souhlas s hospitalizací, zákrokem nebo anestezií vyjádřil, musí souhlas podepsat sestra a svědek a musí být uveden jakým způsobem pacient souhlas projevil.

3.1 Specifika ošetrovatelské péče konzervativní léčby u pacientů s urolitiázou

Zde můžeme zařadit pacienty v akutním stavu (renální kolika), nebo pacienty v post akutní fázi, kdy lékař zvolil jako metodu odstranění konkrementu vypuzovací terapii.

3.1.1 Příjem pacienta

Pacient je přijímán přes urologickou ambulanci.

Během příjmu pacienta na oddělení je nutné zajistit:

- Pacienta uložíme na lůžko, do polohy, která mu vyhovuje a je pro něj úlevovou.
- Invazivní vstupy:
 - PŽK (periferní žilní katetr) – intravenózní přístup provádí sestra.
- Provedeme odběry biologického materiálu na hematologické, biochemické popřípadě bakteriologické vyšetření dle ordinace lékaře.
- Podáme analgetickou infúzi dle ordinace lékaře

- Sledujeme celkový stav, monitorujeme FF, provádíme záznam do dokumentace pacienta.

3.1.2 Ošetrovatelská péče

Biologické potřeby

Poloha a pohybový režim

- Doporučíme možnosti úlevové polohy, nebráníme pacientovi v zaujímání polohy, pokud to neohrožuje funkci invazivních vstupů nebo zdraví pacienta.
- Pohybový režim určíme dle celkového stavu pacienta, v případě renální koliky volíme klid na lůžku a dostatečné teplo. Ve fázi vypuzovací terapie, naopak volíme zvýšený pohybový režim, polohu spíše v sedě než v leže.

Monitoring

- Bolest (intenzitu, propagaci, charakter, účinnost podávaných analgetik). Založíme list bolesti a pravidelně provádíme záznam.
- Dysurické potíže.
- FF.
- Správnou a včasnou aplikaci ordinovaných léků.
- Příznaky infekce.
- Barvu a příměsi moče
- Funkčnost invazivních vstupů, projevy funkce eventuálně komplikací z jejich zavedení.

Hygienická péče

- Zhodnotíme stav soběstačnosti pacienta, v případě jeho nesoběstačnosti přebírá péči o hygienu sestra a to buď v částečném nebo plném rozsahu.

Výživa

- Zhodnotíme úroveň soběstačnosti.
- V akutní fázi pacienta nenutíme přijímat výživu ústy (nauzea, zvracení). V případě dlouho trvající nausei a zvracení doplňujeme energetický deficit a tekutiny parenterálně.
- Doporučíme zvýšený příjem tekutin (urologický čaj, nemineralizovanou vodu).

Vyprazdňování

- Sledujeme barvu a příměsi moče, pacienta poučíme o nutnosti močení do sběrné nádoby pro případ zachycení vymočeného konkrementu.
- Sledujeme vyprazdňování tlustého střeva a odchod plynů.

Odpočinek a spánek

- Zhodnotíme úroveň spánku a odpočinku.
- V případě renální koliky je tato potřeba velice omezena, proto se snažíme pacienta v případě odeznění bolesti nerušit a nebudit.

Psychosociální potřeby

Pacient, který se poprvé setkal s renální kolikou je úzkostný, má strach o svůj život. Proto je nutné v post akutní fázi pacientovi nabídnout dostatečné množství informací o nemoci, následné léčbě a jejích možnostech v rámci našich kompetencí. Nepříjemné pocity způsobují pacientovi také vyšetření, která provádíme, proto je nutné vždy podat dostatek informací a být pacientovi oporou.

3.2 Specifika ošetrovatelské péče chirurgické léčby u pacientů s urolitiázou

Pacienti jsou přijímáni plánovaně po domluvě s lékařem k operačnímu zákroku na odstranění konkrementu. Během návštěv na urologické ambulanci je pacientovi vysvětlen druh a rozsah zákroku, který u něj bude použit.. Je požádán, aby si k příjmu vyřídil předoperační vyšetření, které obsahuje celkové odběry, interní vyšetření, EKG a snímek plic, podepsané informované souhlasy s anestezií a samotným zákrokem.

3.2.1 Příjem pacienta

Pacient je přijímán přes urologickou ambulanci.

Během příjmu pacienta na oddělení je nutné zajistit:

- Změříme FF, zapíšeme je do dokumentace.
- Kontrolujeme potřebné předoperační vyšetření v případě nesrovnalostí, tato vyšetření doplníme.
- Kontrolujeme a dovyplníme s pacientem informované souhlasy.
- Pacienta uložíme na lůžko, kde čeká na lékařský příjem.

3.2.2 Ošetrovatelská péče

Biologické potřeby

Poloha a pohybový režim

- Pohybový režim určíme dle stavu pacienta, v předoperačním období pacient nemá velké omezení.
- V den operačního zákroku: po podání premedikace pacient zůstává ležet na lůžku a již nevstává.

Monitoring

- Sledujeme FF, celkový stav pacienta.
- V den operačního zákroku: sledujeme FF, užití chronické medikace (léky na vysoký TK, kardiotonika), invazivní vstupy (funkčnost).

Hygienická péče

- Zhodnotíme úroveň sebedpěče v této oblasti, popřípadě pacientovi dopomůžeme.
- V den operačního zákroku: dbáme na důslednou a plně dostačující hygienu především genitálu a okolí a okolí plánovaného zákroku.

Výživa

- Sledujeme úroveň v této oblasti, dbáme na dostatečný příjem tekutin.
- V den operačního zákroku: Pacient od půlnoci lační (nejí, nepije, nekouří)
Pacient s DM: zajistíme příjem energie podáním glukózové infuze dle ordinace lékaře.

Vyprazdňování

- Sledujeme barvu a příměsi moče.
- Sledujeme vyprázdnění tlustého střeva. U rozsáhlejších zákroků provádíme den před samotným zákrokem nálev.

Odpočinek a spánek

- Zhodnotíme úroveň spánku a odpočinku.
- Dbáme na to, aby se pacient dobře vyspal před zákrokem, je to důležité pro lepší úvod do anestezie, proto někdy podáváme u pacientů, kteří se hodně bojí a nemohou spát prepremedikaci dle ordinace lékaře.
- Sledujeme účinnost prepremedikaci, pacienta v noci nebudíme.

Psychosociální potřeby

Pacient před operačním zákrokem je vždy velmi nejistý, úzkostný, má strach o svůj život a výsledek zákroku. Proto je potřebné, abychom pacienta vyslechli, podali mu dostatek informací, uklidnili ho.

Pooperační období

Biologické potřeby

Poloha a ohybový režim

- Pacient po zákroku zůstává v klidovém režimu po dobu 3 hodin. Po uplynutí této doby může pacient poprvé vstát, ale vždy za asistence zdravotnického personálu. Pokud toto zvládá bez větších obtíží, opět má volný pohybový režim.
- Pacient může bez omezení zaujmout úlevovou polohu.
- Pokud má pacient po zákroku zavedenou UC (ureterální cévku), má striktně klidový režim a jen velmi opatrně se může polohovat na boky a do mírného polosedu. Nesmí vstávat ani chodit.

Monitoring

- Bolest (intenzitu, propagaci, charakter, účinnost podávaných analgetik). Založíme list bolesti a pravidelně provádíme záznam.
- Funkčnost a okolí zavedených invazivních vstupů (PMK, UC, PŽK).
- FF (po dobu 2. hodin co 15 minut, pokud lékař neurčí jinak, nebo si to nevyžaduje stav pacienta).
- Dysurické potíže, první vymočení se (do 6. hodin po zákroku).
- Nauzeu, zvracení.

Hygienická péče

- Pokud má pacient klidový režim, zajistí hygienickou péči zdravotnický personál.

Výživa

- Pacient může bez omezení po uplynutí 3. hodin od přivezení z operačního sálu přijímat tekutiny a po 5. hodinách může jíst plnou stravu. Toto se odvíjí od celkového stavu pacienta a rozsahu zákroku.

Vyprazdňování

- Sledujeme spontánní mikci, příměsi a barvu moče.

- Pečujeme o PMK eventuálně také o UC (pokud lékař naordinuje sledujeme výdej z UC)

Odpočinek a spánek

- Zajistíme klid na pokoji
- Sledujeme úroveň spánku a odpočinku

Psychosociální potřeby

Po operačním zákroku je nutné být opět pacientovi oporou, podávat informace o další léčbě, ošetřovatelských úkonech.

3.3 Životospráva

Vliv životosprávy na vznik močových konkrementů je jednoznačně prokázán. Proto tedy při dodržování správných zásad lze riziko vzniku močových konkrementů pravděpodobně snížit.

3.3.1 Primární prevence

Primární prevence nebo také prevence všeobecná se zaměřuje na to, aby konkrementy vůbec nevznikaly. Mezi hlavní metody patří zásady správné životosprávy.

1. Méně stresu a dostatek tělesného pohybu – větší rozvoj tvorby konkrementů je prokázán u jedinců, kteří jsou dlouhodobě vystaveni stresu a to až 5krát více než u průměrné populace. Určitý vliv na tvorbu konkrementů má také sedavé zaměstnání.
2. Správný pitný režim – dostatečný příjem tekutin a tomu odpovídající objem moči má v tomto případě klíčový význam, neboť zvyšováním objemu moči dochází k poklesu koncentrace kamenotvorných látek. Proto se budeme pitnému režimu více věnovat.

Množství přijímaných tekutin závisí na denních ztrátách vlivem dýchání, vypařování z povrchu těla a pocení. Rozhodujícím ukazatelem je proto množství moče vyloučené za den. Zdravý dospělý člověk by měl denně vymočit minimálně 1,5 litru, z toho vyplývá, že množství tekutin by se mělo v závislosti na okolní teplotě, vlhkosti vzduchu a intenzitě fyzické námahy pohybovat od 2,5 litru (v chladném období bez fyzické námahy) do 4 litrů (v období teplém a při zvýšené námaze).

Dávkování tekutin je velmi důležité, nejideálnější je rovnoměrný přísun v průběhu dne a večer vypít pravidelně ½ litru tekutin. Odůvodněním tohoto přístupu je, že noc a časné ranní hodiny jsou pro vznik konkrementů nejnáchylnější, neboť se v této době tvoří nejméně moči.

Při příjmu tekutin je podstatné, jaké tekutiny pijeme. Některé druhy si proto rozebereme.

Pitná voda bez přísad (domácí vodovodní nebo obchodně balená) by měla tvořit nejméně polovinu množství přijímaných tekutin. Skladba zbylé části denní dávky tekutin by měla být co nejpestřejší a neměla by být zaměřena pouze na jeden druh nápoje.

Mineralizované vody, nejvhodnější jsou stolní vody s nižším obsahem sodíku (natria) a vápníku (kalcia) a vyšším obsahem hořčíku (magnézia).

Bylinné čaje působí proti tvorbě konkrementů naředěním moči v důsledku zvýšeného objemu přijaté tekutiny. Proto lze pít těchto čajů plně doporučit.

Černé čaje a zrnková káva se pro prevenci močových konkrementů nedoporučují, protože při zvýšené konzumaci dochází k nepříznivému okyselení moči a vylučování kamenotvorných látek, kterými jsou kyselina močová a soli kyseliny šťavelové.

Mléko pro prevenci močových konkrementů není příliš vhodné, pro svůj vysoký obsah vápníku. Optimální denní dávka mléka pro dospělého se pohybuje v rozmezí 0,2 – 0,3 litru.

Sirupy a slazené ovocné šťávy nejsou doporučovány pro svůj vysoký energetický obsah a také obsah cukrů, který zvyšuje koncentraci vápníku a solí kyseliny šťavelové v moči.

Pivo má sice příznivý diuretické efekt, ale pro prevenci tvorby močových konkrementu se nehodí. Důvodem je nárůst koncentrace kyseliny močové a nepříznivá kyselá reakce moči, jež jsou rizikové faktory pro vznik krystalizací.

3. Racionální jídelníček – doporučena je střídavá a pestrá strava bez nadměrného obsahu kalorií a složek rizikových pro vznik močových konkrementů, které představují živočišné bílkoviny, tuky a cukry. Všeobecně se nedoporučuje konzumace potravin obsahující velké množství vápníku (mléko a mléčné výrobky) a kyseliny šťavelové (některé druhy zeleniny a čokoláda). Vítány jsou potraviny s vysokým obsahem vlákniny, vody, rostlinných tuků, rostlinných bílkovin a hořčíku. Pro upřesnění si některé druhy potravin více specifikujeme.

Bílkoviny – denní spotřeba živočišných bílkovin (obsažených v mase a masných výrobcích) by neměla být vyšší než 100 gramů. Nadměrná konzumace vede k vysoké koncentraci kamenotvorných látek v moči (kyselina šťavelová, kyselina močová, vápník) a také k nadměrné kyselosti moči.

Tuky a cukry – doporučení v omezení příjmu tuků a cukrů z důvodu skutečnosti, že s rostoucí hmotností stoupá také koncentrace kamenotvorných látek v moči. Dle statistik, trpí nadváhou 80% klientů s urolitiázou.

Vláknina – je pro prevenci vzniku močových konkrementů velmi důležitá, neboť váže vápník ve střevech a tím snižuje koncentraci kamenotvorných látek v moči. Doporučený denní příjem vlákniny by měl činit 30 gramů. Nejlepším zdrojem vlákniny v potravě je zelenina a ovoce, pšeničné otruby (40 gramů/100 gramů), celozrnný chléb a ovesné vločky (až 8 gramů/100 gramů).

Vápník – nelze ze stravy naprosto vyloučit, neboť jeho nízký příjem je rizikem pro vznik osteoporózy (řidnutí kostí) a naopak zvýšený příjem (více než 2 gramy denně) může za určitých okolností zvyšovat riziko vzniku močových konkrementů s obsahem vápníku. Doporučená denní dávka vápníku pro dospělého činí 0,85 – 1,0 gram. Příklady potravin s vysokým obsahem vápníku:

- mléko: 1,0 – 1,2 gramy/litr
- jogurt: 0,15 gramu/100 gramů
- sýry: 0,7 – 0,8 gramu/100 gramů
- maso: 0,1 gramu /100 gramů

Kyselina šťavelová – její vyšší přísun je rizikem vzniku oxalátových konkrementů. Optimální denní přísun oxalátů je do 50 miligramů. Proto bychom se měli vyvarovat konzumace potravin s jejím vysokým obsahem:

- špenát, rebarbora, červená řepa, kakao, černý čaj, čokoláda, rajská jablka

Hořčík (magnézium) – jde o velmi důležitý ochranný prvek. Snižuje koncentraci kamenotvorných látek v moči a společně se solemi kyseliny citrónové zabraňuje tvorbě krystalů v moči i tehdy, je-li moč krystalickými látkami přesycena. Doporučená denní dávka činí 500 miligramů. Potraviny bohatna hořčík jsou:

- listová zelenina, fazole, banány, kandované ovoce, ryby, otruby a celozrnné obiloviny

3.3.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence nebo také prevence speciální je souhrn dietetických a léčebných opatření s cílem vyloučit nebo snížit riziko opakovaného vzniku močových konkrementů u pacientů, kteří již v minulosti kameny trpěli.

Do režimu sekundární prevence zahrnujeme obecné – primární preventivní doporučení a specifická opatření, která jsou individualizována a doporučena lékařem a nutričním terapeutem na základě výsledků analýzy složení konkrementů a dle zjištěné poruchy látkové výměny.

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ S UROLITIÁZOU

4.1 Fáze – posuzování

Posouzení zdravotního stavu je pro ošetrovatelský proces velice důležité, dopomůže nám k lepší orientaci v pacientových problémech.

U pacientů s urolitiázou se zaměřujeme na všeobecné anamnestické údaje jako jsou: věk, pohlaví, zaměstnání, FF, rodinnou, osobní, lékovou, alergickou, gynekologickou (u žen), urologickou (u mužů), sociální, pracovní anamnézu a vyšetření sestrou.

FF: Pacient s urolitiázou má hodnoty fyziologických funkcí v normě, pouze někdy bývá přijímán se subfebriliemi, tepová frekvence bývá také v normě.

Rodinná anamnéza: Sledujeme výskyt onemocnění, které by mohlo ovlivňovat vznik a rozvoj močových konkrementů, genetickou zátěž, onemocnění nepříznivě ovlivňující celkový zdravotní stav.

Osobní anamnéza: Zaměřujeme se na chronická onemocnění, onemocnění, která ohrožují pacienta nebo personál (AIDS, HIV, Hepatitida,...). Předěšlé hospitalizace - na jakém byly podkladě.

Léková anamnéza: Zvýšenou pozornost věnujeme lékům ovlivňujícím funkci ledvin, nebo lékům pro zlepšení celkového stavu, chronické medikaci. Zda pacient užívá léky pravidelně a ve správných dávkách.

Alergická anamnéza: Pro případ nutných vyšetření, lékové, analgetické terapie sledujeme zda je pacient alergický, pokud ano, chceme vědět na jaké látky a jak byla alergie zjištěna.

Abúzy: Zjišťujeme pacientovy „závislosti“, zvyky, pro lepší orientaci v pacientově běžném životě mimo hospitalizace (důležité i pro edukaci).

Gynekologická anamnéza: U žen sledujeme pravidelnost menstruace, těhotenství, potraty, popřípadě kdy nastala menopauza, užívání antikoncepce. Prodělané gynekologické operace nebo onemocnění gynekologických orgánů. Na toto se ptáme proto, abychom mohli vyloučit útlak v močových cestách, který by způsoboval zhoršený odtok moči.

Urologická anamnéza: U mužů, zaměřujeme se na onemocnění urologického rázu, zda nezpůsobují útlak v močových cestách a tak zhoršení odtoku moči, v takovém případě přistupujeme k odstranění tohoto problému.

Sociální anamnéza: Zjišťujeme pacientovy návyky, jaké má záliby, vztahy v rodině, sociální role, které mohou být nemocí narušeny.

Pracovní anamnéza: Zaměřujeme se na ekonomické podmínky, jaký druh práce a v jaké prostředí je pacient zaměstnaný, zda bývá vystavován dlouhodobému stresu.

Vyšetření sestrou: Je nutné abychom se zaměřili na všechny orgánové systémy, abychom mohli vyloučit nebo potvrdit problém týkající se jiného orgánového systému. Sledujeme pacientovy bolesti – jaké jsou, kam propagují, jaký je jejich charakter, jak dlouho trvají. Zaměřujeme se na dysurické potíže, které může pacient pociťovat ve spojitosti s urolitiázou. Kontrolujeme také příměsi v moči, které se mohou vytvářet, od přítomnosti hnisu, po krev. Dále se pacienta ptáme na aktivity denního života na jeho stravovací návyky, zvyklosti pitného režimu, zvyky nebo charakter vyprazdňování moče a stolice a její pravidelnost. Zajímá nás kvalita spánku, hygienické návyky a tak dále. Všechny tyto údaje jsou důležité pro to, abychom pacientovi co nejvíce dopomohli k zvládnutí změny zdravotního stavu a prostředí ve kterém se nalézá. Pokud je to v našich silách a nenarušuje to léčebný režim snažíme se pacientovi umožnit se i za hospitalizace cítit dobře a umožnit mu provádět většinu aktivit denního života jako byl zvyklý doma a tím pro něj bylo jednodušší se vyrovnat se změnou zdravotního stavu a s hospitalizací.

Musíme se také zaměřit na psychický stav pacienta, jak snáší přítomnost nemoci, jak se k ní staví, sledujeme projevy úzkosti a strachu a všeobecně všechny negativní projevy z pacientovy strany.

4.2 Fáze – diagnostika

V této fázi jde o zjištění a pojmenování pacientova problému, které jsme získali díky posuzování jeho zdravotního, psychického a sociálně duševního stavu. Tyto pacientovy problémy formulujeme do ošetrovatelských diagnóz.

Budeme postupovat podle domén (KOZIEROVÁ et al., 1995).

Ošetrovatelské diagnózy jsou stanoveny podle diagnostické klasifikace NANDA. Každá diagnóza je vedena pod svým kódem a jsou rozděleny na aktuální a potencionální.

Nejčastěji se vyskytující ošetřovatelské diagnózy u pacientů s urolitiázou:

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

Akutní bolest (00136) z důvodu renální koliky projevující se verbalizací a neklidem.

Porušení vyprazdňování moče (00046) z důvodu přítomnosti konkrementu v močových cestách projevující se pálením při močení.

Nauzea (00134) z důvodu renální koliky projevující se verbalizací a nechutenstvím.

Porušení kožní integrity (00016) z důvodu zavedení invazivního vstupu.

Zácpa (00011) z důvodu ochromení bloudivého nervu projevující se vzedmutým břichem a neschopností se vyprázdnit.

Porušený spánek (00095) z důvodu bolesti a změny prostředí projevující se častým nočním buzením, verbalizací únavy a pospáváním během dne.

Únava (00093) z důvodu narušeného spánku projevující se neschopností načerpat energii spánkem.

Úzkost (00146) z důvodu náhlé změny zdravotního stavu projevující se vyděšeností, nejistotou, nervozitou a pocitem strachu.

Strach (00148) z dalšího vývoje nemoci a léčby projevující se verbalizací obav.

Efektivní léčebný režim (00082) projevující se aktivním vyhledáváním činností souvisejících s léčbou a prevencí onemocnění.

Deficit znalostí (00126) z důvodu nedostatečné informovanosti projevující se verbalizací a nejistotou pacienta.

Hledání zdravého životního stylu (00084) projevující se znalostí o podpoře zdraví

a ovládním vlastního zdraví.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

Riziko infekce (0004) z důvodu nedostatečného odtoku moči, zavedení invazivních vstupů.

Riziko pádu (00155) z důvodu celkové slabosti pacienta

4.3 Fáze – plánování

Plánování je proces do kterého je zapojen celý tým zdravotnických pracovníků, ale ne jen on, ale také samotný pacient, jeho rodina a přátelé (SYSEL a kol., 2011).

U pacientů s urolitiázou se zaměřujeme nejprve na problémy akutní až poté na problémy potencionální. U každé diagnózy si zvolíme cíl, kterého chceme dosáhnout, dále prioritu podle závažnosti pacientova problému a podle priorit je řešíme. Musíme si také vytvořit výsledná kritéria, kterých chceme dosáhnout, ty nám dále specifikují cíl a za jakou časovou jednotku bychom pak mohli posoudit, zda došlo k splnění cíle, pokud ano, tak v jakém rozsahu, nebo zda ke splnění cíle nedošlo a není nutné cíl poupravit.

U pacienta s urolitiázou se většinou vyskytují diagnózy středních a nízkých priorit, vysoká priorita vzniká pouze při zablokování konkrementu v močových cestách tak silně, že jsou ohroženy renální funkce.

Na plánování lze u těchto pacientů nahlížet z více stran. Pacient je přijat akutně, následně se přistoupí k operativní léčbě a pooperační péči – ze všech těchto změn vznikají pacientovi nové a nové problémy a sestra na ně musí pružně reagovat. Ne vždy je pooperační stav bez komplikací.

V případě plánovaného příjmu již tolik aktuálních diagnóz nevzniká, ale opět je tam riziko pooperačních komplikací.

Dále si sepíšeme ošetrovatelské intervence, ošetrovatelské ordinace a ošetrovatelský plán, podle kterého budeme postupovat.

4.4 Fáze – realizace

Realizace vychází z ošetřovatelských intervencí, které jsou popsány v ošetřovatelském plánu a jsou přenášeny do ošetřovatelské praxe. Ošetřovatelská činnost je zaměřena na dosažení cílů. Ošetřovatelské činnosti jsou nezávislé, závislé a souběžné.

V realizaci u pacientů s urolitiázou je nutné vhodné načasování, nepodaří se nám dosáhnout cíle pokud se rozhodneme problém řešit v nesprávnou dobu. Akutní pacientův problém řešíme ihned (například: bolest), problémy nižší priority nebo závažnosti můžeme nechat na později, až se pacientův stav stabilizuje.

Intervence nerealizuje pouze sestra, ale i ostatní členové ošetřovatelského týmu, sestra je deleguje a později provádí kontrolu.

4.5 Fáze – vyhodnocení

Je pro nás kontrolou, zda jsme si dobře stanovili cíle, výsledná kritéria a jestli jsme si činnosti dobře naplánovali a naše realizace je efektivní. Může nám ukázat, ve které části ošetřovatelského procesu jsme udělali chybu, dává nám možnost modifikovat ošetřovatelský plán, změnit cíl. Je pro nás jakýmsi ukazatelem kvality péče.

U pacientů se mohou cíle měnit několikrát denně a proto může docházet k časté modifikaci ošetřovatelského plánu. Některé cíle u pacientů s urolitiázou jsou dlouhodobé a pokračují také v ambulantní péči.

5 EDUKACE PACIENTA S UROLITIÁZOU

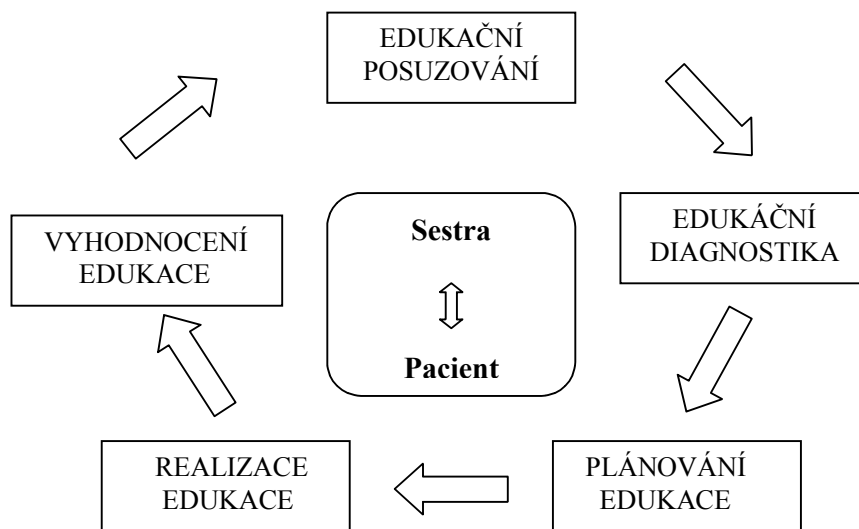
5.1 Charakteristika edukačního procesu

Edukace v ošetřovatelství je systematický, logický a plánovaný proces, který je součástí komplexní ošetřovatelské péče o pacienta. Vychází z edukačních potřeb, pohotovosti a připravenosti k metodologii učení. Je specifický dle toho, ve které fázi onemocnění se realizuje.

Edukační proces má stejně jako proces ošetřovatelský cyklický charakter, který je dán fázemi edukačního procesu. Tyto fáze na sebe navazují a každá fáze je závislá na té předcházející (NEMCOVÁ, HLINKOVA, 2010).

5.2 Fáze edukačního procesu

Obrázek č. 2 – Fáze edukačního procesu



Zdroj: Vlastní tvorba

1. Fáze – posuzování

Je metodou rozhodování a učení – zjištění údajů (věk, vzdělání, mentální úroveň, názory na zdraví – zdatnost, překážky v učení, motivace).

Sestra musí pacienta eventuálně jeho rodinu , kterou bude edukovat poznat. Musí zjistit jaké jsou potřeby na edukaci, styl učení a přítomnost překážek pro učení (bariéry, zda tomu pacient rozumí).

Kategorie posuzování – věk, etnika, fyzický stav, profil rodiny, sociálně - ekonomické stavy , životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje, adekvátnost, neadekvátnost, rodinných funkcí, posouzení současné situace rodiny (NEMCOVÁ, HLINKOVÁ, 2010).

2. Fáze – edukační diagnostika

Na základě zjištění údajů z edukačního posuzování si sestra stanoví edukační diagnózy, které se mohou týkat deficitů ve vědomostech či postojích pacienta a promyslí si edukační plán (NEMCOVÁ, HLINKOVÁ, 2010).

3. Fáze – plánování edukace

Dělíme podle:

- Priorit v edukaci – postupujeme od důležitějších k méně závažným.
- Struktury edukace – jestli se uskuteční jedna nebo více edukačních jednotek..
- Cíle – kognitivní (vědomostní, poznávací), afektivní (postojové, silné zážitky), behaviorální (psychomotorické).
- Času – důležité je si určit, kdy a jak dlouho budeme pacienta edukovat.
- Výběru – ujasníme si výběr edukačních metod a pomůcek, popřípadě techniku kterou k edukaci použijeme.
- Formy – rozlišíme podle počtu pacientů na individuální nebo skupinovou.
- Místa realizace – kde budeme pacienta edukovat. Při výběru musíme myslet na to, abychom vytvořili vhodné prostředí, které bude příjemné a důvěrné (NEMCOVÁ, HLINKOVÁ, 2010).

4. Fáze – realizace edukačního plánu

Má edukační jednotky. Každá edukační jednotka se skládá z fází – motivační, expoziční, fixační a hodnotící.

Motivační fáze: zaměřujeme se na vzbuzení zájmu o problematiku a připravení edulanta nebo edulantů na přijetí nových informací.

Expoziční fáze: zprostředkováváme nové informace, případně ukazujeme postupy.

Fixační fáze: upevňujeme získané poznatky a zručnosti pacienta, například procvičováním postupu.

Hodnotící fáze: sledujeme co se pacient naučil, jak zvládl nácvik zručnosti, jaké jsou názory na změny způsobu života, které se u něj v souvislosti s onemocněním očekávají (NEMCOVÁ, HLINKOVÁ, 2010).

5. Fáze – hodnocení edukace

Zjišťujeme zda bylo dosaženo výsledků a cílů. V jakém rozsahu byly splněny, zda úplně nebo částečně, nebo nebyly splněny vůbec. Na základě tohoto zjištění se rozhodujeme zda edukaci ukončit, nebo v ní pokračovat, nebo o reedukaci (NEMCOVÁ, HLINKOVÁ, 2010).

5.3 Edukace pacienta

Edukaci pacientů s urolitiázou můžeme rozdělit do několika částí:

- Edukace akutně přijatého pacienta.
- Edukace pacienta u konzervativní léčby (vypuzovací terapie).
- Edukace pacienta v předoperačním a pooperačním období.
- Edukace pacienta o dodržování životosprávy.

Edukace akutně přijatého pacienta - spočívá převážně ve vysvětlení samotného zdravotního stavu, všech ošetřovatelských intervencí, vyšetření na která je pacient posílán.

Důležité je také pacienta edukovat o nutnosti dodržování klidového režimu, vysvětlení metod pro zmírnění bolesti (aplikace tepla, úlevová poloha,...). Musíme myslet i na pacientovy obavy a úzkosti a brát na ně zřetel.

Edukace pacienta u konzervativní léčby (vypuzovací terapie) – vysvětlíme pacientovi zvolenou metodu, edukujeme o nutnosti močení do sběrné nádoby pro zachycení konkrementu, který následně odesíláme k další analýze. Vysvětlíme metody, které napomáhají vypuzení konkrementu z močových cest (skoky po schodech, poloha v sedě, aplikaci tepla, medikaci, analgetizaci,...). Vždy si ověřujeme zda nám pacient porozuměl.

Edukace pacienta v předoperačním a pooperačním období – v předoperačním období se zaměřujeme na vysvětlení samotného zákroku, jeho pravděpodobný průběh, součástí je i podepsání informovaného souhlasu. Vysvětlíme veškeré úkony týkající se předoperační přípravy. Stále si ověřujeme, že nám pacient rozumí a ví co od něj očekáváme. Již v předoperačním období citlivě informujeme pacienta o případných intervencích, invazivních vstupech nebo projevech komplikací, které se mohou v pooperačním období vyskytnout.

V pooperačním období pacientovi objasníme další postup, zopakujeme nebo objasníme péči o invazivní vstupy, léčebný režim, projevy komplikací (přítomnost krve v moči), možnosti tišení bolesti. Vzhledem ke stavu pacienta to dle potřeby opakujeme. Vše vysvětlujeme na takové úrovni a takovým způsobem, aby nám pacient porozuměl.

Edukace pacienta o dodržování životosprávy – tato edukace může být obecná, to v případě, že neznáme druh konkrementu, který se u pacienta vytvořil, nebo konkrétní, kdy doporučíme ve spolupráci s nutričním terapeutem vhodnost a nevhodnost některých potravin.

V obecném pojetí se zaměříme hlavně na dostatečný pitný režim, tělesnou aktivitu, omezení stresu, metody k zvládnání stresu, v případě sedavého zaměstnání doporučíme občasné změny polohy a mimo práci tělesný pohyb.

Pokud již víme o jaký druh konkrementu se jedná doporučíme pacientovi změnu jídelníčku, vysvětlíme, které potraviny jsou pro něj vhodné a které méně (viz životospráva výše). Stále si ověřujeme pacientovy postoje, zda nám rozumí a chápe nás. Přístup sestry je zde velmi důležitý, svým přístupem může pacienta namotivovat v dodržování doporučení, ale také demotivovat, proto je nutné ke každému pacientovi přistupovat individuálně.

5.4 Doporučení pro praxi

Na základě dané problematiky a vlastní zkušenosti v péči o pacienty s urolitiázou jsme dospěli k závěru, že je potřebné:

- používat ošetrovatelský proces v praxi jako metodu, kdy je jejím cílem blíže posunout sestru k pacientovi a jeho potřebám,
- zajistit dostatečné množství personálu v oblasti sesterských funkcí dle daných oddělení, aby bylo možno dosáhnout co nejvyšší úrovně ošetrovatelské péče,
- zvyšovat vzdělanost a odbornou kvalifikace sester,
- dát sestřám možnost se vzdělávat v oboru psychologie a komunikace, aby byly schopny vytvářet dobré mezilidské vztahy, naučily se správně komunikovat s pacienty v jejich těžkých chvílích prožívání nemoci a jejich rodinou,
- poukazovat a řešit ošetrovatelské problémy, které mohou být podnětem pro výzkum a jeho výsledky mohou být použity v urologické ošetrovatelské praxi,
- zabezpečit a používat edukaci urologických pacientů, poskytovat dostatek potřebných informací,
- zaměřit se na kvalitu a efektivnost ošetrovatelské péče,
- uspokojovat pacientovy potřeby holistickým způsobem, tedy zaměřovat se na biologické, psychické, sociální i duchovní potřeby u urologických pacientů,
- vidět pacienta jako individuum, poskytnout mu dostatek informací o problematice,
- sdělovat pacientovi informace v soukromí, klidu, jasně, srozumitelně, nepoužívat odborné výrazy,
- ověřovat si zda nám pacient rozumí,
- projevit úsměv, pochvalu, porozumění,
- zapojovat aktivně pacienta, rodinu a přátele do procesu uzdravování, podpory, obnovování zdraví a respektovat práva pacientů.

ZÁVĚR

Urolitiáza patří mezi chronické, ale také akutní onemocnění močového systému. Může způsobit trvalé následky v podobě postižení ledvinného parenchymu. Jako prevenci dalšího vzniku konkrementů je pro pacienta včetně léčby důležitá také úprava životosprávy, od stravovacích návyků a návyků pitného režimu po zvýšení tělesného pohybu

a vyvarování se stresů. Pro úpravu režimu je proto důležitá edukace pacienta, která musí být efektivní a pacienta nadchnout a oslovit.

Cílem bylo poukázat na specifika práce sestry s pacienty s urolitiázou, nutnost využití ošetrovatelského procesu a v neposlední řadě poukázat na důležitost edukace těchto pacientů. Cílem bylo také utvořit ucelený náhled na problematiku všeobecným sestram, které pracují na urologických odděleních a s tímto onemocněním se často setkávají.

Stěžejní myšlenkou ošetrovatelské péče sestry je, aby se vždy na pacienta dívala jako na celek se všemi jeho bio – psycho – socio – spirituálními potřebami. Sestra si musí s pacientem vytvořit vstřícný a důvěryhodný vztah.

Každý pacient je individuální, stejně jako jsou individuální jeho potřeby, proto je velmi těžké obecně vystihnout všechna specifika ošetrovatelské péče.

V ošetrovatelském procesu jsem si stanovili 12 aktuálních a 2 potenciaální ošetrovatelské diagnózy.

Zaměřili jsme se i na edukaci pacientů s urolitiázou, vypíchlí jsme nejčastější a nejdůležitější okamžiky v jakých se tito pacienti vyskytnou a nastínili jsme jak bychom je měli edukovat.

Není jednoduché bojovat s nemocí, každá nemoc nás sráží na kolena, ztrpčuje nám život, ale přináší také světlé okamžiky a chvílky v podobě zlepšení stavu, nabídnutí pomoci.

Je velmi důležité, aby každý člověk věděl, že ve chvílích, kdy je mu velmi špatně jsou kolem něj lidé na které se může spolehnout a obrátit se se svými těžkostmi, ať už se jedná o jeho nejbližší nebo zdravotní personál.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Tištěné monografické publikace

HALUZNÍKOVÁ, J. 2003. *Edukace – nástroj léčby*. In Sestra, 2003, roč. 13, č. 14, 14-15 s. ISSN 1210-0404.

NEJEDLÁ, M. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. s 264. ISBN 978-80-247-1150-8.

ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T. 2007. *Informovaný souhlas – teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*, vydalo nakladatelství ASPI, a.s. v roce 2007 jako svoji 483 publikaci. ISBN 978-80-7357-268-6.

STAŇKOVÁ, Marta. 2004. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2004. s. 66. ISBN 80-70-13-283-3.

MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 248. ISBN 80-247-1412-6.

MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 171. ISBN 80-247-1443-4.

NOVOTNÁ, J. 2006. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. FORTUNA. 2006. s. 135. ISBN 80-7168-168-940-8.

VENGLÁŘOVÁ, M. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

NĚMCOVÁ, J., MAURITZOVÁ, I. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.

PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.

MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing. 2006. s. 264. ISBN 80-247-1399-3.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVA, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo 1*. Martin: Osveta. 1995. s 836. ISBN 80-217-0528-0.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVA, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo 2*. Martin: Osveta. 1995. s 1474. ISBN 80-217-0528-0.

TRACHTOVÁ, E., et al. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1999. s. 185. ISBN 80-7013-285-x..

SYSEL, D., BELEJOVÁ, H., MASÁR, O. 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU. 2011. 280 s. ISBN 978-80-7399-289-7.

KŘÍŽEK, V., SADÍLEK, L. 1990. *Urolitiáza, etiopatogeneze, konzervativní terapie a prevence*. 1. vydání. Praha 1: AVICENUM, 1990. s. 202. ISBN 80-201-0010-5.

KAWACIUK, Ivan. 2000. *Urologie*. 1. vydání. Jihočany: H+H, 2000. s. 163 – 185. ISBN 80-86022-60-9.

KAWACIUK, Ivan. 1992. *Urologie obecná a speciální*. 1. vydání. Praha 5: HaH, 1992. s. 122 – 141. ISBN 80-85457-94-1.

PACÍK, Dalibor. a kol. 1996. *Urologie pro sestry*. 1. vydání. Adamov II: MIKADA, 1996. s. 141 – 148. ISBN 80-7013-235-3.