

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S TŘÍSELNOU KÝLOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA SOUKUPOVÁ

Stupeň klasifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: všeobecná sestra

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2012



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Soukupová Martina
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 2. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacienta s tříselnou kýlou

Nursing Care of the Patients with Inguinal Hernia

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

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 dne 23.3.2012

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za odborné konzultace, cenné rady a odborné vedení mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

SOUKUPOVÁ, Martina. *Ošetrovatelská péče o pacienta s tříselnou kýlou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň klasifikace: Bakalář (Bc.).

Vedoucí práce: doc.PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha 2012. 55 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s tříselnou kýlou. Tato práce se skládá z části teoretické a praktické, kde je specifikován ošetrovatelský proces se zaměřením na pacienta po operaci tříselné kýly. Teoretická část práce zahrnuje definici, rozdělení kýly, dále pak je zaměřena na specifikaci tříselné kýly, kde jsou popsány příčiny, příznaky, diagnostika a léčba. Cílem práce je jednak zaměřením na samotné onemocnění, ale zejména upozornění na individuální potřeby pacienta, jejichž uspokojování je velice důležité pro příznivý psychický i fyzický stav pacienta a jeho další kvalitně prožitý život. Praktickou část bakalářské práce tvoří ošetrovatelská péče realizovaná metodou ošetrovatelského procesu o pacienta po operaci tříselné kýly.

Klíčová slova: Laparoskopie. Laparotomie. Ošetrovatelský proces. Tříselná kýla.

ABSTRACT

SOUKUPOVÁ, Martina Nursing Care of Patient with Inguinal Hernia.

Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc)

Tutor: doc.PhDr. Jitka Němcová, PhD., Prague 2012, 55 pages

The main topic of my bachelor thesis is Nursing Care of Patient with Inguinal Hernia.

The thesis is divided into theoretical and practical parts, here nursing process is specified and focused on patients after surgery with inguinal hernia. The theoretical part of the thesis involves the definition, distribution of hernia. Then the thesis is focused on the specification of inguinal hernia, which describes the causes, signs and symptoms, diagnosis a treatment. The goal of my thesis is to focus partly on the disease itself and but it also points out an individual patient's needs. Satisfaction is also very important for positive mental and physical condition of the patient and quality of his life. The practical part of the bachelor thesis is nursing care of patient with inguinal hernia implemented by means of using method of the nursing process.

Key words: Laparoscopy. Laparotomy. Nursing Process. Inguinal Hernia.

PŘEDMLUVA

Tato bakalářská práce vznikla za účelem poukázat nejen na závažnost onemocnění pacientů s tříselnou kýlou, ale zejména upozornit na individuální potřeby těchto pacientů. Ošetrovatelská péče realizovaná pomocí ošetrovatelského procesu napomáhá všeobecným sestřám poskytovat efektivní ošetrovatelskou péči a uspokojovat pacientovy bio-psycho sociální potřeby.

Výběr tématu bakalářské práce ovlivnilo absolvování odborných praxí na chirurgických odděleních, kde jsme měli možnost pečovat o pacienty s tímto onemocněním. Dalším důvodem zvolení tématu bylo opakované setkání s pacientem s tříselnou kýlou v rodině. Podklady pro práci jsem čerpala z knižních pramenů.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Teoretická část práce

ÚVOD	11
1 PATOLOGICKÁ ANATOMIE KÝL	12
1.1 Dělení kýl	13
2 TŘÍSELNÉ KÝLY	15
2.1 Dělení kýl v tříselné oblasti	16
3 ETIOLOGIE VZNIKU TŘÍSELNÝCH KÝL	17
4 NEJČASTĚJŠÍ PŘÍZNAKY NEMOCNÝCH S TŘÍSELNOU KÝLOU	19
5 DIAGNOSTIKA	20
5.1 Fyzikální vyšetření nemocného	21
5.2 Zobrazovací metody	22
6 LÉČBA TŘÍSELNÉ KÝLY	24
6.1 Klasické operace tříselné kýly u mužů	25
6.2 Laparoskopické operace tříselné kýly	27
Praktická část práce	
7 ZDRAVÍ A OŠETŘOVATELSTVÍ	29
7.1 Strategie zdraví SZO	30
8 HODNOTY A POTŘEBY	31
8.1 A. H. Maslow – hierarchie potřeb	32
9 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V PRAXI	33
10 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO OPERACI TŘÍSELNÉ KÝLY	34
10.1 Doporučení pro praxi	50
ZÁVĚR	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53

PŘÍLOHY

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CHOPN – chronická obstrukční pneumonie

IPOM – intraperitoneální operační přístup

TAPP – transabdominální operační přístup

TEP – extraperitoneální operační přístup

UZ – ultrazvuk

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Ascites – volná tekutina v dutině břišní

Laparoskopie – miniinvazivní operační metoda

Laparotomie – chirurgické otevření dutiny břišní

Nereponabilní – nelze napravit

Recidiva – znovu navrácení

Reparace - odstranění

Reponibilní – lze napravit

Sonografie – diagnostická zobrazovací metoda

ÚVOD

Kýly jsou v dnešní době čím dál více častějším problémem, který je řešen na chirurgických odděleních každé nemocnice. Vznik kýly je podmíněn mnoha faktory, které se u různých typů kýl velice liší, společně s léčbou, která je mnohdy také rozdílná.

V bakalářské práci je popsán případ 68 letého pacienta s tříselnou kýlou. Cílem bakalářské práce je co nejvíce přiblížit problematiku onemocnění tříselnou kýlou.

Teoretická část práce je věnována nejprve popisu a dělení všech typů kýl, dále pak je specifikována detailněji kýla tříselná. Další kapitoly obsahují nejčastější příčiny vzniku tříselné kýly, její příznaky, ale také diagnostiku. V kapitole diagnostika je popsáno klinické vyšetření a další potřebná vyšetření. Nezbytnou součástí je léčba, která je v práci rozdělena na konzervativní a operační a dále je v podkapitolách přiblížena.

Praktickou částí práce je rozpracovaný ošetrovatelský proces o pacienta s tříselnou kýlou. Dále je praktická část práce zaměřena na hlavní specifika péče o pacienta s tříselnou kýlou. Závěr části je tvořen vyhodnocením pacientových problémů a jejich řešení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PATOLOGICKÁ ANATOMIE KÝL

Kýly, ať vnitřní nebo zevní jsou velmi častým onemocněním léčeným na chirurgických odděleních. Vznik kýly je velice ovlivněn věkem, pohlavím, stylem života a mnoha dalšími faktory.

Nejčastěji léčenou je tříselná kýla (až 80 %). Další nejčastěji se objevující kýlou je kýla pupeční (až 5 %). Posledních 5 % tvoří kýly stehenní a kýly v jizvě. Ostatní typy zevních kýl a kýly vnitřní jsou poměrně vzácné a špatně zjištěitelné, proto se často projeví až některou komplikací, která může vést až k náhlé příhodě břišní. Tříselné kýly se častěji vyskytují u mužů, na rozdíl od kýl pupečních, které častěji postihují ženy.

Kýla (lat. hernie) je vychlípení nebo také vyklenutí jednoho nebo více orgánů dutiny břišní oslabenou částí stěny břišní. K vyklenutí dochází přední, postranní nebo zadní částí stěny břišní. Kromě kýl bráničních jde o kýly zevní. Český název „kýla“ je připisován českému chirurgovi Karlu Maydlovi (1853-1903), zakladateli české chirurgie a průkopníkovi nových směrů v anesteziologii (MICHALSKÝ et al., 2000).

Kýly jsou tvořeny z krycí vrstvy, kýlního vaku, kýlního obsahu a kýlní branky. Krycí vrstvy nesouvisejí se vznikem kýly, ale pouze kýlu pokrývají. Nejčastěji to je kůže a podkožní vazivo. Kýlní neboli peritoneální vak je tvořen pobřišnicí, obvykle šedobílé barvy. Na kýlním vaku rozlišujeme dno (fundus), který se vyklenuje nejvíce. Tělo kýlního vaku (corpus) tvoří největší část kýly a navazuje na krček kýlního vaku, jenž je umístěn v kýlní brance. Kýlní vak nejčastěji obsahuje některý nitrobřišní orgán s několika mililitry serózní tekutiny, tedy kýlní obsah. Kýlním obsahem může být každý nitrobřišní orgán. Nejčastěji jím je takzvaná velká předstěra (omentum), klička tenkého nebo tlustého střeva. Poměrně často také obsahuje červovitý přívěsek (apendix), cíp močového měchýře nebo část žaludku. U žen se objevuje kýla, jejíž kýlním obsahem je vaječník (ovarium). Vzácněji může být obsahem slezina, játra nebo dokonce ledviny. Pokud kýlní vak nemá žádný obsah, označuje se jako kýla prázdná (MICHALSKÝ et al., 2000). Kýlní branka je místo, kde prostupuje kýlní vak. Je tvořena buď zvětšeným, ale normálně se vyskytujícím otvorem (např. tříselný kanál) nebo slabší otvor stěny

břišní. Okraj kýlní branky může být pružný (elastický) nebo tuhý. Kýlní branka je místem, rozhodujícím o typu kýly i o jejím dalším osudu (ŠEDÝ, 2007).

1.1 Dělení kýl

Kýly je možné dělit podle mnoha hledisek a charakteristik. Autoři publikací uvádějí mnoho způsobů dělení a členění, proto jsme se rozhodli popsat nejčastější dělení a ke každému uvést příklady. Nejčastěji kýly dělíme podle:

„Období vzniku:

- **vrozené kýly** (*herniae congenitae*) jsou kýly, se kterými se jedinec narodí, nebo vzniknou bezprostředně po narození,
- **získané kýly** (*herniae acquisitae*) vznikají během života a mají určitou příčinu.

Způsobu vzniku:

- **zevní kýly** (*herniae externae*) jsou kýly s abnormálním vychlípěním orgánů dutiny břišní defektem pobřišnice,
- **vnitřní kýly** (*herniae internae*), kdy jejich kýlní vak vstupuje do peritonea, bez defektu stěny břišní.

Stranového uložení:

- **jednostranné kýly** (*unilaterální*), kýla je uložena na pravé nebo levé straně,
- **oboustranné kýly** (*bilaterální*), uložené na obou stranách.

Možnosti reponování:

- **reponibilní kýly**, jsou kýly, které lze reponovat,
- **nereponibilní kýly**, nelze je reponovat,
- **přirostlé kýly**, jejichž kýlní branka je srostlá s kýlním vakem nebo kýlním obsahem.

Stupně vývoje:

- **kompletní kýly** jsou zcela rozvinuté, kýlní vak prostupuje zcela kýlní branku,
- u **nekompletních kýl** kýlní vak branku neprostupuje nebo jen z části. “ (ŠEDÝ, 2007, s. 19-20)

„Místa uložení:

- **Tříselné kýly** (*herniae inguinalis*): kýly v tříselné oblasti, tříselném kanálu. Častěji se vyskytují u mužů, kdy mohou sestupovat až do šourku. Můžeme rozlišit tříselnou kýlu přímou a nepřímou.

- **Stehenní kýly** (*herniae femoralis*): jsou častější u žen. Kýla je uložena pod tříselným vazem, vnitřně od stehenní tepny.
- **Pupeční kýly** (*herniae umbilicalis*): častější u žen a starších osob. Nejčastěji je lokalizována v pupku a má velké riziko uskřínutí.
- **Kýly v jizvě** (*herniae in cicatrice*): vznikají již po operaci, nejčastěji nesprávnou péčí o jizvu nebo chybnou operační technikou.
- Mezi další kýly dle místa uložení patří kýly **lumbální, brániční, hráze** nebo **ischiadické**. (ZEMAN et al., 2006, s. 212–214)

2 TŘÍSELNÉ KÝLY

Tříselné kýly (*herniae inguinalis*) jsou častým onemocněním jak v dětském věku, tak i v dospělém. U dospělých pacientů je mnoho faktorů, které vznik kýly podmiňují. Kýly tříselné jsou častější u mužů, kdežto u žen se tvoří více kýla stehenní.

Tříselná kýla je vyklenutí defektem břišní stěny, která se vyklenuje do prostoru tříselného vazů dole, přímého svalu mediálně a vlákny *musculus obliquus abdominis internus* (šikmý vnitřní břišní sval). Často je výsledkem nesouladu mezi nitrobřišním tlakem a odolností slabé stěny břišní v tříselné oblasti (LICHTENSTEIN, 1994).

Transversální fascie pokrývá v tříselné krajině prostor, tvořený obloukem vnitřního šikmého a příčného svalu a tříselným vazem ze spodu. Tato oblast břišní stěny není chráněna svalově – aponeurotickou vrstvou, kryje ji jen transversální fascie. Poškození této fascie nebo její slabost je jedním z faktorů pro vznik tříselné kýly (LICHTENSTEIN, 1994).

Tříselný kanál je anatomická struktura, v které vzniká kýla nejvíce. Tříselnou oblastí probíhá *funiculus spermaticus* (provazec semenný) u muže a *ligamentum vaginale* (děložní vaz) u ženy (KYSLAN et al., 2010).

V tříselné oblasti se vyskytuje nejčastěji přímá a nepřímá tříselná kýla a stehenní kýla.

Někteří odborníci a autoři knižních publikací dělí tříselné kýly na přímé a nepřímé, podle polohy vaku, ve vztahu k semennému provazci, jiní podle uložení vaku a epigastrických cév (KYSLAN et al., 2010, s. 110).

2.1 Dělení kýl v tříselné oblasti

Tříselná kýla nepřímá (hernia inguinalis indirecta) je kýla prostupující laterální brankou. Kýlní branka je uložena nad tříselným vazem, postranně (laterálně) od epigastrických cév. Kýlní vak je u muže v semenném provazci, u ženy v děložním vazе. Probíhá celým tříselným kanálem „oklikou ven“, proto se nazývá nepřímou. U mužů může tento typ kýly zasahovat až do šourku (scrota), což se pak nazývá kýla scrotální (hernia scrotalis).

Druhým typem kýly v třísele je **tříselná kýla přímá** (hernia inguinalis directa). Kýlní branka je nad tříselným vazem, ale na rozdíl od kýly nepřímé je středně (mediálně) od epigastrických cév a míří přímo ven do zevního ústí tříselného kanálu. Vyskytuje se často ve vyšším věku, nezasahuje až do šourku a nedochází k uskřinutí. Její vznik nemusí souviset jen s oslabenou stěnou břišní, ale i s poruchou močení z důvodu zbytnělé prostaty (hypertrofie prostaty) u mužů (ZEMAN et al., 2006).

Další kýlou v tříselné oblasti může být **kýla stehenní**, která je uložena na rozdíl od předešlých dvou typů tříselných kýl pod tříselným vazem a na vnitřní straně stehenní tepny a žíly. Jak již bylo uvedeno, stehenní kýla se více tvoří u žen a ve starším věku.

Ve vzácných případech se v tříselné oblasti mohou objevit další typy kýl. Mohou jimi být Littréova kýla nebo Imbertova kýla. **Littréova kýla** byla popsána již roku 1700. Kýlní vak je vyplněn Meckelovým divertiklem. Meckelův divertikl je vrozená anomálie tenkého střeva. Tento typ kýly je diagnostikován až při operaci. **Imbertova kýla** je typem pravostranné tříselné kýly a objevuje se až několik let po apendektomii (chirurgické odstranění červovitého přívesku tlustého střeva) (MICHALSKÝ et al., 2000).

3 ETIOLOGIE VZNIKU TŘÍSELNÝCH KÝL

Příčin vzniku tříselných kýl a faktorů ovlivňujících vznik je velmi mnoho. Tato kapitola je věnována těm nejčastějším a nejrizikovějším. Příčiny lze rozdělit na vrozené a získané.

Vrozenými příčinami jsou anatomické defekty, vrozené anomálie nebo vrozené defekty břišní stěny. Dá se tedy říci, že vznikají nedokonalým nebo nedostatečným vývojem vrstev břišní stěny (SLEZÁKOVÁ et al., 2010).

Mezi získané příčiny řadíme především dlouhodobé zvýšení nitrobřišního tlaku, obezitu, změny v těhotenství, úraz nebo předchozí chirurgický výkon. K vzniku tříselné kýly také může dojít při chronickém kašlání či při chronicky zvětšených orgánech dutiny břišní (ŠEDÝ, 2007).

Nitrobřišní tlak stoupá především při obstipaci (zácpě), chronickém kašli nebo hypertrofii prostaty (zbytnění prostaty), spojenou s obtížným močením (SLEZÁKOVÁ et al., 2010). Nitrobřišní tlak se může zvýšit i v důsledku nádoru nebo ascitu (volné tekutiny v dutině břišní) (KYSLAN et al., 2010). I v těhotenství se nitrobřišní tlak zvyšuje a působí mechanické a hormonální změny. Ve spojení s chronicky zvýšeným nitrobřišním tlakem se hovoří o kýlách symptomatických.

Při normálním klidovém dýchání je nitrobřišní tlak cca 40 torrů. Při změnách polohy tlak stoupá. Při změně polohy z lehu do sedu nebo ze sedu do stoje nitrobřišní tlak stoupá až na 70 torrů. Velmi vysokých hodnot dosahuje nitrobřišní tlak při kašlání, kdy dosahuje až 100 torrů (MICHALSKÝ et al., 2000).

Příčina vzniku tříselné kýly úrazem bývá méně častá. Ke vzniku dochází po poškození přímo vrstev břišní stěny. Vznik může být spojen i s nižším obsahem kolagenu v pojivových tkáních (LICHTENSTEIN, 1994).

Oslabení svalových a vazivových struktur při přerušení nervů stěny břišní nebo po cévní mozkové příhodě může také velmi ovlivnit vznik tříselné kýly (MICHALSKÝ et al., 2000).

4 NEJČASTĚJŠÍ PŘÍZNAKY NEMOCNÝCH S TŘÍSELNOU KÝLOU

Nemocní s tříselnou kýlou mohou mít spoustu příznaků, a přesto přijdou k lékaři až v pozdějším stádiu onemocnění. Vzhledem k tomu, že včetně objektivních příznaků většinou jen sám nemocný sleduje zvětšující se vyklenutí v třísle a často se nikomu nesvěří, nechá si to pro sebe, nikdo jiný neví, že kýlu má, dokud to nemocný neřekne nebo se sám nerozhodne jít k lékaři. Stává se tak většinou u starších osob, které si říkají, že to není nic důležitého a nic to není. Nebo se naopak k lékaři bojí, mají strach, jakou diagnózu jim lékař sdělí.

V časných stádiích, kdy se kýla tvoří, nejprve nemocný pociťuje při chůzi nebo po dlouhém stání bolest a tahavé pocity v třísle. Později se kýla začne vyklenovat a vyklenutí začíná být v třísle zjevné, bolest se stupňuje. Zvětšuje se kýlní branka a do kýlního vaku se dostává více kýlního obsahu. Stává se však, že vyklenutí není v třísle zřejmé a objevuje se jen při zvýšení nitrobřišního tlaku při kašli nebo stolici (MICHALSKÝ, 2008).

Onemocnění tříselnou kýlou však doprovázejí další příznaky, mezi které patří nauzea (nevolnost), zvracení, říhání, plynatost, zácpa až zástava odchodu stolice. Dále se také může objevit zvýšená teplota, únava, slabost a u mužů jsou časté poruchy močení (ŠEDÝ, 2007). I pokud se nemocný nesvěří s vyklenutím v třísle a dalšími subjektivními příznaky, tyto příznaky svědčí o tom, že se něco děje a není něco v pořádku. Je tedy třeba nemocného přesvědčit, aby šel k lékaři a nechal se vyšetřit.

5 DIAGNOSTIKA

Nemocný přichází k lékaři již se zjevným vyklenutím kýly v tříselné oblasti a dalšími příznaky. Než lékař přejde k samotnému vyšetření nemocného, promluví si s ním a sestaví anamnézu.

Anamnéza je jedním z prvních kroků, kdy lékař navazuje s nemocným kontakt a snaží se získat jeho důvěru. Je nutné, aby lékař nemocnému zajistil klidné prostředí pro rozhovor, jinak hrozí, že nemocný bude mít strach, obavy a nebude chtít lékaři říct vše potřebné. K odebrání neboli sepsání anamnézy musí být v klidu jak nemocný, tak i lékař. Anamnéza je velice důležitá pro stanovení diagnózy, i pro další postup a léčbu. Každá anamnéza má několik základních částí, na které se vždy lékař nemocného ptá. Nejzákladnějšími informacemi jsou osobní údaje nemocného. Po zjištění základních údajů navazují vždy otázky na nynější onemocnění a obtíže spojené s nimi. Lékař se ptá na začátek obtíží, jejich charakter a nemocný popíše lékaři, co ho trápí a jaké potíže má. Pacient by měl své obtíže popsat co nejpřesněji. Další částí, kterou lékař zjišťuje, jsou onemocnění a úrazy, které pacient prodělal dříve. Tím lékař může spojit třeba souvislost s nynějšími obtížemi. Důležitá jsou také další onemocnění, jimiž nemocný trpí a léčí se s nimi. Mohou jimi být různá chronická onemocnění jako například diabetes mellitus (cukrovka), ICHS (ischemická choroba srdeční), CHOPN (chronická obstrukční pneumonie) a další onemocnění (ZEMAN et al., 2000). Dalšími, pro lékaře důležitými informacemi jsou alergie, kterými nemocný trpí a všechny léky, které užívá. Do rodinné anamnézy lékař zaznamenává výskyt dědičných chorob v rodině a další závažná onemocnění jako je například rakovina. Pracovní anamnéza informuje a hodnotí vlivy zaměstnání na nemocného.

Pro zjištění a zdokumentování anamnézy mají lékaři většinou již předepsaný formulář, buď dle otázek, nebo rozdělený podle jednotlivých systémů. Po anamnéze nastupuje fyzikální vyšetření nemocného lékařem.

5.1 Fyzikální vyšetření nemocného

Fyzikální vyšetření nemocného je jedno z nejdůležitějších pro správné stanovení diagnózy, ale i pro určení typu léčby. Nemocného vyšetřuje lékař a sestra asistuje. Základní fyzikální vyšetřovací metody by měl znát každý lékař, tedy i chirurg. Správný postup vyšetření by měl zaručit komplexní klinické vyšetření nemocného (ZEMAN et al., 2000).

Vyšetření pohledem

Lékař si všímá mnoha věcí, které i hodnotí a pomohou mu v diagnostice. Při vyšetření sleduje celkový vzhled a stav nemocného, barvu kůže a sliznic, vědomí, dýchání a dušnost, kožní rány, ale i jizvy po předešlých operacích. Nesleduje jen fyzický stav vyšetřovaného, ale zaměřuje se i na stav psychický, jeho chování, způsob komunikace a reakce na celkovou situaci při vyšetření.

Vyšetření poklepem

Poklepem lékař zjišťuje vzdušnost tkání a rozlišuje tři typy poklepů. První je jasný, který je nad plicní tkání. Druhý bubínkový poklep je nad dutinou břišní, střevní pasáží. Třetím poklepem je poklep temný, který se nachází nad svalem. Podle změn těchto poklepů určí lékař patologické změny.

Vyšetření poslechem

Poslechem se posoudí nejčastěji dýchací šelesty, srdeční ozvy nebo střevní peristaltika (MICHALSKÝ; VOLFOVÁ, 2008).

Vyšetření pohmatem

Diagnostika tříselné kýly je většinou zřejmá již z anamnézy a prvotního rozhovoru. Nejčastěji vyšetřuje lékař nemocného palpačně ve stoje. Nemocný stojí před lékařem (LICHTENSTEIN, 1994). Lékař jemným vyšetřením prsty posoudí velikost a tvar kýlního vaku, obsah kýlního vaku a v neposlední řadě i bolestivost. Při vyšetření je důležité vyšetřit obě tříselné krajiny, zda není kýla přítomna i na druhé straně. Pokud je tříselná oblast nebolestivá, může se lékař pokusit šetrně vpravit obsah kýlního vaku zpět do dutiny břišní, čímž zjistí, zda jde kýla vpravit zpět nebo ne. Charakteristické

„škrouknutí“ při vpravení může naznačovat, že kýlním obsahem je klička tenkého střeva. U mužů vyšetřuje lékař ještě obsah skrota, kde hmatá velikost a symetrii varlat i nadvarlat.

Vyšetření konečníku

V případě starších mužů se vyšetřuje nemocný i per rektum, kde lékař posoudí velikost prostaty a další možné patologické stavy (MICHALSKÝ et al., 2000).

Sestra pak pacientovi ještě změří fyziologické funkce, nahlásí je lékaři a samozřejmě zaznamená do založené dokumentace pacienta. V zásadě se měří TK, TT, P a v neposlední řadě i D. Na lékařovu žádost odebere a odešle krev na vyšetření. Nejčastěji se krev odesílá na biochemické, hematologické a hemokoagulační vyšetření.

Pro přesnou diagnostiku a vyloučení jiného onemocnění, například nádoru, často lékař nemocného odesílá na další pomocná diagnostická vyšetření, jako je například sonografie, rentgen a v některých případech i CT.

5.2 Zobrazovací metody

Rentgenové vyšetření (RTG)

Lékař si může vyžádat vyšetření pacienta rentgenem, kdy se většinou provádí nativní snímek břicha. Pacient je rentgenován v leže, na boku nebo ve stoje (ŠVÁB, 2007). Toto rentgenové vyšetření diagnostikuje především přítomnost plynu v dutině břišní nebo poruchy střevní pasáže. Nativní snímek břicha je jednou z nejdostupnějších, ale také nejlevnějších metod vyšetřování (PAFKO et al., 2006).

Dalším možným rentgenovým vyšetřením, pro vyšetření tříselné kýly je heliografie. Heliografie je tedy rentgenové vyšetření, ale za pomoci jódové kontrastní látky. Vyšetření je invazivní a tedy pro pacienta může být náročné a je nutné pacientovi vysvětlit celý průběh vyšetření. Nemocný leží na břiše a kontrastní látka se gravitací dostává do tříselného kruhu (MICHALSKÝ et al., 2000). Rentgenovým snímkem se

prokáže kýlní vak a jeho obsah a tím přítomnost přímé nebo nepřímé tříselné kýly (ŠVÁB, 2007).

Ultrazvukové vyšetření (UZ)

Ultrazvukové vyšetření je další neinvazivní vyšetření, u kterého není riziko radiační zátěže (FERKO et al., 2002). Metoda je tedy rychlá a bezpečná. Ultrazvuk může vyloučit, nebo naopak potvrdit nálezy na rentgenových snímcích. Lékaři pomůže většinou určit lépe přesné uložení kýly a její velikost. V zásadě odhalí i další onemocnění, jimiž může nemocný trpět a lékaři tím napomáhá určit přesnou diagnózu a typ léčby (ZEMAN et al., 2000). Používaná sonografie třísla vyšetřuje obsah šourku, semenný provazec, ale i celý tříselný kanál, kde může odhalit nádory semenného provazce, které se mohou při prvotním fyzikálním vyšetření jevit jako kýlní vak (MICHALSKÝ et al., 2000).

6 LÉČBA TŘÍSELNÉ KÝLY

Většina tříselných kýl vyžaduje chirurgickou léčbu, tedy operaci. Ve vzácných případech a v případech časného stádia vzniku tříselné kýly může být pacient indikován jen na konzervativní léčbu. Avšak konzervativní léčba nemusí být vždy účinná a pacient musí později podstoupit operaci. Při konzervativní léčbě se používají tzv. kýlní pásy, které jsou vyrobeny z latexu, častěji však z pružné bavlněné látky. Kýlní pás tlačí na kýlu a tím brání jejímu rozvinutí. Pásy jsou vyráběny dle velikostí, takže každý lékař by měl pacientovi pomoci s výběrem správného kýlního pásu. Samozřejmostí je poučení pacienta, jak má správně pás používat a jaké zásady by měl dodržovat. V případě, že je pacient léčen konzervativně dochází do ambulancí na pravidelné kontroly. Při každé kontrole lékař pacienta vyšetří a posoudí, zda je léčba účinná. Pokud však lékař usoudí, že konzervativní léčba pacienta není účinná, doporučí operaci, při které se provede plastika kýly.

V této kapitole bychom chtěli alespoň krátce informovat o léčení tříselných kýl v historii. Počátky léčení tříselné kýly sahají až do doby 3000 let př. n. l., kdy se staří Egypťané snažili léčit tříselnou kýlu kýlními bandážemi. Kýlní bandáž měla svými pevně namotanými obvazy kýlu zmenšit (LICHTENSTEIN, 1994). Kýlní bandáže využívalo k léčení mnoho osobností historie, jako byl v 10. století Avicena, Gordon ve 14. století a asi nejvýznamnější chirurg této doby, Francouz Guy de Chauliac. První pokusy o operační léčení tříselné kýly pocházejí již ze starého Říma a Řecka. První operace je datována do 1. století našeho letopočtu, kterou provedl encyklopedista Celsus. Ve 13. století se objevují zprávy o podvazu kýlního vaku. Mezi 14.-18. stoletím probíhalo spousta dalších pokusů o efektivní operace tříselné kýly. Celé 19. století bylo zaznamenáváno léčení kýl hlavně ve Francii, ale výsledky nepřinesly mnoho efektivity. V této době ještě nebyly známy aseptické postupy, proto mortalita po operačních zákrocích byla vysoká (MICHALSKÝ et al., 2000). Díky zavedení aseptických postupů na konci 19. století došlo k velkému rozvoji chirurgie kýl. Metody používané až do 60 let 19. století byly takzvané operace s napětím tkání. Irving Lichtenstein vypracoval způsob operace bez napětí tkání, kdy ke zpevnění tkání je použita pletená síťka z polypropylenu (MICHALSKÝ et al., 2000). Do dnešní doby operace tříselných kýl

velice pokročily. Dnes se operace provádí klasickým způsobem, laparotomií, ale i laparoskopicky.

6.1 Klasické operace tříselné kýly u mužů

Všechny klasické operace tříselných kýl, tedy metodou laparotomie byly vypracovány koncem 19. století. Postupem času se techniky těchto operací pozměňovaly a modernizovaly. Klasickou operační léčbou se rozumí provedení operace obvyklou operační metodou. Operace tříselné kýly laparotomií zahrnuje incizi kůže a podkoží, otevření tříselného kanálu, preparaci kýlního vaku, ošetření kýlní branky a suturu tkání (MICHALSKÝ et al., 2000).

Provádí se technika „tension-on“, což znamená sutura tkání pod napětím, nebo technika „tension-free“, tedy bez napětí tkání. Operace tříselných kýl by měly být prováděny obzvláště šetrně s ohledem na oslabené tkáně. Rozlišují se dvě přístupové cesty operací tříselné kýly, a to přední a zadní přístup. U předního přístupu se proniká ke kýlnímu vaku a kýlní brance po otevření přední stěny kýlního kanálu. Někteří autoři tento způsob nazývají přední transingvinální. V případě zadního přístupu se ke kýlnímu vaku a brance přistupuje preperitoneálním přístupem, kdy se tříselný kanál neotvírá. Preperitoneální přístup je tupá preparace mezi pobřišnicí a transverzální fascií, mimo tříselnou krajinu, nejčastěji tři prsty nad symfýzou. Existuje mnoho metod a technik operací tříselné kýly. Při anatomické reparaci tříselné kýly zůstává semenný provazec po operaci ve stejné poloze jako před operací. Mezi anatomické reparace se například řadí operace podle Marcyho, Clarka a Hashimota nebo podle Nyhuse. Po neanatomické reparaci tříselné kýly je semenný provazec přeložen na jiné místo, nejčastěji do prostoru mezi vnitřní šikmý sval a zevní šikmý sval břišní. K neanatomickým reparacím se řadí operace podle Bassiniho, Halsteda I nebo Zimmermana (MICHALSKÝ et al., 2000).

Operace podle Marcyho

Operace dle Marcyho patří mezi anatomické reparace tříselné kýly. Indikací k této operaci jsou malé a střední nepřímé tříselné kýly. Podmínkou však je pevná zadní stěna tříselného kanálu.

Operace podle Clarka a Hashimota

Indikací je malá přímá tříselná kýla s pevnými okraji. Patří mezi anatomické reparace a provádí se předním přístupem. Kýlní vak se neresekuje, ale většinou jen zanořuje.

Operace podle Bassiniho

Řadí se mezi nové operační metody. Poprvé publikována v roce 1889 italským chirurgem Eduardem Bassinim. Patří mezi neanatomické operace. Indikací je malá a střední nepřímá, ale i přímá tříselná kýla. Operace dle Bassiniho je dodnes často využívána, avšak v některých případech neproveditelná.

Operace podle Halsteda I.

Jde o neanatomickou reparaci s přeložením semenného provazce do podkoží a vytvořením nového tříselného kanálu (tzv. Halstedův manévr). Tento nově vzniklý tříselný kanál je neanatomický, rozdílný od anatomického tříselného kanálu před operací. Hlavní indikace je operace recidiv přímé a nepřímé tříselné kýly, kombinovaná přímá i nepřímá tříselná kýla. Operace je málo technicky náročná a také trvá kratší dobu než jiné operace tříselných kýl (MICHALSKÝ et al., 2000).

Reparace tříselné kýly metodou bez napětí s implantací síťky

Operace tříselné kýly metodou bez napětí, při které se vkládá do kýlní branky implantát, se považuje za zlom operací obecně. Irving Lichtenstein již v roce 1987 popsal svou zkušenost s operacemi 6321 kýl. Při klasické operační metodě je síťka (implantát) přikládán na kýlní branku zepředu. Indikací k operaci tříselné kýly s použitím implantátu jsou všechny přímé i nepřímé tříselné kýly a všechny typy recidiv tříselných kýl. Použití implantátu není vhodné při zánětlivých procesech v tříselné krajině. Síťka vkládaná do tříselné krajiny na kýlní branku nesmí být pod žádným tahem, tedy pod žádným napětím. Reakce organismu na vložený implantát může být různá, jako například infekce nebo alergická reakce. U implantátu nebylo nikdy zjištěno kancerogenní riziko. Nejčastěji se používají polypropylenové síťky, které jsou sterilní a různě veliké. Mezi výhody operace s použitím implantátu patří uzavěr kýlní branky bez napětí tkání, snížení počtu recidiv a jednodušší provedení operace. Jako další výhodu lze uvést i provedení výkonu jen s místní anestezií, přestože se nejčastěji stále provádějí tyto operace v celkové anestezii. Nevýhodou může být v případě infekce nutnost síťku odstranit. Ve srovnání s klasickou operací s napětím tkání je tato metoda dražší (MICHALSKÝ et al., 2000).

6.2 Laparoskopické operace tříselné kýly

Operace tříselné kýly laparoskopickou metodou jsou v dnešní době již velice známé a velmi používané na mnoha chirurgických pracovištích. Operace se provádí speciálními endoskopickými nástroji. Používají se endoskopické kleště, háčky, nůžky, svorkovače a další speciální nástroje. Jako implantáty se používají polypropylenové sítky. Na rozdíl od klasické operace se síťka přikládá na kýlní branku zezadu. Síťka se fixuje stehy. Mezi výhody laparoskopické operace patří jen malá traumatizace fasciových tkání, velmi malý výskyt pooperačních komplikací a recidiv. Jelikož je nutné přístrojové vybavení, je tento typ operace nákladnější než klasické operace bez použití implantátu, avšak jsou velmi využívány (MICHALSKÝ et al., 2000).

„O způsobu reparační tříselné kýly rozhoduje hlavně její uložení a velikost. Jednou z používaných klasifikací je Nyhusova klasifikace:

TYP I. – nepřímá kýla bez rozšířené anulus inguinalis profundus,

TYP II. – nepřímá kýla s rozšířením anulus inguinalis profundus,

TYP III. – defekt zadní stěny tříselného kanálu,

III. a. – přímé kýly,

III. b. – nepřímé kýly,

III. c. – femorální kýly,

TYP IV. – všechny recidivující kýly.“ (ČAPOV et al., 2000, s. 30)

Laparoskopické operace tříselných kýl se rozdělují na čtyři typy, podle operačního přístupu:

Extraperitoneální přístup

Zkratka je TEP. Při extraperitoneálním přístupu je implantát vkládán mimo peritoneální dutinu, přímo na místo defektu. Do tříselného kanálu se nevstupuje přes dutinu břišní. Při této laparoskopické metodě se operátor pohybuje nástroji ve velmi malém prostoru, proto může být technika ze začátku trochu nesnadná. Když se operátor v prostoru tříselného kanálu zorientuje, je vložení implantátu již snadné. Tento výkon je srovnatelný s pelviskopií, což je endoskopické vyšetření orgánů pánve.

Transabdominální přístup

Používaná zkratka je TAPP. K tříselné kýle se v tomto případě přistupuje laparoskopicky přes dutinu břišní. Reponuje se kýlní obsah a kýlní vak se resekuje. Vkládaný implantát, nejčastěji polypropylenová síťka o velikosti 15x15 cm se fixuje stehy nebo svorkami. Po vložení implantátu je nutné ošetřit a uzavřít defekt na pobřišnici. Provádí se postupným svorkováním nebo laparoskopickým šitím. Pobřišnice musí být ošetřena důkladně, jinak hrozí vznik ileózního stavu. Metoda TAPP je velmi užívaná a její výhodou je možné použití u všech tříselných kýl i jejich recidiv. Touto metodou lze operovat i tříselné kýly oboustranné (ČAPOV et al., 2000).

Intraperitoneální přístup

Zkratka IPOM. Je to přístup přes dutinu břišní, kdy se implantát vládá přímo na pobřišnici v místě defektu. Tato technika je nejvíce používaná u recidiv tříselných kýl.

Laparoskopická rafie

Laparoskopická rafie je metoda, při které se provádí šití struktur. Tato metoda je nejčastěji indikována jen u menších tříselných kýl a mladších pacientů. Nevkládá se implantát, kýlní obsah se reponuje, kýlní vak se resekuje a provádí se šití struktur. Laparoskopická rafie se nejčastěji provádí transabdominálním nebo extraperitoneálním přístupem. Nevýhodou je častý výskyt recidiv.

V praxi je nejvíce používaná metoda TAPP a TEP. Transabdominální přístup je univerzální metodou, která lze použít u všech tříselných kýl. Metoda TEP je špatně použitelná u velkých skrotálních kýl a po předchozích operačních výkonech. Laparoskopické operace tříselných kýl umožňují včasnou mobilizaci pacienta a rychlý návrat do běžného života (ČAPOV et al., 2000).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 ZDRAVÍ A OŠETŘOVATELSTVÍ

Zdraví představuje pro ošetřovatelství jeden z nejzákladnějších pojmů. Nejznámější definice zdraví pochází z roku 1947. Definovala ho Světová zdravotnická organizace (SZO), jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne jen jako nepřítomnost nemoci nebo slabosti (FARKAŠOVÁ et al., 2006).

V minulosti byl kladen důraz na nemoc a nemocného člověka. Ošetřovatelská péče se věnovala především nemocným a jejich onemocnění. S rozvojem společnosti a tím i ošetřovatelství se péče začala zaměřovat i na zdraví, jeho prevenci a podporu. Každý člověk chápe zdraví různými způsoby, podle svého hodnotového systému a přesvědčení. Podle toho jak člověk chápe a bere zdraví, očekává ošetřovatelskou péči. Pro ošetřovatelskou péči je velmi důležité, jak zdraví chápe sestra, ale bez ohledu na svůj názor bere ohled na to, jak zdraví chápe pacient a co on očekává od ošetřovatelské péče (FARKAŠOVÁ et al., 2006).

„Moderní ošetřovatelství zdůrazňuje holistický pohled na zdraví jako celek a ne analýzu a oddělování jednotlivých oblastí zdraví. Zdraví je proces rozvíjení, používání a ochraňování všech zdrojů lidského těla, mysli, duše, rodiny, komunity a prostředí.“ (FARKAŠOVÁ et al., 2006, s. 50)

Moderní ošetřovatelství se v dnešní době věnuje nemoci, ale i zdraví a jeho podpoře. V této souvislosti se objevily nové pojmy, které je třeba v rámci ošetřovatelské péče o pacienty připomenout.

*„Stav optimálního zdraví neboli **blaho** je definováno jako uvědomělý výběr životního stylu charakterizovaný osobní zodpovědností, vyrovnaností a maximálním rozvojem fyzického, mentálního a spirituálního zdraví.“* (FARKAŠOVÁ et al., 2006, s. 51). **Nevolnost** se nejčastěji objevuje v souvislosti s nemocí, ale není vyloučeno, aby se objevila i bez přítomnosti nemoci. **Nemocí** je označován stav, kdy je porušená nějaká

tělesná nebo duševní funkce. Může způsobit sníženou výkonnost nebo zkrátit délku života člověka (FARKAŠOVÁ et al., 2006).

7.1 Strategie zdraví SZO

Roku 1978 vypracovala SZO strategii **Zdraví pro všechny do roku 2000**. Strategie byla zaměřena především na životní styl, rizikové faktory prostředí, změny poskytování zdravotní péče a podporu změn v těchto oblastech. V souvislosti s rozvojem společnosti i zdravotní péče si tato strategie vyžádala změny a inovace některých cílů. Světová zdravotnická organizace vypracovala novou strategii **Zdraví pro všechny ve 21. století**. Tato strategie obsahuje 21 cílů, které jsou specifikované pro jednotlivé země a regiony. Pro evropský region jsou hlavními body solidarita, rovnost ve zdraví i péči o zdraví a etika zdravotní péče. Dále se pak tento program věnuje zvyšujícímu se výskytu infekčních, ale i neinfekčních onemocnění, zkracování doby hospitalizace a kvalitě primární péče.

Mezi projekty realizované v České republice patří program **Monika**, který je zaměřen na sledování a získávání údajů o rizikových faktorech aterosklerózy. Program **Cindi** se věnuje prevenci chronických neinfekčních onemocnění (FARKAŠOVÁ et al., 2006).

8 HODNOTY A POTŘEBY

Každá sestra by se měla zabývat člověkem jako celkem. Měla by člověka brát jako bio-psycho-sociální celek, holistický celek. Holistická teorie bere živý organizmus jako jeden jediný celek, ne jen jako bytost složenou z částí. Tento celek je v interakci, kterou je nedílnou součástí. Porucha jedné části celku vede k poruše celého systému. Každý člověk je výjimečný, individuální a má své postoje, zájmy a názory, ale v neposlední řadě i potřeby.

Co je potřeba?

Potřeba je nedostatek něčeho, chybění něčeho, což je třeba odstranit. Stejně tak jako je potřeba nedostatek, může být i nadbytek něčeho (TRACHTOVÁ et al., 2003).

Co je hodnota?

Hodnota je něco, o co se má, nebo by měl člověk snažit. Hodnoty vycházejí a tvoří se s prostředím, ve kterém jedinec žije, ale také vycházejí z komunikace s lidmi. Odvozují se ze zkušeností a mají velký význam pro proces rozhodování.

Dá se tedy říci, co je pro jedince potřebou, je i jeho hodnotou. Hodnota a potřeba jsou na sobě závislé a vzájemně se ovlivňují (FARKAŠOVÁ et al., 2006). Potřeby lze uspokojovat žádoucím nebo nežádoucím způsobem. Žádoucí uspokojení potřeby neškodí jedinci, ani jiným. Jsou uspokojovány v mezích zákona. Za nežádoucí způsoby je považováno takové uspokojování, které může poškodit jedince, tak i druhé a často přesahují meze zákona.

Potřeba může mít význam biologický, ekonomický nebo psychologický. Z pohledu biologického je potřeba stav narušené fyziologické homeostázy. Ekonomickým významem potřeby je nutnost něco vlastnit, používat nějaký objekt, což je spojeno s psychologickými cíli. Psychologický význam potřeby odráží potřebu jedince v sociálním životě (TRACHTOVÁ et al., 2003).

Definice potřeb dle různých autorů:

„K. Lewin: „Potřeba je chápána jako motiv, síla, která uvádí do chodu a udržuje chování.“

H. H. Kendler: „Potřeba vyjadřuje odchylku od biologické homeostázy.“

A. H. Maslow: „Potřeby motivují chování jedince. Potřeby jsou uspořádané do úrovní. Pokud není uspokojena potřeba na nižší úrovni, nelze uspokojovat potřeby na úrovních dalších.“ (FARKAŠOVÁ et al., 2006, s. 62)

8.1 A. H. Maslow – hierarchie potřeb

A. H. Maslow (1908-1970) byl americký psycholog. S mnoha dalšími psychology založil Společnost pro humanistickou psychologii. Vytvořil teorii motivace a z ní vychází jeho hierarchie potřeb. Každý člověk má svůj systém motivů, který má hierarchicky uspořádan. Některý motiv je silnější než druhý a lidé jsou motivováni svým systémem základních potřeb. Hierarchie potřeb zahrnuje potřeby člověka jako celku. Člověk je bytost s potřebami, které uspokojuje. Jakmile je uspokojena jedna potřeba, nastává další a člověk ji uspokojuje (TRACHTOVÁ et al., 2003). Podle A. H. Maslowa je třeba uspokojit potřeby na jedné úrovni, aby člověk mohl uspokojovat další potřeby na dalších úrovních. Základnu A. H. Maslowovy hierarchie potřeb tvoří potřeby fyziologické, což jsou ty nejzákladnější, jako je potřeba spánku, vyprazdňování, kyslíku a mnoho dalších. Na dalších úrovních jsou potřeby bezpečí a jistoty, sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a sebeúcty, kognitivní potřeby a potřeby estetické. Na poslední nejvyšší úrovni staví A. H. Maslow potřebu seberealizace (FARKAŠOVÁ et al., 2006).

Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují uspokojování potřeb. Patří mezi ně nemoc jedince, osobnost člověka, mezilidské vztahy, vývojové stádium jedince nebo okolnosti, za kterých nemoc vzniká. Nemoc brání jedinci v uspokojení jeho potřeb a potřeby také mění. Sestra napomáhá nemocnému jeho bio-psycho-sociální potřeby uspokojovat.

Moderní ošetřovatelství se zaměřuje na hodnocení a uspokojování potřeb zdravého i nemocného jedince. Uspokojování se realizuje prostřednictvím ošetřovatelského procesu (TRACHTOVÁ et al., 2003).

9 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V PRAXI

Do osmdesátých let nebyl ošetřovatelský proces v České republice používán, ani znám. Díky rozvoji a novým poznatkům došlo k publikaci mnoha nových poznatků, změnily se osnovy škol věnujících se oboru ošetřovatelství. Na školách, ale i v nemocnicích a dalších zařízeních se začala užívat metoda ošetřovatelského procesu. Roku 1955 autorka Hallová zavedla název ošetřovatelský proces. Americká asociace sester v roce 1973 popsala ošetřovatelský proces a rozdělila jej do čtyř kroků. Až roku 1982 definovala National Council of State Boards v USA pět kroků ošetřovatelského procesu (MAREČKOVÁ et al., 2005).

„Ošetřovatelský proces je racionální metoda poskytování ošetřovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, kteří ošetřovatelské profesionálové používají k posouzení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny, nebo komunity, k plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti ošetřovatelské péče.“ (MAREČKOVÁ et al., 2005, s. 37) Prvním krokem ošetřovatelského procesu je posuzování, kterým zjišťujeme stav individuálních potřeb pacienta, rodiny nebo komunity. Ošetřovatelská diagnostika je krokem druhým, při které sestra definuje ošetřovatelské problémy a formuluje ošetřovatelské diagnózy. Po formulování ošetřovatelských diagnóz nastupuje třetí krok, plánování. Plánování zahrnuje plánování ošetřovatelské péče, kam se zařazují i cíle krátkodobé a dlouhodobé. Kromě cílů sestra sestavuje i ošetřovatelské intervence, tedy ošetřovatelské výkony. Realizování ošetřovatelského plánu je předposledním, čtvrtým krokem ošetřovatelského procesu. Sestra realizuje své naplánované intervence, ve spolupráci s pacientem, ale samozřejmě i lékařem. Pátým, posledním krokem je vyhodnocení naplánovaných cílů. V případě splnění všech cílů ošetřovatelský proces končí. Pokud není některý z cílů splněn, ošetřovatelský proces pokračuje a sestra musí přehodnotit pacientovi potřeby, intervence i cíle (MAREČKOVÁ et al., 2005).

10 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO OPERACI TŘÍSELNÉ KÝLY

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: V.Z.	Pohlaví: mužské
Datum narození: 20.10.1943	Věk: 68
Adresa bydliště a telefon: Praha-západ	
Adresa příbuzných: Praha-západ	
RČ: ----	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: vyučen	Zaměstnání: důchodce
Stav : ženatý	Státní příslušnost: česká
Datum přijetí: 20.11.2011	Typ přijetí: plánovaný
Oddělení: chirurgické	Ošetřující lékař: ----

Důvod přijetí udávaný pacientem:

- Bolest v třísle, operace kýly

Medicínská diagnóza hlavní:

- K 409 Pravostranná tříselná kýla bez neprůchodnosti nebo gangrény

Medicínské diagnózy vedlejší:

- J 449 Chronická obstrukční plicní nemoc
- I 10 Esenciální hypertenze
- I 48 Fibrilace a flutter síní
- I 839 Žilní městky dolních končetin bez vředu nebo zánětu
- E 660 Obezita

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 135/90	Výška: 175 cm
P: 90/min.	Hmotnost: 105,8 kg
D: 18/min. pravidelný	BMI: 34,55 - obezita
TT: 36°C	Pohyblivost: bez omezení
Stav vědomí: při vědomí, orientovaný	Krevní skupina: A, Rh +

Nynější onemocnění:

- Pacient je plánovaně přijímán k plastice tříselné kýly vpravo.

Informační zdroje:

- Informace byly získány z dokumentace, z rozhovoru s pacientem, od sester pracujících na chirurgickém oddělení a ošetřujícího lékaře pacienta.

ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA:

Matka: nevýznamná
Otec: nevýznamná
Sourozenci: sestra - zdravá
Děti: dcera - zdravá

OSOBNÍ ANAMNÉZA:

Překonané a chronické onemocnění: běžná dětská onemocnění, CHOPN, obezita
Hospitalizace a operace: hospitalizace 2003 fraktura L-2, operace 0
Úrazy: 2003 fraktura L-2 po pádu
Transfúze: 0
Očkování: jen běžná očkování dle očkovacího kalendáře

LÉKOVÁ ANAMNÉZA:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
PRESTARIUM NEO FORTE	Tbl.	10 mg	1-0-0	antihypertenziva
BETALOC SR	Tbl.	200 mg	0,5-0-0	beta-blokátory
RHEFLUIN 30	Tbl.	5/50 mg	1-0-0	diuretika
WARFARIN	Tbl.	5 mg	1-0-0	antikoagulancia
Clexane 0,6	s.c.	0,6 ml	á 24hod.	antikoagulancia

- Warfarin nyní vysazen a pacient převeden na Clexane 0,6 á 24 hod.

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA:

Léky: 0
Potraviny: jahody
Chemické látky: 0
Jiné: 0

ABÚZY:

Alkohol: občas sklenička piva
Kouření: 0
Káva: 1x za den
Léky: jen chronická medikace
Jiné drogy: 0

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:

Stav: ženatý
Bytové podmínky: dobré, rodinný dům, bydlí v přízemí, bydlí s manželkou

Vztahy, role, a interakce:

v rodině: vztahy v rodině dobré
mimo rodinu: mimo rodinu dobré

Záliby: myslivost, křížovky, vaření

Volnočasové aktivity: myslivost

PRACOVNÍ ANAMNÉZA:

Vzdělání : vyučen
Pracovní zařazení: důchodce
Důchod: starobní
Vztahy na pracovišti: vždy byly dobré
Ekonomické podmínky: dobré, přiměřené

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA:

- Ateista

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne: 22.11.2011

HLAVA A KRK:

Objektivně:

Lebka typu normocefalického. Oči – víčka bez patologického nálezu, bulby oční ve středním postavení, dobře pohyblivé, zornice stejně široké, reagují dobře na osvit i konvergenci, spojivky růžové, skléry bez ikteru. Inervace lícním nervem správná. Výstupy trigeminu nebolestivé. Uši a nos bez výtoku. Rty dobře prokrvené, bez cyanózy, chrup sanován, dásně a sliznice ústní vlhké, růžové, jazyk plazí ve střední čáře, lehce bělavě povleklý, tonzily nezvětšeny. Pohyblivost krku dobrá, štítná žláza a mízní uzliny nezvětšeny, nehmatné. Náplň krčních žil přiměřená, bez patologické náplně.

Subjektivně:

„Nemám žádné obtíže, hlava ani krk mě nebolí.“

HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTÉM:

Objektivně:

Hrudník souměrný, při dýchání se souměrně pohybuje. Uzliny axilární nezvětšené. Pacient se občas zadýchá při větší námaze.

Subjektivně:

„Doma se občas zadýchám, nyní bohužel také.“

SRDCOVO-CÉVNÍ SYSTÉM:**Objektivně:**

Akce srdeční mírně nepravidelná. Prokrvení tkání bez patologického nálezu.

Subjektivně:

„Myslím, že nemám žádný problém.“

BŘICHO A GIT:**Objektivně:**

Nad úrovní hrudníku, dýchací pohyb směřují až k tříslům, žilní kresba není patrná. Poklep břicha diferenciálně bubínkový, pohmatem břicho měkké, bez hmatné rezistence, na pohmat mírně bolestivé. Slyšitelná klidná peristaltika. Pacient má zaveden Redonův drén. Játra pokleповě a pohmatově nezvětšena. Inguinální uzliny nezvětšeny. Slezina pohmatově a pokleповě nezvětšena.

Subjektivně:

„Břicho mě bolí, spíš jako u té jizvy. Mám drén.“

MOČOVO-POHLAVNÍ SYSTÉM:**Objektivně:**

Nyní již bez komplikací. Ledviny na poklep nebolestivé, močení bez komplikací. Moč tmavě žlutá bez příměsí.

Subjektivně:

„Už močím normálně, na toaletu chodím sám, ale po té operaci to moc nešlo.“

KOSTROVALOVÝ SYSTÉM:**Objektivně:**

Páteř bolestivá v bederní oblasti, zakřivení páteře fyziologické. Postava střední, kostra a svalstvo přiměřeně vyvinuty. HK souměrné. DK aktivní a pasivní pohyblivost v kloubech celkem dobrá, nebolestivá, šlachové reflexy výbavné. Končetiny bez otoků, vpravo klidné varixy a známky chronické žilní nedostatečnosti. Homansovo znamení negativní.

Subjektivně:

„Jak nyní více ležím, tak mě bolí záda.“

NERVOSMYSLOVÝ SYSTÉM:**Objektivně:**

Reakce přiměřené, orientace v čase, místě, prostoru i osobě. Brýle na čtení, adaptace na světlo a tmu přiměřená. Sluch zhoršený, má sluchadlo. Čich a chuť zachované. Hmat a reflexy zachované.

Subjektivně:

„Nosím brýle na čtení, mám sluchadlo, trochu hůře slyším.“

ENDOKRINNÍ SYSTÉM:

Objektivně:

Endokrinní žlázy bez vnějších projevů, lymfatické uzliny nezvětšené.

Subjektivně:

„Nemám žádné obtíže.“

IMUNOLOGICKÝ SYSTÉM:

Objektivně:

Bez obtíží, imunita zachovalá. TT: 36,4 °C.

Subjektivně:

„Myslím, že nemám problém. Jen mám alergii na jahody.“

KŮŽE A JEJÍ ADNEXA:

Objektivně:

Kůže normální, turgor v normě. Bez ikteru a hyperpigmentací, ochlupení typu mužského, bez otoků. Nehty a vlasy čisté, upravené.

Subjektivně:

„Nemám žádné problémy.“

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

STRAVOVÁNÍ:

Objektivně:

Obezita prvního stupně. Pacient nyní po operaci na dietě číslo 2.

Subjektivně:

„Doma jím dost a taky si dopřávám, to je vidět. Nyní mám dietu, ale ono to moc jíst nejde po té operaci, musím pomalu, zatím mi toho moc nedali.“

PŘÍJEM TEKUTIN:

Objektivně:

Pacient přijímá čaj, sledování bilance tekutin.

Subjektivně:

„Snažím se pít teď když už mohu, ale moc mi ten čaj nechutná. Doma piji cca 1,5 tekutin.“

VYLUČOVÁNÍ MOČE:

Objektivně:

Pacient močí spontánně, je samostatný.

Subjektivně:

„Doma nemám problémy. Tady mi to nešlo moc po té operaci, ale dnes už je to v pořádku.“

VYLUČOVÁNÍ STOLICE:

Objektivně:

Pacient od operačního zákroku bez stolice. První pooperační den.

Subjektivně:

„Zatím jsem na stolici nebyl, snad to ale bude v pořádku. Doma bez problémů.“

SPÁNEK:

Objektivně:

V nemocnici porucha spánku, buzení v noci z důvodu bolesti.

Subjektivně:

„Doma chodím spát docela pozdě, ale spím bez problémů. Nyní moc spát nemohu, budím se v noci, trochu asi i bolestí.“

AKTIVITA A ODPOČINEK:

Objektivně:

Pacient má na stolku časopisy a křížovky. Chodí po chodbě, ale udává při chůzi bolest operační rány.

Subjektivně:

„Čtu si a snažím se chodit po chodbě, sestřičky říkaly, že je to potřeba, ale zatím to jde pomalu, bolí to a nosím s sebou pořád ten drén. Doma luštím křížovky, čtu si nebo chodím do lesa na procházky se psem.“

HYGINA:

Objektivně:

Hygiena prováděna s dopomocí sestry, pacient se snaží a spolupracuje.

Subjektivně:

„Doma bez problémů, vše zvládám sám. Nyní mi trochu pomáhala sestřička, ještě nejsem úplně fit.“

SAMOSTATNOST:

Objektivně:

Pacientovi je dopomáháno, ale jen málo, jinak si vše udělá sám.

Subjektivně:

„Doma jsem soběstačný. Teď mi dopomáhají trochu sestřičky, protože ještě mi jde vše pomalu a trochu mě to bolí.“

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

VĚDOMÍ A NÁLADA:

Objektivně:

Pacient při vědomí, orientovaný v čase, místě i osobě.

Subjektivně:

„Myslím, že v pořádku.“

NÁLADA:

Objektivně:

Pacient má obavy ze své samostatnosti, chce vše už zvládat sám, spolupráce dobrá.

Subjektivně:

„Náladu mám dobrou, jen se trochu obávám, kdy budu už vše zvládat úplně sám.“

NOVOPAMĚŤ A STAROPAMĚŤ:

Objektivně:

Pacient neudává obtíže s pamětí.

Subjektivně:

„No jsem už starší člověk, ale myslím že zatím to ještě je dobré, pamatuju si celkem vše.“

MYŠLENÍ:

Objektivně:

Myšlení je reálné a logické.

TEMPERAMENT

Objektivně:

Pacient je otevřený, sangvinik.

VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ A ZDRAVOTNÍHO STAVU:

Objektivně:

Pacient zná svůj zdravotní stav, zdraví si váží.

Subjektivně:

„No vím, že bych se měl o sebe více starat, ale zdraví si vážím. Svůj zdravotní stav znám.“

REAKCE NA ONEMOCNĚNÍ A HOSPITALIZACI:

Objektivně:

Pacient reaguje na onemocnění a hospitalizaci přiměřeně.

ADAPTACE NA ONEMOCNĚNÍ:

Objektivně:

Pacient se adaptoval na své onemocnění, reakce jsou přiměřené.

PROJEVY JISTOTY A NEJISTOTY:

Objektivně:

Pacient verbalizuje obavy z bolesti.

Subjektivně:

„Mám trochu strach, kdy to přestane bolet.“

ZKUŠENOSTI Z PŘEDCHOZÍCH HOSPITALIZACÍ:

Objektivně:

Pacient hospitalizován v roce 2003 s frakturou L-2, nebyly obtíže.

Subjektivně:

„Byl jsem v nemocnici se zlomeninou obratle a nebyl žádný problém, byli na mě hodní.“

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU:

VERBÁLNÍ A NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE:

Objektivně:

Verbální i neverbální projevy přiměřené, řeč artikulovaná.

Subjektivně:

„Nemám problémy komunikovat, jen mám naslouchadlo.“

INFORMOVANOST o onemocnění, dietě a délce hospitalizace:

Objektivně:

Pacient o svém onemocnění a délce hospitalizace informován. Nedostatečné informace o dietním režimu.

Subjektivně:

„O svém onemocnění jsem informovaný. Pan doktor říkal, že tu budu tak 8 dní. Jen přesně nerozumím jak je to s tou dietou.“

SOCIÁLNÍ ROLE A VZTAHY:

Primárně muž

Sekundárně manžel, otec, dědeček

Terciálně pacient

Objektivně:

Pacient udává dobré vztahy v rodině. Rodina je mu oporou, návštěvují ho každý den.

Subjektivně:

„Jsem manžel, otec a dědeček. Vztahy v rodině máme dobré. Ve své rodině mám velkou oporu.“

Ovlivnění sociální sféry během nemoci a hospitalizace:

Objektivně:

Pacient je důchodce, není třeba vystavení pracovní neschopnosti.

Subjektivně:

„Jsem důchodce.“

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření:

- FW, INR, TK 3x denně

Výsledky vyšetření:

- FW – 3– negativní
- INR – 2,2

Konzervativní léčba:

- **Dieta:** č. 2
- **Pohybový režim:** volný
- **RHB:** doporučená dechová cvičení, chůze

Medikamentózní léčba:

- **Per os:**

Prestarium neo forte 10 mg tbl.	1-0-0
Betaloc sr 200 mg tbl.	0,5-0-0
Rhefluin 30, 5/50 mg tbl.	1-0-0
Tramadol 100 mg tbl.	dle potřeby
Tensiomin 12,5 mg tbl.	při vyšší hodnotě TK
- **Intravenózní:** 0
- **Per rectum:** 0
- **Jiné:**

Clexane 0,6 s.c.	á 24 hod.
------------------	-----------

Chirurgická léčba:

Pacient 1 den po operaci pravostranné tříselné kýly.

SITUAČNÍ ANALÝZA 22.11.2011:

Pacient 68 let byl přijat dne 20.11.2011 na chirurgické oddělení k plánované operaci pravostranné tříselné kýly. Nyní je hospitalizovaný 3 den. Dne 21.11.2011 podstoupil plánovaný zákrok, nyní 1 pooperační den. Pacient má zavedený Redonův drén, udává bolest operační rány číslem 5 na škále bolesti. Je afebrilní, hygiena prováděna s dopomocí. Močí spontánně. Vyprazdňování stolice – stolice zatím 0. Pacient byl mobilizován již nultý den po operaci, dnes již chodil po chodbě sám. Hospitalizaci snáší dobře. Verbalizuje noční buzení z důvodu bolesti a obavy. Pacientovi je podávána chronická medikace a medikace proti bolesti. Z důvodu rizika

tromboembolické nemoci jsou ordinované elastické punčochy, které pacient nosí. Dieta číslo 2. Pacient je snaživý a spolupracující, snaží se rehabilitovat i sám.

TK: 135/95
P: 79/min.
D: 20/min.
TT: 36,6 °C

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ:

Aktuální i potencionální ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny podle Kapesního průvodce pro zdravotní sestry. Ošetrovatelské diagnózy jsou seřazeny dle pacientových priorit. Péče o pacienta byla realizována od 22.11.2011 do 25.11.2011.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

- Bolest akutní v souvislosti s operačním výkonem, projevující se verbalizací, určením čísla 5 na škále bolesti, bolestivým výrazem v obličeji a neklidností.
- Průchodnost dýchacích cest zhoršená v souvislosti s chronickou obstrukční plicní nemocí, projevující se častým pokašláváním pacienta a občasným zadýcháním.
- Tkáňová integrita porušená v souvislosti s operačním výkonem, projevující se operační ránou a zavedeným drénem.
- Spánek narušený v souvislosti s bolestí a neznámým prostředím, projevující se častým buzením a verbalizací pacienta.
- Neznalost, potřeba poučení v souvislosti s nedostatkem informací o dietním režimu, projevující se verbalizací pacienta.
- Péče o sebe sama nedostatečná při osobní hygieně v souvislosti s časným stádiem pacienta po operaci, projevující se žádostí pacienta o pomoc.
- Strach v souvislosti s poruchou soběstačnosti, projevující se verbalizací pacienta a neklidem.
- Srdeční výdej snížený v souvislosti s chronickým onemocněním pacienta, projevující se občasným zadýcháním při větší námaze.
- Prokrvení tkání porušené (periferní) v souvislosti s chronickým onemocněním pacienta, projevující se chladností dolních končetin a verbalizací pacienta.

- Výživa porušená, nadměrná v souvislosti s nadměrným příjmem potravy v poměru k metabolickým požadavkům, projevující se BMI 34,55.

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

- Infekce, riziko vzniku v souvislosti s operační ránou a zavedeným drénem.
- Zácpa, riziko vzniku v souvislosti se zástavou odchodu plynů a stolice po operačním zákroku.

Ošetrovatelská diagnóza č. 1:

Bolest akutní v souvislosti s operačním výkonem, projevující se verbalizací, určením čísla 5 na škále bolesti, bolestivým výrazem v obličeji a neklidností.

Cíle:

- **Krátkodobý:** Pacient udává zmírnění bolesti alespoň o 2 stupně na číselné škále bolesti – do 12 hodin.
- **Dlouhodobý:** Pacient udává zmírnění na číslo 1 až vymizení bolesti – do 3 dnů.

Priorita:

- Vysoká

Výsledná kritéria:

- Pacient je poučen o nutnosti analgetické léčby – do 1 hodiny.
- Pacient zná a umí zaujmout úlevovou polohu – do 2 hodin.
- Pacient se sám snaží najít způsob jak bolest zmírnit – do 2 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

- Zjistí rozsah, stupeň, lokalizaci a charakter bolesti, pomocí číselní škály a zaznamenej – sestra, do 1 hodiny.
- Pouč pacienta o nutnosti analgetické léčby – sestra, do 1 hodiny.
- Edukuj pacienta o možnostech a metodách zmírnění bolesti – sestra, fyzioterapeut, do 2 hodin.
- Sleduj pacientovu bolest, na číselné škále bolesti, ale i jeho celkový stav – sestra, průběžně.
- Pečuj o pohodlí a klid pacienta – sestra, ošetrovatelka, průběžně.
- Podávej analgetika dle ordinací lékaře – sestra, dle ordinací lékaře.
- Sleduj žádoucí i nežádoucí účinky léků – sestra, po podání léků.

Realizace:

- 7:00 - měření FF.
- 7:15 – zjištění rozsahu, stupně, lokalizace a charakteru bolesti + provedení záznamu.
- 7:30 – edukace pacienta o analgetické léčbě a možnostech a technikách zmírnění bolesti.
- 8:00 – podání analgetik dle ordinací lékaře.
- 8:30 – sledování účinků léků a celkového stavu pacienta.
- 9:30 – rehabilitace a zajištění pohodlí pacienta.
- 12:00 – měření FF + kontrola bolesti.
- 13:30 – zajištění pohodlí a klidu pacienta.
- 15:30 – podání analgetik dle ordinací lékaře.
- 16:00 – sledování účinku analgetik.
- 18:00 – měření FF + kontrola bolesti.

Vyhodnocení:

- 22.11.2011 – Pacient první den po operačním výkonu umí zaujmout úlevovou polohu, je edukován o analgetické léčbě a udává zmírnění bolesti na škále bolesti z čísla 5 na číslo 3.
- 25.11.2011 – Pacient udává zmírnění bolesti z čísla 3 na číslo 1 na škále bolesti.
- Podle všech kritérií můžeme konstatovat, že cíle při dané ošetrovatelské diagnóze byly u pacienta splněny.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2:

Průchodnost dýchacích cest zhoršená v souvislosti s chronickou obstrukční plicní nemocí, projevující se častým pokašláváním a občasným zadýcháním.

Cíle:

- **Krátkodobý:** Pacient má osvojené návyky vedoucí k lepší a stabilní průchodnosti dýchacích cest – do 3 hodin.
- **Dlouhodobý:** Pacientova průchodnost dýchacích cest se nezhoršuje – do 3 dnů.

Priorita:

- Střední

Výsledná kritéria:

- Pacient je poučen o dechových cvičeních – do 3 hodin.
- Pacient umí zaujmout úlevovou polohu, kdy se mu lépe dýchá – 3 hodin.

- Pacient provádí dechová cvičení sám – do 5 hodin.
- Pacientovo dýchání se nezhoršuje – do 3 dnů.

Ošetrovatelské intervence:

- Zjisti, jaké přesně pacient má obtíže a zaznamenej – sestra, do 1 hodiny.
- Měř pacientovi FF + dechovou frekvenci – sestra, 3x denně.
- Edukuj pacienta o dechových cvičeních, úlevové poloze a dalších metodách napomáhajících lepší průchodnosti dýchacích cest – fyzioterapeut, sestra, do 3 hodin.
- Nacvič s pacientem dechová cvičení – fyzioterapeut, sestra, do 3 hodin.
- Kontroluj pacienta zda provádí dechová cvičení – sestra, průběžně.
- Sleduj pacientův celkový stav a stav dýchání – sestra, při každém kontaktu.
- Podávej léky dle ordinací lékaře – sestra, dle ordinací lékaře.

Realizace:

- 7:00 – měření FF + dechové frekvence, zjištění přesných obtíží pacienta + záznam.
- 8:00 – podání léků dle ordinací lékaře.
- 9:00 – edukace pacienta o dechových cvičeních a dalších metodách napomáhajících lepší průchodnosti dýchacích cest.
- 11:00 – nácvik dechových cvičení a dalších metod podporujících dýchání.
- 13:00 – podání léků dle ordinací lékaře + kontrola, zda pacient provádí dechová cvičení.
- 14:00 – měření FF + dechové frekvence.
- 16:00 – kontrola celkového stavu pacienta a stavu pacientova dýchání.
- 18:00 – podání léků dle ordinací lékaře, měření FF + dechové frekvence.

Vyhodnocení:

- Pacient zná a provádí dechová cvičení sám.
- Pacientova průchodnost dýchacích cest se nezhoršuje.
- Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3:

Tkáňová integrita porušená v souvislosti s operačním výkonem, projevující se operační ránou a zavedeným drénem.

Cíle:

- **Krátkodobý:** Pacient zná postupy správné péče o operační ránu – do 1 dne.

- **Dlouhodobý:** Pacientovi se rána hojí per primam – do 3 dnů.

Priorita:

- Střední

Výsledná kritéria:

- Pacient je poučen a zná postupy správné péče o operační ránu – do 3 hodin.
- Pacient spolupracuje a podílí se na péči o operační ránu – do 6 hodin.
- Pacient chce znát vše o správné péči – do 6 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

- Posuď stav operační rány – sestra, do 3hodin.
- Pouč pacienta jak správně o ránu pečovat – sestra, do 3 hodin.
- Dle potřeby a ordinací lékaře ránu kontroluj a převazuj – sestra, průběžně + dle ordinací lékaře.
- Nech pacienta podílet se na péči o ránu – sestra, při péči o ránu.
- Vždy postupuj asepticky – sestra, soustavně.
- Sleduj stav operační rány a hojení – sestra, při péči o ránu.
- Sleduj funkčnost a obsah drénu – sestra, průběžně.

Realizace:

- 7:00 – měření FF
- 7:15 – plnění ordinací lékaře
- 8:00 – edukace pacienta o správné péči o ránu
- 9:00 – převaz operační rány s posouzením hojení
- 12:00 – měření FF, TT + kontrola operační rány
- 14:00 – plnění ordinací lékaře
- 16:00 – ověření, zda pacient chápe a ví, jak o operační ránu pečovat, převaz rány ve spolupráci s pacientem.
- 18:00 – kontrola operační rány, drénu a hojení, měření FF, TT.
- vždy postupujeme asepticky.

Vyhodnocení:

- Pacient projevuje zájem o informace ohledně péče o operační ránu.
- Pacient zná postup správné péče o operační ránu, na péči se snaží podílet.
- Operační rána se hojí per primam, je bez známek zánětu a infekce.
- Cíle dané ošetrovatelské diagnózy byly splněny.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4:

Spánek narušený v souvislosti s bolestí a neznámým prostředím, projevující se častým buzením a verbalizací pacienta.

Cíle:

- **Krátkodobý:** Pacient je poučen o eliminačních metodách poruch spánku – do 4 hodin.
- **Dlouhodobý:** Pacient spí klidně celou noc, nebudí se – do 2 dnů.

Priorita:

- Střední

Výsledná kritéria:

- Pacient spolupracuje a chce být informován, jak poruchu spánku odstranit – do 4 hodin.
- Pacient je poučen o metodách jak se pokusit eliminovat porušený spánek – do 4 hodin.
- Pacient se snaží metodami odstranit poruchu spánku – do 5 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

- Posuď příčiny pacientovi poruchy spánku – sestra, do 3 hodin.
- Pouč pacienta o metodách eliminace poruch spánku – sestra, do 4 hodin.
- Informuj lékaře a pacientově poruše spánku z důvodu bolesti – sestra, ihned.
- Informuj sestru mající noční službu o pacientově poruše spánku, při předání služby.

Realizace:

- 7:00 – měření FF
- 9:00 – plnění ordinací lékaře, zjištění příčin pacientovi poruchy spánku + informovat lékaře.
- 12:00 – edukace pacienta o eliminaci faktorů narušujících jeho spánek
- 14:00 – měření FF + plnění ordinací lékaře
- 16:00 – ověření, zda pacient chápe použití možných eliminačních metod
- 18:00 – měření FF + plnění ordinací lékaře, příprava pacienta ke spánku
- 19:00 – předání informací sestře, která má noční službu

Vyhodnocení:

- Pacient je poučen a zná možnosti jak se pokusit eliminovat poruchu spánku.
- Pacient verbalizuje zlepšení spánku, probudil se v noci jen jednou.

- Dle výsledných kritérií můžeme konstatovat, že krátkodobý cíl byl splněn.
- Dlouhodobý cíl byl splněn, pacient spí klidně celou noc, nebudí se.

Ošetrovatelská diagnóza č. 5:

Neznalost, potřeba poučení v souvislosti s nedostatkem informací o dietním režimu, projevující se verbalizací pacienta.

Cíle:

- **Krátkodobý:** Pacient je poučen a chápe všechny informace o ordinovaném dietním režimu – do 4 hodin.
- **Dlouhodobý:** Pacient dodržuje dietní režim – do 1 dne.

Priorita:

- Střední

Výsledná kritéria:

- Pacient je edukován o nutnosti dietního režimu – do 2 hodin.
- Pacient je edukován co dietní režim obnáší – do 2 hodin.
- Pacient chápe nutnost dietního režimu – do 2 hodin.
- Pacient chce dodržovat dietní režim – do 3 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

- Edukuj pacienta o nutnosti dietního režimu – nutriční terapeut, do 2 hodin.
- Edukuj pacienta, co dietní režim obnáší – nutriční terapeut, do 2 hodin.
- Ověř si, zda pacient chápe nutnost dietního režimu – sestra, do 3 hodin.
- Kontroluj, zda pacient dodržuje dietní režim – sestra, průběžně.

Realizace:

- 7:00 – měření FF
- 8:00 – plnění ordinací lékaře
- 10:00 – edukace pacienta o nutnosti dietního režimu a co režim obnáší
- 12:00 – měření FF
- 13:00 – plnění ordinací lékaře
- 14:00 – ověření si, zda pacient chápe nutnost a obsah dietního režimu
- 16:00 – kontrola dodržování dietního režimu
- 18:00 – měření FF + plnění ordinací lékaře

Vyhodnocení:

- Pacient je edukován a chápe, proč musí dietu dodržovat a co dieta obnáší. Pacient dodržuje dietní režim. Oba cíle byly splněny.

ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE:

Dle hospitalizace pacienta byla ošetrovatelská péče realizována 3 – 6 den. Pacient 6 den hospitalizace:

- Je plně informován o svém onemocnění.
- Je plně informován o dietním režimu, dietní režim dodržuje.
- Udává zmírnění bolesti z čísla 5 na číslo 1, na škále pro měření bolesti.
- Pacientova průchodnost dýchacích cest se nezhoršila, provádí dechová cvičení.
- Zná zásady správné péče o operační ránu.
- Je aktivní, spolupracující, podílí se na péči o ránu, která se hojí per primam.
- Rehabilituje formou chůze, plně soběstačný.
- Porucha spánku byla odstraněna, pacient spí klidně celou noc.

Krátkodobé a dlouhodobé ošetrovatelské cíle u daných ošetrovatelských diagnóz byly splněny.

10.1 Doporučení pro praxi

Pacienti po operaci tříselných kýl, ale i jiných typů kýl potřebují dostatečnou edukaci v oblasti dietního režimu, pohybové aktivity, ale i v oblasti hygieny a péče o operační ránu, jak bezprostředně po operaci, tak v době, kdy jsou propuštěni do domácího léčení.

Správná edukace pacienta nezahrnuje jen informace pacientovi podat, ale důležitou součástí je ověření si pochopení informací. Každá sestra, která pacienta edukuje, by si měla dostatečně a v rozmezí určitého období ověřit, zda pacient informace správně pochopil a řídí se jimi. Samozřejmou součástí edukace by mělo také být, nacvičení činností, které si má pacient osvojit. Pokud mu je sestra jen vysvětlí, pacient je sice pochopí, ale může si je představit úplně jinak. Při každém nacvičování činností, ať se jedná o dietní režim nebo péči o ránu, musí sestra postupovat pomalu, každou část činnosti pacientovi vysvětlit a ukázat, popřípadě ji nechat provést přímo pacienta. Správnému nacvičení a pochopení všech informací velice napomáhá, pokud se pacient aktivně podílí, provádí tedy například péči o ránu sám. V neposlední řadě by sestra měla pacientovi dát prostor pro jeho otázky a na všechny mu odpovědět, tak aby vše pochopil. Závěrem každé edukace a nacvičování činností, které se pacienta týkají by

měly být dotazy i od sestry, směřované k pacientovi. Otázkami, kterými se sestra pacienta ptá, si sama ověřuje, zda pacient informace přijal a v dostatečné míře je pochopil. Zda pacient pochopil zásady péče o ránu si může sestra ověřit tím, že pacient bude provádět péči sám a sestra jen dohlížet.

Součástí bakalářské práce je příloha, brožura – Informace pro pacienty po operaci tříselné kýly. Brožura zahrnuje informace o dietním režimu, pohybové aktivitě, ale také o hygieně a péči o operační ránu. Brožura může posloužit sestře jako součást edukace, nebo pacientovi, po propuštění do domácího léčení, jako nápověda.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo informovat nejen o samotném onemocnění tříselnou kýlou, ale i poukázat na individuální potřeby pacientů s tímto onemocněním. Pacienti s tříselnou kýlou, ale samozřejmě i pacienti s jakýmkoli onemocněním mají své individuální požadavky a potřeby, které je třeba uspokojovat. Nezáleží však jen na samotném onemocnění, se kterým je pacient hospitalizován, ale na celé individuální osobě pacienta, jeho dalších onemocněních, ale také přáních. Práci sestry je nejen plnění ordinací lékaře a ošetrovatelských činností. Každá by se měla zaměřit také na další součásti, jako je pochopení individuality člověka, jeho bio-psycho-sociální individuality a jeho potřeb, čímž dochází i k seberealizaci. V chápání bio-psycho-sociálních potřeb a hodnot pacienta nezáleží až tak na vědomostech, jako na přístupu sestry k pacientovi, svému povolání, ale i k sobě samé.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690: 2, 1997

BOROŇOVÁ, J. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň : Maurea, s.r.o., 2010. 193 s. ISBN 978-80-902876-4-8

ČAPOV, I. aj. 2000. *Endoskopické diagnostické a terapeutické metody v chirurgii*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2000. 81 s. ISBN 80-210-2271-X.

DOENGES, M. A. aj. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. čes. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

FARKAŠOVÁ, D. aj. 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. čes. vyd. Martin : Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

FERKO, A. aj. 2002. *Chirurgie v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2002. 596 s. ISBN 80-247-0230-4.

KOZIEROVÁ, B. aj. 2004. *Ošetrovatelstvo 1,2*. Martin : Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-21700-528-0.

KUBICOVÁ, L. aj. 2000. *Chirurgické ošetrovatelstvo*. Martin : Osveta, 2000. 119 s. ISBN 80-8063-049-6.

KYSLAN, K. aj. 2010. *Chirurgia I*. 1. Vyd. Martin : Osveta, 2010. 158 s. ISBN 978-80-8063-312-7.

LICHTENSTEIN, I. L. 1994. *Plastika kýly nové směry*. 1. vyd. Jinočany : Nakladatelství a vydavatelství H&H, 1994. 250 s. 80-85787-70-9

MAREČKOVÁ, J.; JAROŠOVÁ, D. 2005. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 86 s. ISBN 80-7368-030-0.

MICHALSKÝ, R.; PAFKO, P.; SATINSKÝ, I. 2000. *Operační léčení tříselné kýly*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. 198 s. ISBN 80-7169-971-3.

MICHALSKÝ, R. 2008. *Chirurgie břišní stěny, trávicí trubice a nitrobřišních orgánů pro studující ošetrovatelství*. 1. vyd. Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2008. 93 s. ISBN 978-80-7248-465-2.

MICHALSKÝ, R.; VOLFOVÁ, I. 2008. *Kapitoly z obecné chirurgie pro studující ošetrovatelství*. 1. vyd. Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2008. 83 s. ISBN 978-80-7248-464-5.

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

PAFKO, P.; KABÁT, J.; JANÍK, V. 2006. *Náhlé příhody břišní operační manuál*. Praha : Grada Publishing, 2006. 135 s. ISBN 80-247-0981-3

RICHARDS, A.; EDWARDS, S. 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. Simona Sedlová. Praha : Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.

SLEZÁKOVÁ, L. aj. 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 268 s. ISBN 978-80-247-3129-2

ŠEDÝ, J. 2007. *Chirurgická anatomie hernií*. 1. vyd. Praha : Triton, 2007. 118 s. ISBN 978-80-7254-923-8.

ŠVÁB, J. 2007. *Náhlé příhody břišní*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. 205 s. ISBN 978-80-7262-485-0.

TRACHTOVÁ, E. aj. 2003. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

VALENTA, J. aj. 2005. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 2. dotisk 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 235 s. ISBN 80-246-0644-5.

ZEMAN, M. aj. 2000. *Chirurgická propedeutika*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. 524 s. ISBN 80-7169-705-2.

ZEMAN, M. aj. 2006. *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha : Galén, 2006. 575 s. ISBN 80-726-2260-9.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – tabulky základních krevních vyšetření	I
Příloha B – Čestné prohlášení o sběru dat	III
Příloha C – Brožura – Informace pro pacienty po operaci tříselné kýly	IV

PŘÍLOHY

Příloha A – tabulky základních krevních vyšetření

Tabulka 1 – Hematologické vyšetření krve

HEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ KRVE		
vyšetření		Hodnoty
Krevní obraz	erytrocyty	ženy - 4,2 - 5,4 x 10 ¹² /l
		muži - 4,5 - 6,3 x 10 ¹² /l
	leukocyty	3,6 - 9,6 x 10 ⁹ /l
	trombocyty	140 - 440 x 10 ⁹ /l
	hemoglobin	ženy - 12 - 16 g/l
		muži - 14 - 16 g/l
hematokrit	ženy - 0,39	
	muži - 0,44	
Sedimentace	sedimentace erytrocytů	ženy - 8/12
		muži - 5/8

Zdroj: vlastní konstrukce

Na vyšetření krevního obrazu se odebírá nesrážlivá venózní nebo kapilární krev. Na vyšetření sedimentace erytrocytů se odebírá také nesrážlivá venózní krev, k níž se přidává 0,4 ml 3,8 % citrátu sodného.

Tabulka 2 – Hemokoagulační vyšetření krve

HEMOKOAGULAČNÍ VYŠETŘENÍ KRVE		
Vyšetření		hodnoty
Quickův test	protrombinový čas	10 - 13 sekund
APTT	koagulační faktory pro vnitřní srážení	30 - 40 sekund

Zdroj: vlastní konstrukce

U Quickova testu a odběru krve na APTT se odebírá venózní krev a přidává se 0,5 ml citrátu sodného.

Tabulka 3 – Biochemické vyšetření krve

BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ KRVE		
vyšetření		Hodnoty
Ionty	Na	130 - 150 mmol/l
	K	3,8 - 5,5 mmol/l
	Ca	2 - 2,5 mmol/l
Metabolity	urea	2 - 7,5 mmol/l
	kreatinin	35 - 100 μ mol/l
	bilirubin	do 20 μ mol/l
Bílkoviny	CRP	ženy - do 4,0 mg/l
		muži - 5,8 mg/l
Enzymy	ALT, AST, ALP, amylázy	
Lipidy	cholesterol, triglyceridy	
Hormony	THS, T3, T4, aldosteron, progesteron	
Glykémie	krevní cukr	3,6 - 6,3 mmol/l

Zdroj: vlastní konstrukce

Příloha B – Čestné prohlášení o sběru dat

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že veškeré informace použité v praktické části práce, pro realizaci ošetrovatelského procesu jsem shromažďovala na pracovištích, při absolvování povinných odborných praxí.

V Praze, dne: 23.3.2012

podpis:

Příloha C – Brožura – Informace pro pacienty po operaci tříselné kýly

- Brožura s informacemi pro pacienty po operaci tříselné kýly.

INFORMACE PRO PACIENTY PO OPERACI TŘÍSELNÉ KÝLY

Dietní režim

Pohybová aktivita

Hygiena a péče o operační ránu

Soukupová Martina

2012

Obsah

Dietní režim.....	3
Pohybová aktivita.....	5
Hygiena a péče o operační ránu	6
Seznam použité literatury:.....	8

Dietní režim

Jako každá operace, je i operace tříselné kýly zásah do lidského organismu. Lidský organismus po operačním zákroku vyžaduje pozvolné navracení do běžného života. Trávicí trakt a jeho peristaltika, tedy trávení je po operaci velmi oslabené a zpomalené. Je tedy třeba s potravou, ale i pitím začínat velice pozvolna.

Pacient po operačním zákroku, který je bez komplikací začne pomalu popíjet hořký černý čaj po lžičkách. Pokud je vše v pořádku postupně začíná pít čaj ve větším množství. První den po operačním zákroku pacient dostává jen čas, s potravou se začíná až druhý den. Je-li tedy vše v pořádku, pacient dostane druhý den tekutou stravu, ve většině případů bujón, pak stravu kašovitou. S tuhou stravou se musí velmi opatrně a po malých dávkách.

Po propuštění do domácího léčení je pacientovi doporučeno dodržovat šetřící dietu, dietu číslo 2. Pro lepší orientaci pacientů o dietě je tabulka s doporučenými a naopak nevhodnými potravinami:

Dietní režim - dieta č. 2		
potraviny	vhodné	nevhodné
maso	libové, kuřecí, telecí, jehněčí, netučné ryby, králičí	tučné a tuhé, uzeniny
mléko a mléčné výrobky	mléko, jogurty, sýry	plísňové sýry
tuky	rostlinné	slanina, sádklo, škvarky
pečivo	pečivo starší, rohlíky, bílý chléb, netučné sušenky	pečivo čerstvé, kynuté
zelenina	mrkev, celer, petržel, špenát, rajčata, hlávkový salát	nadýmavá, kapusta, zelí, cibule, okurky, paprika

ovoce	zralé bez tuhých slupek, bez zrníček, ne příliš kyselé, jablka, meruňky, banány	nadýmavé, tuhé, kyselé, s tuhými slupkami, rybíz, angrešt, ostružiny, maliny
koření	jen opatrně, spíše bylinky	dráždivé, pepř, paprika, maggi, ostré směsi
nápoje	bylinkové čaje, nesycené minerální vody, ovocné šťávy, mléko	alkohol, destiláty, zrnková káva
příkrmy	brambory, bramborová kaše, dušená rýže, těstoviny	knedlíky

Zdroj: vlastní konstrukce

Doporučuje se přijímat potravu v malých dávkách, avšak alespoň 6 x denně. Tekutiny jako vhodné v tabulce je nutno alespoň 2,5 litru za den.

ANO

NE



Zdroj: vlastní konstrukce



Zdroj: vlastní konstrukce

Pohybová aktivita

Po operačním výkonu:

Každý pacient by si měl uvědomit, že pohybový režim, ale nejen ten je velice závislý na celkovém stavu pacienta po operaci. Každý člověk je individuální osobnost a tím se řídí i pohybový režim. Bezprostředně po operaci a v krátké době po ní je pacient monitorován, kontrolován sestrou, pro hrozící komplikace. Pacient po operaci by měl dbát na doporučení sestry a lékaře, aby se nestal nějaký úraz.

Obecně platí tento postup aktivizace:

- Klid na lůžku.
- Podle stavu pozvolné posazování a postavování.
- Pomalá chůze kolem lůžka.
- Později chůze po pokoji, až do úplné mobilizace, kdy je pacient soběstačný.
- **Po operačním výkonu se nebojte požádat o pomoc sestru nebo jiného zdravotnického pracovníka.**

Zásadně však platí, že u každé první mobilizace a aktivizace pacienta po operačním zákroku musí být přítomna sestra, která pacientovi poskytuje pomoc a v neposlední řadě i kontrolu nad hrozícími komplikacemi.

Doma:

Po operaci tříselné kýly je nutno ve většině případů být v pracovní neschopnosti alespoň 4 týdny, v některých případech až 10 týdnů. Opět je délka pracovní neschopnosti individuální s ohledem na pacienta a vykonávané zaměstnání.

Doporučuje se:

- Vhodná chůze s běžnými denními aktivitami.
- Dlouho nesesedět ani nestát, vhodné je sed a chůzi přiměřeně střídat.
- Vyloučení zvýšené námahy cca 4-6 týdnů.
- Nadměrně se neohýbat ani nenatahovat.

Hygiena a péče o operační ránu

Po operačním výkonu, v nemocnici:

- Po operačním výkonu se první den provádí hygiena na lůžku nebo s dopomocí sestry v koupelně.
- Podle stavu pacient postupně provádí hygienu sám.

Doma:

- Doporučeno sprchování, po vysprchování převaz rány.
- Doporučeno nosit pevné slipy nebo kalhotky přes den.

Péče o operační ránu:

- V nemocnici péči o ránu zajišťuje sestra.
- Sestra seznámí pacienta se zásadami správné péče o operační ránu.
- Doma:
 - ~ Doporučeno sprchovat operační ránu vlažnou vodou.
 - ~ Ránu pečlivě osušit a krýt sterilním obvazem.
 - ~ Po vynětí stehů doporučeno ránu promašťovat, masírovat.

Tlaková masáž jizvy:

Délka masáže a její intenzita se řídí rozsahem jizvy, ale také dobou po operačním výkonu. Doporučuje se s masáží začít 4 týdny po operaci. Délka masáže se pohybuje od 10 do 20 minut a opakuje se 5 – 10x denně. Jizva by se měla 30 sekund stlačovat a 15 sekund nechat prokrvit. Masáže podporují měknutí jizvy, avšak musí se provádět velmi opatrně a citlivě.

Promašťování:

S promašťováním jizvy je vhodné začít již v druhém týdnu po operaci. Promašťování by se mělo provádět alespoň 2x denně, minimálně půl roku. Napomáhá hojení, zabraňuje vysychání a dráždění (www.fnol.cz).

Při převazu každé operační rány platí několik zásad, které musí sestra při péči o ránu dodržovat, ale i pacient by se jimi měl řídit, při péči o ránu doma. Mezi tyto zásady patří:

- Každý převaz rány musí probíhat sterilně, tedy za aseptických podmínek.
- Všechny pomůcky, které se používají v péči o ránu musí být sterilní.
- Při každém převazu by měl pacient ležet, nebo sedět v pohodlné poloze.
- Péče o ránu se vždy provádí velice šetrně a ohleduplně.
- Každá sestra by měla pacientovi předem vše vysvětlit, co bude provádět.
- Ještě při hospitalizaci by se pacient měl naučit, jak o ránu pečovat po propuštění do domácího léčení.

Seznam použité literatury:

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690: 2, 2010

http://www.fnol.cz/oddeleni-plasticke-a-esteticke-chirurgie-sluzby-sekce_396.html

MIKŠOVÁ, Z. aj. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II.* aktual. a doplň. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-1443-1.

VALENTA, J. aj. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství.* 2. dotisk 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0644-5.

Brožura byla vytvořena jako součást bakalářské práce. Brožura prošla oponentským řízením v rámci státní závěrečné zkoušky na Vysoké škole zdravotnické o.p.s. Praha 5.

