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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S NÁDOREM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Bakalářská práce

EVA VESELKOVÁ

Stupeň vzdělání: Bakalář
Název studijního oboru: Všeobecná sestra
Vedoucí práce: MUDr. Dušan Jaroměřský

Praha 2014

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

Veselková Eva
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 26. 9. 2013 Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s nádorem močového měchýře

Nursing Process for Patients with Urinary Bladder Tumour

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Dušan Jaroměřský

V Praze dne: 1. 11. 2013

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Ošetřovatelský proces u pacienta s nádorem močového měchýře vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 18. 3. 2014

Eva Veselková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucímu bakalářské práce MUDr. Dušanu Jaroměřskému za odborné vedení, cenné rady a připomínky.

Chci také poděkovat paní Zuzaně Maurové z odborné knihovny Oblastní nemocnice v Náchodě za ochotu a spolupráci při obstarávání odborné literatury.

ABSTRAKT

VESELKOVÁ, Eva. *Ošetřovatelský proces u pacienta s nádorem močového měchýře*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Dušan Jaroměřský. Praha. 2014. 70 s.

Tématem bakalářské práce je ošetřovatelský proces o pacienta s nádorem močového měchýře. V teoretické části jsme se zabývali klasifikací onemocnění, patofyziologií, jeho diagnostikou, základními principy léčby a prognózou onemocnění. Dále jsou popisována specifika péče o pacienty s nádorem močového měchýře, konkrétně karcinomem, před a po cystektomii v ošetřovatelském procesu. V praktické části se práce zabývá vypracováním ošetřovatelského procesu u pacienta s nádorem močového měchýře, konkrétně karcinomem, po radikální cystektomii. Jsou zde uvedeny důvody pacientova přijetí do nemocnice, jeho osobní anamnéza. Dále jsou vyhodnocovány aktuální a potencionální problémy pacienta, které jsou následně zpracovány do ošetřovatelských diagnóz.

Klíčová slova:

Diagnostika. Karcinom. Léčba. Močový měchýř. Ošetřovatelský proces.

ABSTRACT

VESELKOVÁ, Eva. *Nursing Process for Patients with Urinary Bladder Tumour.* Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Dušan Jaroměřský. Prague. 2014. 70 pages.

The topic of this bachelor´s thesis is about the nursing process for patients with urinary bladder tumour. In the theoretical part, we dealt with the classification of the disease, pathophysiology, how to diagnose this disease or the basic principles of treatment and prognosis. Furthermore, the thesis describes the specifics of care for patients with urinary bladder tumour, particularly with carcinoma before and after cystectomy in the nursing process. In the practical part, the thesis focuses on the development of the nursing process for a patient with urinary bladder tumour, specifically carcinoma after radical cystectomy. There were obvious reasons for the patient's admission to the hospital, his personal medical history. Furthermore, the thesis is to assess the current and potential problems of the patient, which were subsequently processed into nursing diagnoses.

Key words:

Carcinoma. Diagnosis. Nursing Process. Treatment. Urinary Bladder.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD 13

1 NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE 14

1.1 EPIDEMIOLOGIE 14

1.2 ETIOLOGIE, RIZIKOVÉ FAKTORY A PATOGENEZE 15

1.3 PATOLOGIE 16

1.4 KLINICKÝ OBRAZ 16

1.5 DIAGNOSTIKA 17

1.5.1 ULTRAZVUK 17

1.5.2 VYLUČOVACÍ UROGRAFIE 17

1.5.3 CYSTOSKOPIE 18

1.5.4 FLUORESCENČNÍ CYSTOSKOPIE 18

1.5.5 MAGNETICKÁ REZONANCE 18

1.5.6 CYTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ MOČI 18

1.5.7 VYŠETŘENÍ NÁDOROVÝCH MARKERŮ 19

1.6 STAGING A GRADING 19

1.7 ZÁKLADNÍ ROZDĚLENÍ KARCINOMŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE DLE KINDLOVÉ 21

1.8 LÉČBA 21

1.8.1 LÉČBA POVRCHOVÝCH KARCINOMŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE 21

1.8.2 LÉČBA INVAZIVNÍHO KARCINOMU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE 23

1.8.3 LÉČBA POKROČILÉHO KARCIMONU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE 24

1.8.4 SYMPTOMATICKÁ TERAPIE 24

1.9 PROGNÓZA 24
1.10 PREVENCE 25
2 SPECIFIKA PÉČE O PACIENTY S NÁDOREM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU 26
2.1 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP SESTRY K ONKOLOGICKÝM PACIENTŮM 26
2.1.1 ZÁKLADNÍ PSYCHICKÉ FÁZE PROŽÍVÁNÍ PŘÍCHODU A ROZVOJE VÁŽNÉ NEMOCI 26
2.2 REHABILITACE U ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH 27
2.2.1 FUNKČNÍ ZMĚNY POHYBOVÉHO SYSTÉMU 28
2.2.2 FYZIOTERAPIE U ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH 28
2.3 SPECIFIKA PÉČE O PACIENTA PŘED CYSTEKTOMIÍ 28
2.4 SPECIFIKA PÉČE O PACIENTA PO CYSTEKTOMII NA ODDĚLENÍ INTENZIVNÍ POOPERAČNÍ PÉČE 29
2.5 SPECIFIKA PÉČE O PACIENTA PO CYSTEKTOMII NA STANDARTNÍM UROLOGICKÉM ODDĚLENÍ 32
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S NÁDOREM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE 33
3.1 ZÁKLADNÍ A IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA 33
3.2 ANAMNÉZA 35
3.3 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT 52
3.4 SITUAČNÍ ANALÝZA 55
3.5 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH PROBLÉMŮ 56
3.6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORITY 57
3.7 PODROBNÉ ROZPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ 58

3.8 CELKOVÉ HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 79
4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI 81
ZÁVĚR 82
SEZNAM LITERATURY 83
PŘÍLOHY

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 TNM klasifikace – močový měchýř 19
Tabulka 2 Léková anamnéza 36
Tabulka 3 Popis fyzického stavu 38
Tabulka 4 Aktivity denního života 42
Tabulka 5 Posouzení psychického stavu 48
Tabulka 6 Posouzení sociálního stavu 50
Tabulka 7 Výsledky 53

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

a……. arteria, tepna.

amp…… ampule.

ABR…….. acidobazická rovnováha.

ARO…….. anesteziologicko-resuscitační oddělení.

BCG……... Bacillus Calmette-Guérin, oslabený kmen bakterie tuberkulózy.

BMI…… angl. Body-Mass Index.

CT…….. angl. počítačová tomografie.

CVT……... centrální venózní tlak.

CYFRA 21-1..nádorový marker, zvýšen bývá např. u karcinomů plic nemalobuněčných, dělohy či močového měchýře.

dx……dexter, vpravo.

GCS……angl. glasgowská klasifikace bezvědomí – Glasgow Coma Scale.

ICHS…….. ischemická choroba srdeční.

NGS……nasogastrická sonda.

NJS…….....nasojejunální sonda.

NMP – 22….. nádorový marker, který je zvýšen u karcinomu močového měchýře.

P…….puls.

PPI……. angl. inhibitory protonové pumpy – Proton-Pump-Inhibitors.

RHB……...rehabilitace.

RIA…… ramus interventricularis anterior.

sin…….…..sinister, vlevo.

SpO_2……...saturace kyslíkem, nasycení krve kyslíkem.

Tbl……..tablety.

TK……..tlak krevní.

TPA……tkáňový polypeptidový antigen. Jeden z nádorových markerů. Je zvýšen u řady nádorů, např. prsu, střeva, močového měchýře, pankreatu, ovaria.

TT……...tělesná teplota.

TUR……transuretrální resekce.

UPV……...umělá plicní ventilace.

v……..vena, žíla.

(SCHLAKE et al., 2012), (VOKURKA, HUGO, 2007)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Cirkadiánní rytmus ..... zhruba, přibližně denní rytmus.

Derivace moči ..... odvození viz derivát, odvedení. Např. derivace moči perkutánní nefrostomií při nemožnosti jejího normálního odchodu, lat. derivo odvádět vodu de-; rivus proud, potok.

Neovezika ..... chirurgicky nově vytvořený močový měchýř. Lze jej vytvořit z tenkého či tlustého střeva po cystektomii zejména pro karcinom.

Papilom……..... nezhoubný nádor sliznice některých orgánů. Často má třásnitý nebo bradavičnatý vzhled. Vzniká např. v močovém měchýři. Mnohonásobný výskyt se označuje jako papilomatóza. Podle umístění a obtíží je vhodné jeho odstranění. Zhoubná varianta se označuje papilokarcinom papila; -om; podle tvaru.

Protoporfyrin..... protoporfyrinogen – porfyrinogen se 2 karboxylovými skupinami, nerozpustný ve vodě. Přirozený je izomer IX, vzniká z koproporfyrinogenu působením enzymu koproporfyrinogenoxidázy. Chelatací železa enzym ferrochelatáza vzniká hem.

Spinocelulární karcinom .. dlaždicový karcinom, zhoubný nádor vycházející z epitelové tkáně.

Ureteroileostomie..... chirurgické vyústění močovodu do terminální části tenkého střeva ilea. Při ureteroileostomii podle Brickera se oba močovody svedou do exkludované části ilea, která se vyvede břišní stěnou ven, používá se k derivaci moči při karcinomu močového měchýře.

(BARTÁK et al., 2008), (VOKURKA, HUGO, 2007)

ÚVOD

Nádory močového měchýře jsou stále častěji se vyskytující v České republice a to především u mužů, ale u žen incidenci nalezneme také, i když v míře o mnohem nižší. Nejčastějšími nádory močového měchýře jsou nádory vycházející z urotelu, čímž je karcinom močového měchýře, který má z těchto nádorů nejčastější výskyt v populaci. V ČR představuje u mužů 6. a u žen 13. nejčastější malignitu.

Věnujeme se tématu nádorů močového měchýře, protože se stále častěji setkáváme s pacienty po radikální cystektomii pro karcinom močového měchýře. Tito pacienti potřebují nejen kvalifikovanou lékařskou a ošetřovatelskou péči, ale je u nich velmi důležitá i psychická podpora ze strany příbuzných, ale i personálu oddělení, který je pacientům v těchto chvílích nejvíce na blízku.

Cílem bakalářské práce je popsat nádory močového měchýře, jejich diagnostiku, léčbu a specifika péče u těchto pacientů, kdy se budeme nejčastěji zaměřovat na karcinom močového měchýře, který má vůbec nejvyšší výskyt. V praktické části se zaměříme na ošetřovatelský proces u pacienta s nádorem močového měchýře, kdy nejprve stanovíme ošetřovatelské problémy, které zpracujeme do ošetřovatelských diagnóz, následně realizujeme a zhodnotíme. Práce je určena odborné veřejnosti z řad zdravotnického personálu, studentům ošetřovatelství a kolegyním, všeobecným sestrám.

1 NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Nádorem močového měchýře je označováno maligní i benigní onemocnění stěny močového měchýře. Nejčastějšími nádory močového měchýře jsou nádory vycházející z urotelu. Papilomy mohou zůstat jen v epitelu – pak se jedná o tzv. povrchové nádory, nebo mohou prorůstat do hlubších vrstev svaloviny a pak jsou nazývány infiltrujícími karcinomy močového měchýře (KINDLOVÁ, 2006).

Karcinom močového měchýře je nejčastějším nádorem močového měchýře (tvoří až 80 % ze všech nádorů močového měchýře). Incidence tohoto nádoru mírně narůstá. Karcinom vychází nejčastěji z přechodního epitelu, v 5 až 8 % je zjištěn spinocelulární karcinom. Vzácně se vyskytují adenokarcinomy, nediferencované nádory nebo nádory jiné histogeneze (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

Do močového měchýře mohou prorůstat i jiné nádory z jeho okolí, jako jsou gynekologické nebo střevní nádory. Metastázy do močového měchýře jsou velmi vzácné, může se jednat o karcinom žaludku nebo melanom (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

Mimo oblast nádoru se mohou v močovém měchýři zjistit buněčné slizniční atypie, které mohou nabýt až takového stupně, že jsou označovány karcinomem in situ. Představuje-li nádor samostatnou formu karcinomu močového měchýře, jedná se o primární karcinom in situ. Pokud se vyskytuje současně s karcinomem jakéhokoli stadia a typu, je nazýván sekundárním karcinomem in situ (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

1.1 EPIDEMIOLOGIE

Nejčastějším maligním onemocněním močových cest je karcinom močového měchýře. V ČR představuje u mužů 6 u žen 13 nejčastější malignitu. Výskyt se v ČR pohybuje okolo 23/100 000 obyvatel. Celosvětová incidence výskytu představuje 10,1/100 000 mužů a 2,5/100 000 žen. V jižní Evropě byl zaznamenán výskyt karcinomu močového měchýře u mužů 27,1 a u žen 4,1, v západní Evropě 23,6 u mužů a 5,4 u žen a ve střední Evropě u mužů 16,9 a 4,9 u žen. Ve východní Evropě byl zaznamenán nejnižší výskyt, tj. 14,7 u mužů a 2,2 u žen. Výskyt nádorů močového

měchýře stoupá s věkem, u dětí se onemocnění vyskytuje zřídka (BABJUK et al., 2011), (SOUKUP, PEŠL, 2011).

Úmrtnost v ČR činí 9/100 000 a celosvětově 4/100 000 mužů a 1,1/100 000 žen. V evropských zemích došlo za uplynulé desetiletí k poklesu úmrtnosti na karcinom močového měchýře u mužů na 16 % a u žen na 12 %. Okolo 80 % pacientů má totiž onemocnění ve stadiu Ta (neinvazivní papilární karcinom), T1 (nádor šířící se do subepiteliální pojivové tkáně) nebo Tis (karcinom in situ) (BABJUK et al., 2011), (SOUKUP, PEŠL 2011).

1.2 ETIOLOGIE, RIZIKOVÉ FAKTORY A PATOGENEZE

Etiologie není zcela známa, v patogenezi jsou uplatňovány některé z rizikových faktorů (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

Kouření cigaret je považováno za nejvýznamnější rizikový faktor, který podněcuje vznik karcinomu močového měchýře. Má se za to, že časová délka, po kterou nemocný kouřil a denní množství vykouřených cigaret významně koreluje se vznikem karcinomu z výstelky močového měchýře (tzv. urotelového karcinomu). Až polovina karcinomů močového měchýře je v příčinné souvislosti s kouřením (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

Chronické infekce močových cest mohou též svým dlouhodobým drážděním přinášet vyšší riziko vzniku urotelového karcinomu (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

Abúzus analgetik je také spojen se zvýšeným rizikem vzniku urotelového karcinomu. Toto riziko se projeví při konzumaci většího množství v delším časovém úseku (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

Cyklofosfamid je imunosupresivní preparát, kterým může být iatrogenně vyvolán vznik urotelového karcinomu močového měchýře (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

Genetické změny jsou velmi významným rizikovým faktorem. Lze je shrnout tak, že karcinogeny způsobí mutaci chromozomu 9 (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

Některá povolání provází riziko vzniku karcinomu močového měchýře. Jedná se o výrobce barev, zpracovatele hliníku, pracovníky v gumárenském a kožedělném průmyslu, malíře a řidiče nákladních vozů (KATOLICKÁ, HRUBÁ, 2003).

1.3 PATOLOGIE

V Evropě je nejčastější typ nádoru močového měchýře karcinom, který vychází z přechodního epitelu. Dalším v pořadí je spinocelulární karcinom a následuje ho adenokarcinom (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

Přibližně u 70 % nemocných je diagnostikován karcinom, který je omezen pouze na výstelku. Takovéto povrchové nádory nemají ve většině případů dosud založeny metastázy. Nádor, který je již rozšířen do svalové vrstvy stěny močového měchýře nebo mimo něj, je podezřelý ze založených metastáz (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

1.4 KLINICKÝ OBRAZ

Nejčastějším příznakem karcinomu močového měchýře je hematurie, dále pak dysurické potíže, retence moči, systémové příznaky nebo bolesti v oblasti močového měchýře (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

S hematurií přichází k lékaři až 75 % nemocných. Může se jednat o zjevnou nebo mikroskopickou a její intenzita nekoreluje se závažností choroby (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

Dysurické potíže, což znamená, že u jedné třetiny nemocných bývá prvním příznakem polakisurie nebo strangurie (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

Retence moči, která může být způsobena blokádou odtoku moči koagulem při krvácení. Pokud je postiženo ústí močové trubice, může dojít k hydronefróze a k sekundární pyelonefritidě (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

Systémové příznaky, jsou sice vzácné, ale asi u 20% nemocných se může objevit horečka (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

Bolesti v oblasti močového měchýře, kdy jde o pozdní příznak. Stejně tak jako **otoky dolních končetin z lymfatické blokády metastázami** (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

U značně pokročilých stádií často pozorujeme **nechutenství, hubnutí a anémii** (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

1.5 DIAGNOSTIKA

Základním vyšetřením při podezření na zhoubný nádor močového měchýře je vylučovací urografie, po které musí následovat cystoskopie. Ukáže velikost nádoru a umožní odběr materiálu z podezřelých lézí na cytologické a bioptické vyšetření. Velkým přínosem pro diagnostiku karcinomu močového měchýře je fluorescenční cystoskopie. Používá se i cytologické vyšetření moči a vyšetření nádorových markerů (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

Nejlépe dostupnou neinvazivní metodou je ultrazvuk sloužící pro orientační prvotní diagnostiku. Nezbytnou součástí diagnostiky karcinomu močového měchýře hrají ostatní zobrazovací metody (KARMAŠOVÁ, ČERMÁK, 2012).

1.5.1 ULTRAZVUK

Ultrazvuk je nejlépe dostupná vyšetřovací metoda nezatěžující pacienta. Tato metoda slouží pro orientační prvotní diagnostiku. Pro diagnostiku karcinomu močového měchýře je třeba dostatečné rozepnutí stěny močového měchýře. Náplň močového měchýře a sílu stěny posuzujeme pouze orientačně. Jakékoli podezření je třeba potvrdit ještě cystoskopickým vyšetřením (KARMAŠOVÁ, ČERMÁK, 2012).

1.5.2 VYLUČOVACÍ UROGRAFIE

V současné době již náleží vylučovací urografii malé místo v posuzování karcinomu močového měchýře. Nyní je RTG vylučovací urografie na ústupu a postupem času je nahrazována počítačovou tomografií - CT vylučovací urografií. CT vylučovací urografie nabízí přesnější posouzení a mnohem přesněji se vyjadřuje k infiltraci malignity do okolních tkání i lymfadenopatii (KARMAŠOVÁ, ČERMÁK, 2012).

1.5.3 CYSTOSKOPIE

Je základní vyšetřovací metodou v močovém ústrojí, která umožňuje prohlédnout stěnu močového měchýře i ústí ureterů. Toto vyšetření ukáže velikost nádoru a umožní i odběr vzorků z podezřelých lézí na cytologické a bioptické vyšetření (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

Na základě cystoskopie je provedena přesná lokalizace nádoru, posouzen jeho vzhled a plošný rozsah. Během vyšetření je odebrán vzorek tkáně pro následné histologické vyšetření, ten musí vždy obsahovat svalovinu močového měchýře, aby mohla být prokázána nebo vyloučena její infiltrace. U povrchového nádoru je prováděno jeho úplné odstranění již při cystoskopii (BABJUK, 2005).

1.5.4 FLUORESCENČNÍ CYSTOSKOPIE

Jde o metodu fotodynamické diagnostiky. Princip této metody spočívá ve fotosenzibilizaci urotelu protoporfyrinem. Tkáň obsahující nadbytek porfyrinu po osvětlení modrým světlem vyzařuje červenou fluorescenci. Koncentrace protoporfyrinu umožní rozlišit nádorové změny i slizniční dysplazie, které září červeně na modrém pozadí. Tato metoda je využívána i při diagnostice časných recidiv uroteliálních nádorů nebo perzistujících ložisek, která nelze rozeznat v bílém světle standardní cystoskopie (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

1.5.5 MAGNETICKÁ REZONANCE

Magnetická rezonance je využívána u pacientů, kde není možno použití jodové kontrastní látky. Tato metoda je výhodná svojí velkou rozlišovací schopností, absencí ionizujícího záření, použitím kontrastní látky neobsahující jód a dobrým zobrazením důležitých cév. Nevýhodou je velká časová i ekonomická zátěž (KARMAŠOVÁ, ČERMÁK, 2012).

1.5.6 CYTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ MOČI

Patří mezi základní a standardně využívané postupy v diagnostice karcinomu močového měchýře. Zde jsou hodnoceny jednotlivé uroteliální buňky nebo jejich shluky uvolněné spontánně nebo získané aktivně proplachem močového měchýře. K hodnocení

je využívána škála podle Papanicolaua, kdy stupeň I. a II. znamená negativní nález, stupeň III. suspektní nález a stupeň IV. a V. pozitivní nález (VÍT, PACÍK, 2011).

1.5.7 VYŠETŘENÍ NÁDOROVÝCH MARKERŮ

Vyšetření nádorových markerů je využíváno pro detekci invazivních forem a hodí se hlavně pro nemocné v remisi. Nejčastěji je používán proliferační marker TPA. Poté je využíván pouze s doplňkovým významem CYFRA 21-1 a NMP-22 (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

1.6 STAGING A GRADING

Rozsah onemocnění je určován na základě již zmíněných vyšetření. K posouzení stadia pokročilosti je v praxi využívána klasifikace TNM (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002). Je třeba nádor přesně popsat, zjistit jeho rozsah a tím i jeho zařazení, které určuje postup léčby, další sledování a vyšetření, také prognózu. Mezinárodní unie proti rakovině vytvořila v roce 1950 klasifikační systém hodnotící odděleně stav lokálního nádoru (tumor – T), postižení lymfatických uzlin (noduli – N), a přítomnost vzdálených metastáz (metastasis – M). Nyní je v platnosti 6. revize z roku 2002 Klasifikace zhoubných nádorů TNM (KINDLOVÁ, 2006).

Tabulka 1 TNM klasifikace – močový měchýř

TX	primární nádor nelze hodnotit
T0	bez známek primárního nádoru
Ta	neinvazivní papilární karcinom
Tis	karcinom in situ
T1	nádor se šíří do subepiteliální pojivové tkáně
T2	nádor se šíří do svalové vrstvy
T2a	nádor infiltruje povrchovou vrstvu svalovou – vnitřní polovinu

	T2b	nádor infiltruje hlubokou vrstvu svalovou – zevní polovinu
T3		nádor infiltruje perivezikální tkáně
	T3a	mikroskopicky
	T3b	makroskopicky – extravezikální masy
T4		nádor se šíří do okolních orgánů – prostaty, dělohy, pochvy, stěny pánevní nebo stěny břišní
	T4a	nádor se šíří do prostaty nebo dělohy nebo pochvy
	T4b	nádor infiltruje pánevní stěnu nebo stěnu břišní
NX		regionální mízní uzliny nelze hodnotit
N0		v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy
N1		metastáza v jedné mízní uzlině, 2 cm nebo menší v největším rozměru
N2		metastáza v jedné uzlině větší než 2 cm, ale ne větší než 5 cm v největším rozměru, nebo vícečetné metastázy v mízních uzlinách ne větší než 5 cm v největším rozměru
N3		metastáza v mízní uzlině větší než 5 cm v největším rozměru
MX		vzdálené metastázy nelze hodnotit
M0		nejsou vzdálené metastázy
M1		vzdálené metastázy

Zdroj: KINDLOVÁ, 2006

Grading určuje agresivitu nádoru, jedná se o histologicky určený stupeň malignity. Označován je v rozmezí G1 až G3, kdy G1 určuje diferencovaný nádor, G2 středně diferencovaný nádor a G3 nediferencovaný nádor (KINDLOVÁ, 2006).

1.7 ZÁKLADNÍ ROZDĚLENÍ KARCINOMŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE DLE KINDLOVÉ

Povrchové karcinomy močového měchýře, kdy nádor neprorůstá do hlubších vrstev, tzn. pod sliznici, do svaloviny. Mají nejlepší prognózu, i když je zde sklon k častým recidivám, což znamená, že i když je nádor vyléčen, po určité době se znovu objeví ve stejném místě, popř. v jiné části močového měchýře. (z TNM klasifikace sem patří – Ta, T1, Tis, N0 – lymfatické uzliny nejsou postiženy, M0 – nejsou vzdálené metastázy) (KINDLOVÁ, 2006).

Karcinomy močového měchýře prorůstající do svaloviny, ale nepřecházející na okolní struktury, ani dosud nezaložily vzdálené metastázy (T2-3, N0 – lymfatické uzliny nejsou postiženy, M0 – nejsou vzdálené metastázy). **Karcinomy lokálně pokročilé**, přecházející do okolí močového měchýře nebo metastazující lymfatickými cestami anebo zakládající vzdálené metastázy (ložiska v jiných orgánech, nebo kombinace těchto možností). Tyto nádory mají nejhorší prognózu a jsou většinou nevyléčitelné (KINDLOVÁ, 2006).

1.8 LÉČBA

Výběr léčebných metod u karcinomu močového měchýře je řízen stupněm pokročilosti onemocnění. Jsou zde uplatňovány všechny základní typy protinádorové léčby (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

1.8.1 LÉČBA POVRCHOVÝCH KARCINOMŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

V léčbě těchto nádorů jsou uplatňovány dva typy léčebných metod. Jedná se o chirurgickou léčbu a intravezikální chemoterapii či radioterapii (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

Chirurgická léčba má tři cíle. Prvním cílem je odstranit současné onemocnění. Druhým cílem je zamezit nebo lokálně oddálit lokální recidivu. Třetím cílem je předejít invazi do svaloviny, předejít metastazování (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

Transuretrální resekce zaujímá dominantní postavení mezi chirurgickými výkony. Tento výkon zachovává dobře funkci močového měchýře a může být

i opakován. Tímto je nádor odstraněn, ale nelze zabránit tvorbě nových ložisek. Pokud se vyskytují recidivy nebo je zde možnost vícečetného výskytu nádoru, je indikována intravezikální terapie. Pravidelně každé tři měsíce jsou nutné cystoskopické kontroly. Pětileté přežití je více než 70 % (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

Cystektomie zahrnuje odstranění močového měchýře a vytvoření derivace moči, kdy jsou využívány části trávicí trubice, nejčastěji tenkého střeva. Při operaci je preparován močový měchýř a uretery a následně zajišťována derivace moči do jiného, zpravidla zažívacího systému (NAVRÁTILOVÁ, ZAVIAČIČOVÁ, 2011).

Parciální cystektomie je indikována zřídka u nádorů rozsáhlejších, které jsou lokalizovány ve vrcholové části močového měchýře. Tento postup lze použít asi u 5 % nemocných (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

Radikální cystektomie není prováděna často, protože se jedná o závažný výkon, kdy je nutné indikaci pečlivě zvážit (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

V těchto případech je velmi důležité vytvoření neoveziky, která je většinou vytvořena z části střeva nebo prostřednictvím ureteroileostomie (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

Náhrada močového měchýře po cystektomii je možná 4 způsoby:

- **Brickerova derivace ileálním conduitem neboli ureteroileostomie**, kdy se jedná o nejčastější typ náhrady močového měchýře. Močovody jsou napojeny na tenké střevo a moč je odváděna do stomie (ČAPÁK, DOLEŽEL, 2008), (NAVRÁTILOVÁ, ZAVIAČIČOVÁ, 2011).

- **Mainz pouch II**, kdy se jedná o vyústění močovodů do tlustého střeva a tudíž je stolice řídká. Je zde zvýšené riziko infekce močových cest (ČAPÁK, DOLEŽEL, 2008), (NAVRÁTILOVÁ, ZAVIAČIČOVÁ, 2011).

- **Heterotopní neovezika**, kde je močový měchýř vytvořen ze střevních kliček v dutině břišní. Pacientovi je odváděna moč pomocí pravidelného cévkování (ČAPÁK, DOLEŽEL, 2008), (NAVRÁTILOVÁ, ZAVIAČIČOVÁ, 2011).

- **Ortotopní neovezika** je považována za vrchol rekonstrukční urologické chirurgie. Náhrada močového měchýře je vytvořena nejčastěji z tenkého střeva. Rezervoár moči je našit na pahýl močové trubice a zůstává na dně pánve, tzn. na stejném místě jako původní močový měchýř (ČAPÁK, DOLEŽEL, 2008), (NAVRÁTILOVÁ, ZAVIAČIČOVÁ, 2011).

V chemoterapii je uplatňována intravezikální léčba, která znamená aplikaci léčiv do močového měchýře. Jsou zde používány takové látky, které jsou místně vysoce účinné a přitom se příliš nevstřebávají. Tím umožní dostatečně vysokou místní koncentraci, aniž by tím docházelo k celkovým nežádoucím reakcím na cytostatika. K intravezikální léčbě jsou používány zejména tato cytostatika: mytomicin C, thiotepa a doxorubicin. K místní léčbě povrchového karcinomu močového měchýře je využívána nespecifická imunoterapie, kdy je uplatňována BCG vakcína (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

Bylo prokázáno, že aplikace BCG vakcíny po transuretrální resekci dosahuje lepších výsledků v rámci prevence recidivy než samotná TUR i TUR v kombinaci s chemoterapií. Klinický účinek je dlouhodobý a byl zaznamenán i v analýze pacientů s onemocněním se středním rizikem (BABJUK, 2011).

1.8.2 LÉČBA INVAZIVNÍHO KARCINOMU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

V léčbě těchto nádorů jsou uplatňovány dva typy léčebných metod. Jedná se o chirurgickou léčbu a radioterapii (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

Chirurgickou léčbou karcinomu močového měchýře v tomto stadiu (především u stadií T2, T3a a T3b) je **radikální cystektomie.** U mužů je odstraňován močový měchýř, seminální váčky, prostata a pánevní lymfatické uzliny. U žen zahrnuje odstranění močového měchýře, dělohy, obou vaječníků, přední stěny pochvy, močové trubice a pánevních lymfatických uzlin. Provádí se také appendektomie, pokud již nebyla provedena dříve. Jde o velmi radikální výkon, po kterém následuje urinární rekonstrukce. Při urinární rekonstrukci je třeba vytvoření neoveziky ze střeva nebo permanentní zevní vyústění odvodu moče s umělým zevním rezervoárem. Jedná se o výkon velmi náročný, jak z pohledu chirurgického tak i pacientova (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

Cystektomie je doporučována také u pacientů, u nichž selhala BCG terapie (BABJUK, 2011).

Radioterapii lze uplatnit tam, kde není možno provést radikální výkon nebo byl nemocným odmítnut. Radioterapie je účinná ve smyslu snížení místních recidiv. Lze ji použít primárně nebo v kombinaci s chemoterapií (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

1.8.3 LÉČBA POKROČILÉHO KARCIMONU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

V léčbě těchto nádorů je uplatňována paliativní radioterapie a chemoterapie (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

Systémová chemoterapie je prosazována jako hlavní v paliativní léčbě pokročilých nádorů močového měchýře. Může být využita jako adjuvantní nebo neoadjuvantní chemoterapie (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

V monoterapii je užíváno jako neúčinnější cytostatikum cysplatina, která má relativně vysoké procento kladných odpovědí. Dobré výsledky jsou i s použitím taxanů a gemcitabinu (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

1.8.4 SYMPTOMATICKÁ TERAPIE

Tato terapie je považována za nepostradatelnou složku protinádorové léčby. Používá se především u neztišitelného krvácení z močového měchýře, kdy je aplikován např. 4% formalin, nitrát stříbrný nebo ischemická komprese močového měchýře intravezikální náplní. Velmi důležitá je i léčba nádorové bolesti a komplikujících infekcí močových cest (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002).

1.9 PROGNÓZA

Prognóza nemocných závisí především na stupni pokročilosti onemocnění a na způsobu a intenzitě léčby. Stadium T1 a T2 může být až ve 40 % vyléčitelné. U zbylých 60 % nemocných je pětileté přežití ve stadiu T1 průměrně 70 %, u stadia T2 50 %, i když některé statistiky udávají procento přežívajících nemocných v obou stadiích o 10 až 15 % vyšší. U stadia T3 a T4 se zpravidla udává tříleté přežití, a to asi u 35 – 40 % nemocných, u diseminovaných nádorů jen 3 – 15 % (KLENER, ABRAHÁMOVÁ, 2002, s. 448).

1.10 PREVENCE

Prevence by měla být zaměřena na rizikové skupiny. Především úspěšně bojovat proti kuřáctví, což by zcela jistě vedlo ke snížení počtu nemocných s karcinomem močového měchýře. U populace, která je vystavována působení chemických karcinogenů, je důležité cytologické vyšetření moče (ABRAHÁMOVÁ, 2012).

2 SPECIFIKA PÉČE O PACIENTY S NÁDOREM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU

Na pacienta s nádorovým onemocněním močového měchýře je třeba pohlížet komplexně, jako na každého pacienta s onkologickým onemocněním. Každý z nás je jedinečný i svými potřebami a podle toho je třeba pohlížet i na naše pacienty. Péče o onkologického pacienta klade jak na sestru, tak i na celý zdravotnický tým vysoké nároky na péči. Sestry jsou ty, které se setkávají s každodenními strastmi našich pacientů. Jejich největším úkolem je pomoci jim je zvládat (KALVODOVÁ, 2012).

2.1 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP SESTRY K ONKOLOGICKÝM PACIENTŮM

Při své práci by měla zdravotní sestra respektovat fáze psychického prožívání pacientovy těžké nemoci. Nejedná se ale o to, aby vždy byla rozpoznána fáze, ve které se pacient nachází. Základní psychické fáze prožívání příchodu a rozvoje vážné nemoci popsala Elisabeth K. Rossová. Definovala šest fází, které nemusejí přicházet postupně, mohou se opakovat, některé mohou i chybět. Jedná se o tyto fáze: šok, popření, období zloby a hněvu, smlouvání, depresi a smíření (HAŠKOVCOVÁ, 2004), (KALVODOVÁ, 2012).

Sestra ošetřující onkologického pacienta je mu vždy nablízku. Často je prvním člověkem, kterému se pacient svěří se svými pocity a mnohdy i jediným člověkem. Někdy se totiž bohužel i setkává s nezájmem příbuzných o takto nemocné pacienty, proto musí být na takovéto situace připravena a s tímto nelehkým úkolem se vyrovnat (KALVODOVÁ, 2012).

2.1.1 ZÁKLADNÍ PSYCHICKÉ FÁZE PROŽÍVÁNÍ PŘÍCHODU A ROZVOJE VÁŽNÉ NEMOCI

První fází je **šok.** Tato fáze bývá doprovázena emočně velmi silnými jevy a zpravidla trvá několik dní. Jedná se o ztrnulost nebo naopak pláč, neklid, ztížené

dýchání. Pacienti si kladou otázky: proč se to stalo, proč právě já a proč právě teď (HAŠKOVCOVÁ, 2004), (KALVODOVÁ, 2012)?

Druhou fází je **popření.** Dochází k popírání nemoci, nesmíření se s nemocí a k pochybnostem. Pacient současně může přestat komunikovat či se tématům ohledně jeho nemoci vyhýbá. Časově může trvat tato fáze různě dlouhou dobu, někdy i celé období léčby (HAŠKOVCOVÁ, 2004), (KALVODOVÁ, 2012).

Třetí fází je **období zloby a hněvu.** Pacient projevuje velmi emočním způsobem svůj hněv vůči okolí. Jedná se o zlost vůči všem zdravým lidem. Často přestává komunikovat, odmítá pomoc a někdy i léčbu (HAŠKOVCOVÁ, 2004), (KALVODOVÁ, 2012).

Čtvrtou fází je **smlouvání.** V této fázi pacient staví svá přání do hierarchie a uvažuje, co by ještě chtěl stihnout vidět nebo udělat (HAŠKOVCOVÁ, 2004), (KALVODOVÁ, 2012).

Předposlední fází je **deprese.** Jedná se především o beznaděj, smutek, lítost a zoufalství. Pacienti trpí nezvladatelným psychomotorickým neklidem, přemrštěnou mírou komunikace nebo naopak ztrnulostí. Tato fáze je pro pacienty i jejich léčbu opravdu nebezpečná a musí být překonávána psychofarmaky. Jde o nejtěžší fázi psychické odezvy (HAŠKOVCOVÁ, 2004), (KALVODOVÁ, 2012).

Poslední fází je **smíření.** Pacient přijímá pravdu, zklidní se a začne spolupracovat (HAŠKOVCOVÁ, 2004), (KALVODOVÁ, 2012).

2.2 REHABILITACE U ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Rehabilitace u onkologicky nemocných je nedílnou součástí léčby a je zaměřena na všechny oblasti pacientovi osobnosti a využívá všech dostupných mechanismů pro obnovu jeho fyziologických funkcí (KOLÁŘ, OCMANOVÁ, 2004).

Rehabilitační terapie je zaměřena na složku somatickou, psychologickou a sociální. V somatické složce je zahrnuta hlavně prevence a léčba funkčních poruch, udržení dobré tělesné zdatnosti. Psychologická složka zahrnuje především motivaci

k aktivnímu přístupu k léčbě. Sociální složka představuje zpětné zařazení pacienta do společnosti (KOLÁŘ, OCMANOVÁ, 2004).

Hlavním postupem rehabilitace u onkologicky nemocných je fyzioterapie, která zahrnuje fyziatrickou léčbu. Součástí terapie je i rehabilitační ošetřovatelství, které je nedílnou součástí péče o onkologicky nemocné a zajišťuje ho ošetřovatelský tým během celých 24 hodin denně. Nejčastěji je využívána funkční terapie a funkční manipulace (KOLÁŘ, OCMANOVÁ, 2004).

2.2.1 FUNKČNÍ ZMĚNY POHYBOVÉHO SYSTÉMU

Funkční poruchy pohybového systému jsou často následkem vnitřních onemocnění. Na základě onemocnění a vlivem chirurgické a cytostatické terapie dochází k reflexním změnám kůže, dále ke změnám ve svalové tkáni a také v oblasti kloubu (KOLÁŘ, OCMANOVÁ, 2004, s. 222).

2.2.2 FYZIOTERAPIE U ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Při výběru fyzioterapeutického postupu je nutné brát u pacienta ohled na bolest, ireverzibilní změny, jeho psychický stav a únavu. Podmínkou je také získání pacienta pro aktivní spolupráci při rehabilitaci. Motivaci a sebejistotu získá nemocný při vidině pozitivních výsledků, které v něm také povzbuzují vůli v uzdravení se (KOLÁŘ, OCMANOVÁ, 2004).

2.3 SPECIFIKA PÉČE O PACIENTA PŘED CYSTEKTOMIÍ

Pacient, pokud je lékařem indikován k cystektomii, musí mít podepsaný souhlas s operací a anestezií, řádně provedené a do dotazníku vyplněné předoperační vyšetření, anesteziologické vyšetření a dotazník. Pacient musí být řádné edukován, mít psychickou podporu, jak ze strany rodiny, tak i personálu. Vždy musí být dostatečný prostor pro dotazy pacienta, vše mu důkladně a srozumitelně vysvětleno, je-li třeba, tak i zopakováno. Pacient musí podepsat souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu (LOUDA, 2011), (NAGYOVÁ, BARTONÍKOVÁ, 2006), (TĚŠÍNSKÝ et al., 2011).

Pacient je přijímán na urologické oddělení tři dny před plánovaným výkonem, kdy první den ještě přijímá běžnou stravu. Od druhého dne začíná lačnit a střevo je připravováno k operaci výplachy roztoku fosfátových solí. U diabetiků dle ordinace lékaře je podáván roztok Glukózy. Den před operací je pacientovi zaveden CŽK z důvodu peroperačního hrazení krevních ztrát (autotransfuze nebo krevních derivátů) a infuzní terapie jak při operaci, následně pooperačně, tak i k zajištění parenterální výživy, bude-li třeba. U mužů i žen je prováděno oholení operačního pole. K prevenci trombembolické nemoci slouží vysoké bandáže na obou dolních končetinách. Pacient je ošetřujícím personálem psychicky podporován a vše mu je i opakovaně vysvětlováno. Pacient připravený, dostatečně informovaný a s potřebnými vyšetřeními je předán na operační sál (LOUDA, 2011), (NAGYOVÁ, BARTONÍKOVÁ, 2006), (TĚŠÍNSKÝ et al., 2011).

2.4 SPECIFIKA PÉČE O PACIENTA PO CYSTEKTOMII NA ODDĚLENÍ INTENZIVNÍ POOPERAČNÍ PÉČE

Cystektomie je velmi náročným a několik hodin trvajícím operačním výkonem, po kterém je třeba zajistit jak bezprostřední, tak i dlouhodobou pooperační péči. Tuto péči zajišťuje anesteziologicko-resuscitační oddělení nebo odpovídající jednotka intenzivní péče. Pooperační stav je mnohdy nestabilní, hrozí komplikace a je třeba monitorovat, zajistit a udržovat základní životní funkce. Jsou prováděna také fyzikální vyšetření, laboratorní screening dle ordinace lékaře. Velmi důležité je předcházení komplikacím či jejich včasná léčba, ochrana před infekcí, péče o invazivní vstupy a operační ránu, sledování a léčba pooperační bolesti a neméně také péče o psychiku pacienta (OBLASTNÍ NEMOCNICE NÁCHOD, 2012).

Pacient je uložen na připravené lůžko, kde je k dispozici monitoring základních životních funkcí a z operačního sálu je za doprovodu lékaře převezen na oddělení, kde je přepojen z transportního ventilátoru na umělou plicní ventilaci stacionárního plicního ventilátoru. Nejčastěji bývá nastaven ventilační režim BIPAP/ASB, z kterého je pacient postupně za úpravy parametrů plicní ventilace, přepojován na režim CPAP/ASB nebo automatický weaningový program SmartCare a postupněnásleduje extubace. Tento proces trvá obvykle pouze několik hodin. Kyslíková terapie je poté zajištěna kyslíkovou maskou a následné kyslíkovými brýlemi. Vždy musí být zajištěna dostatečná oxygenace

tkání, kterou je nutné kontrolovat rozborem krevních plynů z arteriální krve v intervalech dle ordinace lékaře (OBLASTNÍ NEMOCNICE NÁCHOD, 2012).

U pacienta jsou již předem zajištěny další invazivní vstupy. Den před operací je kanylována centrální žíla a zaveden centrální žilní katétr nejčastěji cestou v. sublavia nebo v. jugularis int., který slouží k aplikacím infuzní terapie, antibiotik a ostatních intravenózních léků dle ordinace lékaře. Ostatní invazivní vstupy jsou zajišťovány až na operačním sále před samotnou operací. Mezi ně patří arteriální katétr, který je zaváděn nejčastěji cestou a. radialis a využíván především při současném napojení na monitor přes kapslový převodník k invazivnímu měření tlaku krevního a další jeho důležité využití je i k odběrům arteriální krve na vyšetření krevních plynů a ABR. Je zaváděn také epidurální katétr, který slouží ke kombinované anestézii, v bezprostředním pooperačním období k analgosedaci a především k zajištění dostatečné analgézie při léčbě pooperační bolesti. Dále se zavádí nasogastrická sonda k zajištění odvodu žaludečního obsahu, což přispívá k prevenci aspirace žaludečního obsahu. Také je zaváděna nasojejunální sonda, která se využívá až následně v dalších pooperačních dnech k enterální výživě. Během operace jsou pacientovi zaváděny další invazivní vstupy dle rozsahu prováděného výkonu. Jedná se o drainy, vývody ureterů a epicystostomický drain z neoveziky, kde je sledováno množství a vzhled obsahu (OBLASTNÍ NEMOCNICE NÁCHOD, 2012).

Bezprostřední pooperační péče je zahájena ihned po příjmu pacienta na oddělení a zaměřována na monitoring. Sleduje se vědomí u analgosedovaných pacientů pomocí Ramsay score a u pacientů bez ní je využíváno Glasgow coma scale. Velmi důležité je sledování dýchání a výměny krevních plynů pomocí pulsní oxymetrie, kapnometrie, parametrů ventilace, vyšetření krevních plynů a stavu acidobazické rovnováhy a také hygiena dýchacích cest, kdy je sledováno množství sputa či tracheálního aspirátu a jeho příměsi. Dále je nutné zaměřit se na oběhový systém, kde je monitorována akce srdeční, invazivně tlak krevní, měřen centrální žilní tlak a v odůvodněných případech se může měřit i srdeční výdej, kdy je využíván přístroj Lidco nebo Swann-Ganzův katétr. Důležitá je i kontrola stavu krycího obvazu operační rány a okolí drainů. Je nezbytné se zaměřit také na druh obsahu odváděného z drainů, ureterů a z neoveziky. Uretery a neovezika u pacientů po cystektomii odvádějí moč. Při sníženém odvodu moči z ureterů může lékař ordinovat proplachy ureterálních cévek 1 až 2 ml Fyziologického

roztoku. Podání diuretika musí být uvážlivé. Bolest je monitorována pomocí numerické škály a při bolesti je následně sledována účinnost podaných analgetik. V bezprostředním pooperačním období je na místě podávání analgetik již před začátkem bolesti či kontinuální podávání, kterým lze zabránit vzniku nežádoucích vlivů bolesti, jako je tachykardie, hypertenze a neklid. Pooperační nausee a zvracení, které by pacienta obtěžovaly, lze zabránit podáváním H2 blokátorů nebo PPI, nasogastrická sonda je ponechána na spád, kde je sledováno množství, barva a příměs v žaludečním obsahu. Sleduje se i stav kůže, její barva, prokrvení a tělesná teplota. Po dlouhotrvajících operacích, kterou cystektomie bezesporu je, se lze setkat s pooperační hypotermií, kdy je třeba pacienta zahřát (OBLASTNÍ NEMOCNICE NÁCHOD, 2012).

Dlouhodobá pooperační péče zahrnuje pokračování v monitoringu vitálních funkcí, tělesné teploty a bolesti. Dále je sledována bilance všech přijatých i vylučovaných tekutin po 4 hodinách a celková po 24 hodinách. Je nutné pečovat o všechny katétry, sondy a drainy, kdy je sledováno jejich okolí, průchodnost, množství a vzhled sekretů. Také je nezbytné dbát na pravidelné proplachy a výměnu katétrů dle standardů. Provádí se aseptické převazy operační rány za přítomnosti operatéra, kontroluje se stav krytí a sekrece z operační rány. Zajišťují se i pravidelné odběry biologického materiálu dle ordinace lékaře na vyšetření a sleduje se výsledek těchto laboratorních vyšetření. Důležitou roli v pooperačním období hraje i stav výživy a péče o ni. Zpočátku je výživa zajišťována parenterální cestou, postupně i je podáván čaj per os do maximálního množství 500 ml/den a enterální výživa prostřednictvím nasojejunální sondy. Součástí je i péče o vyprazdňování, sledování střevní peristaltiky, odchod plynů a stolice. Hygienická péče vyžaduje zpočátku větší, později menší dopomoc ošetřujícího personálu, který pečuje i o dutinu ústní a také o kůži. Péče o spánek a psychiku pacienta po náročné operaci s takto závažnou diagnózou hraje svou roli, kdy je důležitá i snaha o dodržování cirkadiánního rytmu. Je třeba dbát také na bezpečnost pacienta, zohlednit riziko pádu a sebepoškození. Nedílnou součástí péče je i zajištění sociálního kontaktu, kdy k pacientově psychické pohodě přispívá i možnost návštěv rodinných příslušníků, pokud to zdravotní stav umožní. Postupně během několika dní, po stabilizaci pacientova stavu, je zahajována základní rehabilitace, kterou provádí fyzioterapeut a sestra. Zatížení je postupné, při febriliích není možné cvičit. Cílem je postupné zvládnutí sebeobsluhy a prevence imobilizačního syndromu. Je zde

důležitá prevence trombembolické nemoci a dechová rehabilitace s pomůckou zvanou Acapella choice. Přibližně po 5 dnech je pacient překládán k další péči na standardní urologické oddělení, kde je uložen na pooperační pokoj (OBLASTNÍ NEMOCNICE NÁCHOD, 2012).

2.5 SPECIFIKA PÉČE O PACIENTA PO CYSTEKTOMII NA STANDARTNÍM UROLOGICKÉM ODDĚLENÍ

Pacient je uložen na pooperační pokoj, kde jsou nadále monitorovány základní životní funkce. Pokračuje se v tlumení bolesti, infuzní terapii a enterální výživě. Pečuje se o operační ránu a invazivní vstupy. Důležitá je pravidelná kontrola průchodnosti ureterálních cévek. Je nutné dbát na péči o dýchací cesty, hygienu, bezpečnost pacienta a provádět včasnou rehabilitaci na lůžku. Personál se snaží zabránit vzniku dekubitů a pádu. Důležitá je i dostatečná edukace a psychická podpora pacienta. Do péče o stomii je zapojován pacient a rodina. Dle stavu pacienta se podávají tekutiny a postupně i strava. Je nutné pečovat o vyprazdňování stolice. Vstávání z lůžka a RHB mimo lůžko probíhá dle stavu pacienta. Drainy jsou odstraňovány postupně, ureterální cévky přibližně 10. den po operaci. Přibližně po týdnu péče na standardním oddělení je pacient dle stavu propuštěn do domácí péče a následné kontroly probíhají ambulantně. Před propuštěním je nezbytné pacienta i jeho rodinu důkladně edukovat a pro případ následných dotazů dát i kontakt, kam se může obrátit (LOUDA, 2011), (NAGYOVÁ, BARTONÍKOVÁ, 2006), (TĚŠÍNSKÝ et al., 2011).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S NÁDOREM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Praktická část bakalářské práce se zabývá zpracováním ošetřovatelského procesu u pacienta s nádorem močového měchýře, konkrétně s karcinomem, který se zotavuje po radikální cystektomii na oddělení ARO od 18.11.2013. Sběr informací byl proveden dne 19.11.2013, což je 1. pooperační den, je zcela anonymizován a se souhlasem pacienta. Ošetřovatelský proces je popisován od 19. do 22.11.2013, kdy byl pacient přeložen na urologické oddělení. Pro soupis a zpracování údajů byla využita Obecná ošetřovatelská dokumentace Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. v Praze 5.

3.1 ZÁKLADNÍ A IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X. Y.

Pohlaví: muž

Datum narození: 1944

Věk: 69 let

Rodné číslo: 440000/000

Číslo pojišťovny: 111

Datum přijetí: 18.11.2013

Typ přijetí: jiné - neodkladné

Oddělení: ARO

Ošetřující lékař: MUDr. D. J.

Kontaktní osoba: manželka

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Přijímali mě k operaci, protože mám nádor na močovém měchýři.

Medicínská diagnóza hlavní:

C67.8 Zhoubný nádor - léze přesahující močový měchýř

Medicínské diagnózy vedlejší:

D 63.0 Anémie při onemocnění novotvary

K 56.0 Paralytický ileus

N 02.9 Recidivující a přetrvávající hematurie

I 25.0 Aterosklerotická kardiovaskulární nemoc

I 10 Esenciální (primární) hypertenze

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 165/70	Výška: 181 cm
P: 82´	Hmotnost: 73 kg
D: 12´ (řízených, režim BIPAP/ASB)	BMI: 22
TT: 35,9 °C	Pohyblivost: ležící
Stav vědomí: analgosedován	Krevní skupina: A Rh+

Nynější onemocnění:

Pacient byl přijat na urologické oddělení pro prorůstající karcinom močového měchýře, dne 18.11.2013 provedena kompletní radikální cystektomie s ureteroileostomií a appendektomie. Peroperačně byla krevní ztráta 1 200 až 1 500 ml, která částečně hrazena jedním krevním převodem erymasy a velkým množstvím krystaloidních roztoků. Analgezie zajištěna analgetickou směsí aplikovanou do epidurálního katétru. Během rozsáhlého výkonu byl pacient oběhově nestabilní s potřebou zajištění dechové podpory pomocí UPV, proto byl přeložen k další péči na oddělení ARO, kde byla zajištěna pooperační dechová podpora pomocí UPV a postupně prováděn pooperační weaning. Již v den příjmu došlo ke stabilizaci stavu a pacient byl extubován.

Informační zdroje:

Rozhovor s pacientem, chorobopis pacienta, pohled, pohmat.

3.2 ANAMNÉZA

- **Rodinná anamnéza:**

Matka: zemřela v 85 letech zřejmě stářím, byla diabetička.

Otec: zemřel v 81 letech na infarkt.

Sourozenci: má jednoho bratra, který je diabetik na dietě.

Děti: má dceru a syna, obě jsou zdrávy, pouze běžné nemoci.

- **Osobní anamnéza:**

Překonané a chronické onemocnění: běžná dětská onemocnění, hypertenzní nemoc, ICHS se syndromem stabilní anginy pectoris, nemoc jedné tepny se 70% stenózou RIA – v plánu primární koronární intervence, uroteliální karcinom močového měchýře cT3b, N1, M0, G2.

Hospitalizace a operace: 9/2013 stav po TUR.

Úrazy: pouze drobného charakteru bez trvalých následků.

Transfúze: peroperačně podána erymasa.

Očkování: běžná povinná očkování.

- **Léková anamnéza:**

Tabulka 2 Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Nebivolol	Tbl.	5 mg	0 – ½ – 0	Beta-blokátor
Lusopress	Tbl.	20 mg	0 – 0 – 1	Blokátor kalciového kanálu
Sortis	Tbl.	20 mg	0 – 0 – 1	Hypolipidemikum

Zdroj: autorka s použitím VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, 2013

- **Alergologická anamnéza:**

Léky: neguje.

Potraviny: neguje.

Chemické látky: neguje.

Jiné: neguje.

- **Abúzy:**

Alkohol: příležitostně.

Kouření: stopkuřák 16 let.

Káva: denně 1 šálek.

Léky: neguje.

Jiné návykové látky: neguje.

- **Urologická anamnéza:**

Překonané urologické onemocnění: 9/2013 stav po TUR.

Poslední návštěva urologa: listopad 2013.

Samovyšetřování varlat: neprovádí.

- **Sociální anamnéza:**

Stav: ženatý.

Bytové podmínky: bydlí s manželkou v bytě 2 + 1 v panelovém domě.

Vztahy, role a interakce v rodině: žije ve společné domácnosti s manželkou v panelovém bytě, rodinné problémy nemají, děti je pravidelně navštěvují, občas se i setkávají s ostatními příbuznými.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: občas se setkává s kamarády a bývalými spolužáky a společnými rodinnými známými.

Záliby: rybaření.

Volnočasové aktivity: sledování televize, čtení denního tisku.

- **Pracovní anamnéza:**

Vzdělání: střední odborné s maturitou.

Pracovní zařazení: pracoval v Rubeně jako seřizovač strojů.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: již je ve starobním důchodu.

Ekonomické podmínky: dobré.

- **Spirituální anamnéza:**

Religiózní praktiky: věřící, katolík, každou neděli navštěvují s manželkou bohoslužbu.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 19.11.2013

Tabulka 3 Popis fyzického stavu

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	**SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**	**OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**
Hlava a krk:	*Hlava ani krční páteř mě nebolí.*	Hlava pacienta je normocefalická, ve středním postavení, bez zjevných deformit, poklepově nebolestivá, oči, uši a nos bez výtoků, zornice izokorické, nosí brýle na čtení, slyší dobře, jazyk nepovleklý, problémy s polykáním nemá, chrup sanován, krk souměrný, náplň krčních žil nezvětšena, pulsace a. carotis symetrické.
Hrudník a dýchací systém:	*Při zvýšené námaze se zadýchávám, ale to mi teď nehrozí. Bolesti na hrudi nemám.*	Hrudník pacienta je souměrný, bez deformit, prsa a prsní bradavky bez odchylek a výtoku. Dýchání je spontánní, poslechově sklípkové, zhrubělé, bez vedlejších fenoménů. Počet dechů je aktuálně 20´/min., saturace kyslíkem (SpO_2) je 98 až 99 % s kyslíkem při průtoku 2 l za minutu, kdy měření je prováděno intermitentně. Hodnoty jsou zaznamenávány á 1 hodinu do dokumentace.
Srdečně cévní systém:	*Léčím se se srdcem, mám vysoký tlak, anginu pectoris a půjdu na nějaké srdeční vyšetření.*	Srdeční akce pacienta je pravidelná (102´/min.), ozvy tiché, bez šelestu, na kardiomonitoru je sinusový rytmus bez extrasystol. Puls je velmi dobře hmatný na a. radialis dx. i sin., kdy

		cestou a. radialis dx. je z operačního sálu (2. den) zavedena arteriální kanyla pro intermitentní měření krevního tlaku invazivně, kdy jsou jeho aktuální hodnoty 151/50.. Záznam do dokumentace je prováděn á 1 hodinu. Cestou v. subclavia dx. je zavedena centrální žilní kanyla (3. den) pro aplikaci infuzních roztoků, parenterální výživy a i. v. léčiv, která slouží á 4 hodiny k měření CVT (aktuální hodnota je +3). Horní i dolní končetiny jsou symetrické a bez otoků. Dolní končetiny s elastickými bandážemi, pulsace je dobře hmatná, lýtka jsou nebolestivá a bez známek flebotrombózy. Pacient se léčí s aterosklerotickou kardiovaskulární nemocí a s hypertenzí, kterou má kompenzovanou.
Břicho a GIT:	*Ránu na břiše cítím, hlavně při kašli a mytí.“* Na numerické škále 0 - 10 při hodnocení bolesti je to stupeň 1, při polohování během koupání a při kašli stupeň 4, kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 znamená maximální bolest. „*Pocit na zvracení nemám a ani plyny mě*	Břicho nad niveau hrudníku, měkké. Vyvedeny drainy na spád z Douglasova prostoru I. dx. a I sin. (2. den) s odvodem sanguinolentního sekretu. Krytí operační rány a okolí drainů bez prosaků. Játra jsou v oblouku, slezina není hmatná. Peristaltika lehce slyšitelná, zahájena její podpora z důvodu pooperačního paralytického ileu. Ze žaludku je vyvedenaNGS (nasogastrická sonda) č. 16 (2. den), která je na spád

	zatím neodcházejí.	a odvádí minimální množství žaludečního obsahu (odpad z předešlého dne byl 50 ml).
Močový a pohlavní systém:	*Doma jsem měl potíže při močení a měl jsem i krev v moči. Už mě to trápí od léta. Teď po operaci vůbec nevím, jak to s tím vším bude.*	K odvodu moči slouží 2 ureterální cévky I. dx. – hodinový odvod je 15 ml a I. sin. – hodinový odvod je 25 ml (2 den) a epicystostomický drain z neoveziky – hodinový odvod je 60 ml (2. den). Celková diuréza z předešlého dne byla 1540 ml, která byla bolusově s podporou. Moč je se známkami hematurie, která postupně mizí. Jejich okolí je bez prosaků. Genitál je mužský.
Kosterní a svalový systém:	*Chodíme s manželkou na procházky. Chůze mi potíže nedělá.*	Celková pohyblivost je snížená, končetiny hybné s přihlédnutím k současnému zdravotnímu stavu. Prozatím nutný klid na lůžku. Končetiny, klouby a páteř jsou pohyblivé a bez tvarových deformit. Svalové napětí je v normě.
Nervový systém a smysly:	*Mám brýle na čtení, slyším dobře.*	Pacient je při vědomí, plně orientován místem, časem i osobou. Spolupracuje a je klidný. Slyší dobře, používá brýle na čtení. Třes a tiky nepozorovány, reflexy výbavné.
Endokrinní systém:	*Problémy se štítnou žlázou nemám a cukrovku také ne.*	Patologické projevy endokrinních poruch u pacienta nejsou pozorovány.
Imunologický systém:	*Alergický nejsem. Výjimečně mám nějakou*	Lymfatické uzliny nezvětšeny, nebolestivé. Alergie neguje. Infekt

	virózu, ale nic závažného.	v dýchacích cestách není přítomen. Tělesná teplota (TT) je v normě, 36,9 °C.
Kůže a její adnexa:	*S kůží problémy nemám.*	Kůže bledá, kožní turgor v normě. Nehty a vlasy čisté, upravené. Celkový vzhled pacienta odpovídá věku. Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové 18 bodů –riziko vzniku dekubitů – Příloha H.

Zdroj: autorka s použitím VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, 2013

Tabulka 4 Aktivity denního života

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	**OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**
Stravování:	doma	*Dietu nedodržuji, není třeba. Jím podle hladu a chuti. Manželka vaří domácí jídla, na těch si vždy pochutnám.*	Objektivně nemůžu posoudit, nebyla jsem u pacienta doma.
	v nemocnici	*Zatím ani chuť k jídlu nemám. Stejně ještě nemůžu nic jíst. Mám zavedenou hadičku přes nos na umělou výživu.*	Pacient má z operačního sálu zavedenou NJS (nasojejunální sondu) k zajištění kontinuální enterální výživy (2. den), která byla od dnešního dne postupně zahájena. Je podáván Nutrison Energy MF rychlostí 10 ml/hod. pomocí enterální pumpy a po 4 hodinách prováděn proplach 5% Glukózou. Pacient snáší enterální výživu dobře, nauzeu nemá a v odpadu NGS se stopy enterální výživy neobjevují. K zajištění parenterální výživy je indikován Aminoplasmal.

Příjem tekutin:	doma	*Piju většinou vodu se šťávou a občas minerálku. Za den vypiju asi 1,5 až 2 litry. Jednou denně piju černou kávu. Občas vypiju lahev piva.*	Objektivně nemůžu posoudit, nebyla jsem u pacienta doma.
	v nemocnici	*Zatím dostávám hlavně kapačky, ale ode dneška mi povolili pít čaj po doušcích, tak po troškách ucucávám.*	Příjem tekutin u pacienta je hrazen parenterální formou (Hartmannův roztok, Glukóza 20 %). Od dnešního dne může pacient čaj po doušcích do maximálního množství 500 ml/24 hodin.
Vylučování moče:	doma	*Doma jsem měl potíže při močení a měl jsem i krev v moči. Už mě to trápí od léta.*	Objektivně nemůžu posoudit, nebyla jsem u pacienta doma.

	v nemocnici	*Teď, co jsem v nemocnici a po operaci, tak mně moč odvádí hadičky.*	K odvodu moči slouží 2 ureterální cévky I. dx. – hodinový odvod je 15 ml a I. sin. – hodinový odvod je 25 ml (2. den) a epicystostomický drain z neoveziky – hodinový odvod je 60 ml (2. den). Celková diuréza z předešlého dne byla 1540 ml, která byla bolusově s podporou. Moč je se známkami hematurie, která postupně mizí.
Vylučování stolice:	doma	*Doma chodím pravidelně každé ráno, problémy se zácpou jsem snad ani nikdy neměl.*	Objektivně nemůžu posoudit, nebyla jsem u pacienta doma.
	v nemocnici	*Naposledy jsem byl den před operací, kdy jsem se musel kompletně vyprázdnit. Po operaci jsem na stolici zatím nebyl a ani nemám nucení.*	Dnešním dnem byla u pacienta zahájena podpora peristaltiky z důvodu pooperačního paralytického ileu. Na stolici zatím nebyl.

Spánek a bdění:	doma	*Doma spím dobře, s manželkou chodíme spát po 21. hodině a spíme tak do šesté hodiny. V noci mě budilo nucení na močení, ale ráno jsem byl odpočatý. Přes den jsem spát nechodil.*	Objektivně nemůžu posoudit, nebyla jsem u pacienta doma.
	v nemocnici	*Na dnešek jsem spal dobře, byl jsem hodně unavený z toho včerejška. Ale mám obavu z dalších nocí, protože tady není úplný klid.*	Pacient spal dobře, z důvodu svého stavu je nucen spát v poloze na zádech, což mu potíže nečinilo. Byla to jeho první noc strávená na tomto oddělení.
Aktivita a odpočinek:	doma	*Občas jdeme s manželkou na procházku do přírody, jinak chodíme denně do obchodu, tak se taky trochu projdeme. Jinak se věnuji rybaření, i když v poslední době jsem byl na rybách málokdy. Odpoledne a navečer s manželkou sledujeme televizi nebo si čtu. Přes den spát nechodím.*	Objektivně nemůžu posoudit, nebyla jsem u pacienta doma.

	v nemocnici	*Je fajn, že mě dali na box, kde je televize, alespoň se můžu podívat na zprávy a na oblíbené pořady. Zatím se snažím odpočívat, ještě jsem po tom všem dost unavený a stejně musím pořád ležet.*	Pacient má klidový režim na lůžku. K dispozici má stoleček, kde má brýle, mobilní telefon, ovladač na televizi a hrneček s čajem, v čemž se obslouží vleže. S ostatním mu pomáhá personál. V poledne sledoval v televizi zprávy.
Hygiena:	doma	*Denně se sprchuji, na vanu nejsem zvyklý. Holím se elektrickým strojkem, také denně.*	Objektivně nemůžu posoudit, nebyla jsem u pacienta doma. Pacient působí upraveně a čistě.
	v nemocnici	*„Dnes ráno mě sestřička se sanitářem umyli na posteli a převlékli košili a povlečení, sám bych to určitě nezvládl. Mohl jsem si vypláchnout i pusu ústní vodou.“*	Pacient je při provádění hygienické péče zcela nesoběstačný a vyžaduje dopomoc personálu, protože je teprve 1. den po operaci a má zavedeno velké množství invazivních vstupů a operační ránu, což vyžaduje bezpečné zacházení i při hygieně. Pacientovi je umožněna také hygiena dutiny ústní. Pravidelně je vyměňováno osobní i ložní prádlo.
Soběstač-nost:	doma	*Doma jsem všechno zvládal dobře.*	Objektivně nemůžu posoudit, nebyla jsem u pacienta doma.

	v nemocnici	*Zatím toho moc nezvládnu, ale věřím, že se to každým dnem bude zlepšovat.*	Pacient zvládá pouze jednoduché úkony v rámci lůžka (napije se, vypláchne ústa, pustí si televizi). Při hygieně potřebuje zcela dopomoc personálu. Barthelové test základních všedních činností 30 bodů – vysoce závislý – Příloha CH.

Zdroj: autorka s použitím VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, 2013

Tabulka 5 Posouzení psychického stavu

Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	**OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**
Vědomí:		*Jsem při vědomí a všechno vnímám.*	Pacient je při plném vědomí – GCS 15 (4 - 5 – 6) – Příloha I.
Orientace:		*Přesně vím, že jsem v nemocnici a je úterý 19. listopadu.*	Pacient je plně orientován místem, časem i osobou.
Nálada:		*Náladu mám všelijakou, nevím totiž, jak to bude dál. Mám z toho strach.*	Pacient udává nejistotu a strach z vývoje svého zdravotního stavu.
Paměť:	staropaměť	*Co bylo dříve, si pamatuju opravdu dobře.*	Pacient má velmi dobrou výbavnost zážitků z minulosti.
	novopaměť	*Nemám potíže si něco zapamatovat.*	Pacient nemá nijak narušenou paměť.
Myšlení:		*Když už nad něčím přemýšlím, tak se snažím myslet optimisticky.*	Pacientovo myšlení je logické, odpovídá věcně a mluví srozumitelně.
Temperament:		*Řekl bych, že jsem cholerik.*	Podle pozorování hodnotím pacienta jako cholerika.
Sebehodnocení:		*Jak jsem již řekl, jsem cholerik. Mám rád, když je ve všem pořádek.*	Pacient se dokáže celkem dobře ohodnotit a ví, co chce.
Vnímání zdraví		*Zdraví je pro mě nade vše.*	Pacient si zdraví váží a veškerá doporučení

		dodržuje.
Vnímání zdravotního stavu:	*Bojím se o své zdraví a doufám, že to po operaci bude lepší.*	Pacient se obává o své zdraví, ale věří v zlepšení svého zdravotního stavu po operaci.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:	*Vím, že operace byla nevyhnutelná a snad už to bude lepší.*	Reakce na nemoc a její prožívání jsou adekvátní zdravotnímu stavu.
Reakce na hospitalizaci:	*Vím, že bylo třeba jít do nemocnice a věřím, že mi tady pomůžou.*	Pacientova reakce na hospitalizaci je přiměřená.
Adaptace na onemocnění:	*Věřím, že mi operace pomůže, a to mě drží nad vodou.*	K adaptaci na onemocnění bude pacient potřebovat podporu personálu i rodiny.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):	*Mám obavy a strach z toho, jak to bude dál.*	Pacient se vyjádřil slovně z obavy o budoucnost. Udává strach s projevy nervozity a zvýšeného napětí.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie):	*V nemocnici jsem už ležel, tak vím, jak to tu všechno chodí. Vždycky tam na mě byli všichni milí.*	Pacient udává pouze pozitivní zkušenosti s hospitalizací.

Zdroj: autorka s použitím VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, 2013

Tabulka 6 Posouzení sociálního stavu

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	**OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**
Komunikace:	verbální	*Řekl bych, že potíže s vyjadřováním nemám.*	Pacientova řeč je bez patologických jevů, artikulace je správná, slovní zásoba je dobrá.
	neverbální	*Občas neverbální komunikaci využiju, tím že gestikuluju nebo použiju mimiku.*	Pacient během rozhovoru částečně využíval mimiky a gestikulace.
Informovanost:	o onemocnění	*O mé nemoci mě už informovali v urologické ambulanci, když přišli na to, co mi je, a postupně informace doplňovali.*	Pacient je o svém onemocnění dostatečně informován a je-li třeba, jsou mu zodpovězeny dotazy.
	o diagnostických metodách	*Když je potřeba, tak mně vše řeknou a dostatečně vysvětlí.*	Pacientovi jsou před každým diagnostickým úkonem podávány dostatečné informace, a pokud je třeba, personál mu zodpoví jeho dotazy.

	o specifikách ošetřovatelské péče	*Když je potřeba, tak mně vše řeknou a dostatečně vysvětlí.*	Pacientovi jsou před každým ošetřovatelským úkonem podávány dostatečné informace, a pokud je třeba, personál mu zodpoví jeho dotazy.
	o léčbě a dietě	*Pan doktor mi říkal, že zatím nic jíst nesmím, mám tu sondu s výživou a můžu po troškách popíjet čaj. Jak to bude dál a také potom, až půjdu domů, zatím nevím.*	Pacient byl dostatečně edukován o specifikách diety a informacím rozumí. Další informace ohledně následného postupu léčby mu budou postupně sdělovány a také proběhne edukace před propuštěním.
	o délce hospitalizace	*Vím, že si tady nějakou dobu pobudu, asi koncem týdne by mě mohli přeložit zpátky na urologii. O dalším průběhu toho moc nevím.*	Pacient byl o délce hospitalizace informován pouze orientačně (2 - 3 týdny), přibližně koncem tohoto týdne bude přeložen na urologické oddělení.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí,	**primární role** (související s věkem a pohlavím):	*Muž.*	Muž. Role je ovlivněna aktuálním zdravotním stavem.

hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:	**sekundární role** (související s rodinou a společenskými funkcemi):	*Manžel, otec, dědeček.*	Manžel, otec, dědeček – funkce těchto rolí je momentálně ovlivněna aktuální situací pacienta – hospitalizací v nemocnici.
	terciální role (související s volným časem a zálibami):	*Nevím, co k tomu říct.*	„Pacient se snaží o co nejlepší adaptaci v souvislosti s hospitalizací. Sleduje televizi a těší se na návštěvu manželky.

Zdroj: autorka s použitím VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, 2013

3.3 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Péče o pacienta: TK, P, SpO_2, diuréza á 1 hod., CVT, TT, příjem a výdej tekutin á 4 hod., celková vodní bilance á 24 hod., celková péče a hygiena dle standardu oddělení, zvýšená horní polovina těla o 30°, zatím nepolohovat, sledovat odpady z drainů a ostatní známky krvácení, odpad z NGS, diurézu, proplach ureterálních cévek á 8 hod. 2 ml Fyziologického roztoku (F1/1) – neaspirovat, dechová cvičení – Acapella choice.

Ordinovaná vyšetření:

ARO – 3 x denně ABR, mineralogram, hemoglobin, hematokrit.

Hematologie – 1 x denně krevní obraz, základní koagulace (Quick, INR, APTT).

Biochemie – 3 x denně glykémie, 1 x denně CRP, Urea, Kreatinin, jaterní testy (bilirubin, ALT, AST).

Tabulka 7 Výsledky

	6:00	**12:00**	**18:00**	**referenční hodnoty**
ABR				
pH	7,417	7,417	7,42	7,36–7,44
pCO_2	4,79	4,85	4,75	4,8–5,9
paO_2	13,50	13,79	13,68	10–13,3
HCO_3 akt.	22,60	22,80	22,60	22–26
HCO_3 st.	23,10	23,20	23,10	22–26
BE	-1,90	-1,70	-1,90	-2 až 2
SaO_2	97,90 %	98,30 %	98,00 %	94–100 %
Mineralogram				
Na	138,30	140,8	143,50	136–145 mmol/l
K	4,37	4,27	4,70	3,5–5,1 mmol/l
Cl	105,20	102,40	98,90	98–107 mmol/l
Ca ioniz.	1,173	1,226	1,241	1,12–1,32 mmol/l
Biochemie				
Osm.	276,00	280,00	285,00	275–295 mmol/kg
Glykémie	7,10	6,90	8,00	4,56–6,38 mmol/l
Urea	4,40			2,76–8,07 mmol/l
Kreatinin	134,00			62–106 umol/l
CRP	127,70			méně než 5 mg/l
ALT	0,22			0,17–0.83 ukat/l
AST	0,74			0,17–0,83 ukat/l
Bilirubin	18,70			do 21 umol/l
Hematologie				
Hemoglobin	102,00			135–175 g/l
Hematokrit	0,303			0,400–0,500
Erytrocyty	3,87			4–5,8 x 10^{12} /l
Trombocyty	337,00			150–400 x 10^{9} /l
Leukocyty	14,22			4–10 x 10^{9} /l
Quick	14,00			10,4–12,6 s
INR	1,26			0,8–1,2
APTT	31,70			25–31,3 s

Zdroj: autorka s použitím OBLASTNÍ NEMOCNICE NÁCHOD, 2013a; OBLASTNÍ NEMOCNICE NÁCHOD, 2013b

Konzervativní léčba:

Dieta: Pouze čaj.

Pohybový režim: Ležící.

RHB: Dechová (Acapella choice) a končetin na lůžku.

Výživa:

- Per os čaj po doušcích do max. objemu 500 ml/24 hod.
- Do NJS Nutrison Energy MF kontinuálně 10 ml/h, po 4 hod. proplach 10 ml 5% Glukózy.
- NGS na spád.

Medikamentózní léčba:

- Per os:
  Neindikována.
- Intravenózní:
  Syntostigmin ½ amp. do 20 ml Fyziologického roztoku (F1/1) á 8 hod. v 8 – 16 – 24 hod.
  Furosemid 10 mg v 15 hod.
  Infuze (za použití infuzních pump):
  Hartmannův roztok (H1/1) 1000 ml, kontinuálně, rychlost: 200 ml/h.
  Glukóza 20 % 500 ml + 20 ml NaH_2PO_4 8,7 % + 10 ml $MgSO_4$ 20 %,
  na 22 hod.
  Aminoplasmal 15 % 500 ml, na 22 hod.
  Lineární dávkovače:
  Tiapridal 10 amp., kontinuálně, rychlost: 0,4 ml/hod.
  KCl 7,45 % 50 ml, kontinuálně, rychlost: 4 ml/h, dále dle kalémie.
  Humulin R 100j do 50 ml Aqua pro injektione, kontinuálně, rychlost: 1 ml/h, dále dle glykémie.
- Intraarteriálně:
  Fyziologický roztok (F1/1) 500 ml – přímé měření TK.
- Epidurálně:
  Bupivacaine 0,5 % 15 ml + 1 amp. Sufenta Forte (50 mikrogramů) do F1/1 50 ml, kontinuálně, rychlost: 6 ml/h.
- Jiné:
  Oxygenoterapie kyslíkovými brýlemi, průtok 2 l/min.

Chirurgická léčba:

Dne 18.11.2013 provedena kompletní radikální cystektomie s ureteroileostomií a appendektomie.

3.4 SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacient, muž 69 let, s prorůstajícím karcinomem močového měchýře, kdy byla v září 2013 provedena TUR a nyní přijat k operaci na urologické oddělení. Tentýž den proběhla standardní předoperační příprava a dále byl z důvodu peroperační a pooperační infuzní terapie zaveden centrální žilní katétr cestou v. subclavia dx. Dne 18.11.2013 byla provedena kompletní radikální cystektomie s ureteroileostomií a appendektomie. Během rozsáhlého výkonu byl pacient oběhově nestabilní s potřebou zajištění dechové podpory pomocí UPV, proto přeložen k další péči na oddělení ARO, kde byla zajištěna dechová podpora pomocí UPV a postupně prováděn weaning. Již v den příjmu došlo ke stabilizaci stavu a pacient byl extubován. Nyní je ventilace spontánní přes kyslíkové brýle s průtokem 2 l/min. a se saturací 98 %. Pacient má z operačního sálu zavedeny 2 drainy z Douglasova prostoru, 2 ureterální cévky a permanentní močový katétr z neoveziky sloužící k odvodu moči. K invazivnímu měření TK a odběrům slouží arteriální kanyla, která je zavedena do a. radialis dx. Krytí operační rány a okolí drainů a ostatních invazivních vstupů je bez prosaků. K zajištění enterální výživy slouží nasojejunální sonda, nasogastrická sonda je na spád a odvádí přebytečný žaludeční obsah. Pacient popíjí čaj po doušcích do max. 500 ml/den. Pacient má klidový režim na lůžku, obslouží se pouze minimálně. S ostatním mu pomáhá zdravotnický personál. Při provádění hygienické péče je zcela nesoběstačný a vyžaduje dopomoc personálu, protože je teprve první den po operaci a má zavedeno velké množství invazivních vstupů a operační ránu, což vyžaduje bezpečné zacházení i při hygieně. Dále je u pacienta prováděna dechová rehabilitace pomocí Acapella choice a RHB končetin v rámci lůžka, o čemž byl pacient edukován a provádí ji správně. Při hodnocení bolesti na stupnici 0 – 10, pacient uvádí stupeň 1 a při kašli stupeň 4, kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 znamená maximální bolest. K zajištění analgezie slouží epidurální katétr. Pacient svými otázkami vyjadřuje potřebu získání informací o dalším průběhu hospitalizace a následné léčby v domácím prostředí a vyjádřil se slovně z obavy

o budoucnost. K adaptaci na onemocnění bude pacient potřebovat podporu personálu i rodiny.

3.5 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH PROBLÉMŮ

- Hodnocení bolesti v oblasti operační rány na stupnici 0 – 10, jedná se o stupeň 1, při polohování během koupání a při kašli stupeň 4, kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 znamená maximální bolest. Zajištěna epidurální analgezie analgetickou směsí s opiáty.
- Operační rána po radikální cystektomii, ureteroileostomii a appendektomii.
- Zavedeny invazivní vstupy: CŽK, arteriální katétr, epidurální katétr, NGS, NJS, 2 x drain z Douglasova prostoru, 2 x ureterální cévka, epicystostomický drain z neoveziky.
- Nutnost zajištění enterální výživy přes NJS a parenterální výživy.
- NGS na spád k odvodu přebytečného žaludečního obsahu.
- K odvodu moči slouží 2 ureterální cévky I. dx. a I. sin a epicystostomický drain z neoveziky.
- Celková pohyblivost je snížená s přihlédnutím k současnému zdravotnímu stavu. Prozatím je nutný klid na lůžku. Polohování není doposud možné, nutná poloha na zádech. Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, 18 bodů – riziko vzniku dekubitů (Příloha H).
- Pacient potřebuje při hygieně zcela dopomoc personálu a při ostatních aktivitách částečně. Barthelové test základních všedních činností 30 bodů – vysoce závislý (Příloha CH).
- Riziko zácpy z důvodu snížené tělesné hybnosti, změny prostředí a podávání opiátů. Zahájena podpora peristaltiky z důvodu pooperačního paralytického ileu.
- Pacient udává nejistotu a strach z vývoje svého zdravotního stavu, který se projevuje nervozitou a zvýšeným napětím. K adaptaci na onemocnění bude potřebovat podporu personálu i rodiny.
- Pacient svými otázkami vyjadřuje potřebu získání informací o dalším průběhu hospitalizace a následné léčby.

3.6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORITY

Ošetřovatelské diagnózy stanoveny dle NANDA taxonomie I – Kapesní průvodce zdravotní sestry.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

1. Bolest akutní z důvodu operační rány v oblasti břicha, projevující se objektivně vegetativní reakcí (zvýšením krevního tlaku a pulsu, pocením), rozrušením a subjektivně vyslovenou stížností pacienta, kdy při hodnocení bolesti na numerické škále 0 – 10, jedná se o stupeň 1, při polohování během hygienické péče a při kašli stupeň 4, kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 znamená maximální bolest.

2. Výživa porušená, nedostatečná z důvodu neschopnosti strávit potravu a vstřebat živiny (v souvislosti s časným pooperačním stavem po operačním výkonu na močovém a gastrointestinálním traktu), projevující se objektivně kontraindikací přijímat stravu perorálně.

3. Tkáňová integrita porušená z důvodu mechanického poškození kůže a podkožních tkání (v souvislosti s operační ránou), projevující se objektivně destrukcí tkání v oblasti dutiny břišní.

4. Strach z důvodu probíhajícího závažného onemocnění, projevující se subjektivně zvýšeným napětím a verbalizací pacienta, objektivně nervozitou.

5. Neznalost, potřeba poučení z důvodu nedostatku zkušeností s daným problémem, projevující se subjektivně žádostí o informace.

6. Močení porušené z důvodu náhrady močového měchýře po operačním výkonu, projevující se odvodem moči pomocí epicystostomického drainu z neoveziky a ureterálními cévkami.

7. Obraz těla porušený z důvodu chirurgického výkonu, projevující se objektivně aktuální změnou tělesné funkce a subjektivně slovním vyjádřením pocitů z narušené funkce vlastního těla.

8. Péče o sebe sama nedostatečná při koupání a hygieně, při vyprazdňování, oblékání a úpravě zevnějšku z důvodu slabosti, bolesti a předepsaného klidového režimu na lůžku (v souvislosti s pooperačním stavem), projevující se neschopností vykoupat se a provádět osobní hygienu, dojít si na toaletu, neschopností obléci se.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

1. Infekce, riziko vzniku z důvodu medicínských invazivních vstupů (v souvislosti se zavedením arteriálního katétru, centrálního žilního katétru, epidurálního katétru, NGS, NJS, drainů z Douglasova prostoru, ureterálních cévek, epicystostomického drainu z neoveziky a operační rány v oblasti břicha).

2. Zácpa, riziko vzniku z důvodu snížené motility trávicího traktu (pooperační paralytický ileus), nedostatečných fyzických předpokladů, změny prostředí a podávání opiátů.

3. Imobilizační syndrom, zvýšené riziko z důvodu předepsané imobilizace po rozsáhlém operačním výkonu.

4. Tělesné tekutiny, riziko nerovnováhy z důvodu faktorů ovlivňujících potřebu (pooperační stav) a ztráty tekutin abnormálními cestami (vstupy odvádějící tělesné sekrety – drainy, ureterální cévky, epicystostomický drain z neoveziky, NGS).

3.7 PODROBNÉ ROZPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Vzhledem k omezenému rozsahu bakalářské práce je podrobně rozpracováno pouze 5 ošetřovatelských diagnóz, které mají momentálně nejvyšší výpovědní hodnotu a jsou z hlediska ošetřovatelské péče pro pacienta nejdůležitější.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza:

1. Bolest akutní z důvodu operační rány v oblasti břicha, projevující se objektivně vegetativní reakcí (zvýšením krevního tlaku a pulsu, pocením), rozrušením

a subjektivně vyslovenou stížností pacienta, kdy při hodnocení bolesti na numerické škále 0 – 10, jedná se o stupeň 1, při polohování během hygienické péče a při kašli stupeň 4, kdy 0 znamená žádnou bolest a 10 znamená maximální bolest.

Priorita: Vysoká.

Cíl dlouhodobý: Pacient je bez bolesti do překladu na urologické oddělení.

Cíl krátkodobý: Pacient udává zmírnění bolesti ze stupně 4 na stupeň 2 na numerické škále k hodnocení bolesti i při kašli a polohování při hygienické péči do 12 hodin.

Výsledná kritéria:

Pacient dodržuje předepsaný klidový režim, neustále.
Pacient je schopen sledovat a hodnotit bolest, do 2 hodin.
Pacient je schopen při kašli a polohování při hygienické péči dodržovat pokyny (oběma rukama si přidržovat místo operační rány) ošetřujícího personálu, do 2 hodin.
Pacient je schopen hovořit o příčinách a projevech bolesti, do 3 hodin.
Pacient udává zmírnění bolesti ze stupně 4 na stupeň 2 na numerické škále k hodnocení bolesti i při kašli a polohování při hygienické péči, do 12 hodin.
Pacient chápe příčiny vzniku bolesti, do 24 hodin.
Pacient je bez bolesti do překladu na urologické oddělení.

Plán intervencí:

- Posuzovací intervence:
  1. Posuď bolest ve spolupráci s pacientem, urči její charakter, trvání, ovlivňující faktory, intenzitu na numerické škále bolesti, okamžitě, následně v pravidelných intervalech (po 2 hodinách) a kdykoli bude pacient pociťovat bolest – všeobecná sestra ve službě.
  2. Pozoruj neverbální projevy bolesti a její vliv na chování pacienta, neustále – všeobecná sestra ve službě.
  3. Sleduj vliv bolesti na fyziologické funkce, spánek, tělesnou a duševní pohodu pacienta, neustále – všeobecná sestra ve službě.

4. Sleduj vedlejší účinky podávaných opiátů, neustále – všeobecná sestra ve službě.

- Prováděcí intervence:

5. Informuj lékaře v případě zvýšení intenzity bolesti, ihned – všeobecná sestra ve službě.
6. Podávej analgetika dle ordinace lékaře, neodkladně – všeobecná sestra ve službě.
7. Pečuj o pacientovo pohodlí a zajisti mu klidné prostředí, neustále – všeobecná sestra ve službě.
8. Pomoz pacientovi pochopit příčiny vzniku bolesti, do 24 hodin – všeobecná sestra ve službě.
9. Veď příbuzné k podpoře pacienta, průběžně – všeobecná sestra ve službě.

- Edukační intervence:

10. Edukuj pacienta o spolupráci při hodnocení intenzity a charakteru bolesti, ihned – všeobecná sestra ve službě.

- Dokumentace:

11. Vše pravidelně a pečlivě zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace, průběžně - všeobecná sestra ve službě.

Realizace:

19.11.2013

8:45 – pacient si po polohování během hygienické péče na lůžku stěžuje na přetrvávající bolest v oblasti operační rány, intenzity 4 na numerické škále (0 - 10).

8:46 – kontrola fyziologických funkcí (TK 152/58, P 103´, TT 36,9 °C) – všeobecná sestra ve službě.

8:47 – dle ordinace lékaře aplikovány bolusově 2 ml analgetické směsi, která je jinak aplikována kontinuálně do epidurálního katétru, kdy se jedná o Bupivacaine 0,5 % 15 ml + 1 amp. Sufenta Forte (50 mikrogramů) do F1/1 50 ml – všeobecná sestra ve službě.

8:50 – pacientovi zajištěn klid a ticho v jeho bezprostředním okolí – všeobecná sestra ve službě.

9:20 – kontrola intenzity bolesti – všeobecná sestra ve službě. Pacient uvádí zmírnění bolesti, na stupnici 0 – 10 numerické škály, hodnotí číslem 2.

9:30 – pacient je v klidu a odpočívá.

11:20 – při pravidelné kontrole bolesti (po 2 hodinách), pacient uvádí ještě nepatrné zmírnění bolesti, na stupnici 0 – 10 numerické škály, hodnotí číslem 1. Kontrola TK 141/52, P 86´, TT 36,8 °C - všeobecná sestra ve službě.

Příbuzní pacienta jsou o stavu plně informováni lékařem a snaží se pacienta co nejvíce podpořit.

Pacientovi ponechána kontinuální aplikace analgetické směsi do epidurálního katétru a v pravidelných intervalech kontrolována intenzita bolesti, kdy i přes snížení analgezie, nedochází k velkým výkyvům, pouze chvilkově při kašli. Pokud pacient spí, není z důvodu hodnocení bolesti buzen a vše je zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra ve službě.

20.11.2013

Pacient spolupracuje při pravidelných kontrolách (po 2 hodinách) intenzity bolesti na numerické škále (0 – 10), kterou má k dispozici na stolku u lůžka.

Ke zvýšení intenzity bolesti v oblasti operační rány došlo opět po polohování během hygienické péče na lůžku v 7:30, kdy na numerické škále (0 – 10) pacient hodnotí stupněm 3.

7:31 – kontrola fyziologických funkcí TK 149/57, P 102´, TT 36,7 °C – všeobecná sestra ve službě.

7:32 – dle ordinace lékaře aplikovány bolusově 2 ml analgetické směsi, která je jinak aplikována kontinuálně do epidurálního katétru, kdy se jedná o Bupivacaine 0,5 % 15 ml + 1 amp. Sufenta Forte (50 mikrogramů) do F1/1 50 ml – všeobecná sestra ve službě.

8:00 – kontrola intenzity bolesti – všeobecná sestra ve službě. Pacient uvádí zmírnění bolesti, na stupnici 0 – 10 numerické škály, hodnotí číslem 1.

8:10 – pacient v klidu usnul.

Při dalších pravidelných kontrolách bolesti nedochází ke zvýšení intenzity bolesti, složení analgetické směsi je zachováno. Kontrola fyziologických funkcí TK 129/53, P 87´, TT 36,8 °C – všeobecná sestra ve službě.

16:00 – dle ordinace lékaře změněna rychlost kontinuálního podání analgetické směsi Bupivacaine 0,5 % 15 ml + 1 amp. Sufenta Forte (50 mikrogramů) do F1/1 50 ml,

ze 6 ml/h na 5 ml/h a v pravidelných intervalech kontrolována intenzita bolesti, kdy i přes snížení analgezie, nedochází k velkým výkyvům, pouze chvilkově při kašli. Pokud pacient spí, není z důvodu hodnocení bolesti buzen a vše je zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace - všeobecná sestra ve službě.

21.11.2012

Pacient spolupracuje při pravidelných kontrolách (po 2 hodinách) intenzity bolesti na numerické škále (0 – 10), kterou má k dispozici na stolku u lůžka.

7:51 – pacient si po polohování při provádění hygienické péče stěžoval na bolest v oblasti operační rány na břiše, která vzápětí odezněla, a zpětně ji hodnotil na numerické škále bolesti (0 – 10) stupněm 2 –3. Z tohoto důvodu nebylo třeba bolusové podání analgetické směsi.

V průběhu dne již nedochází k větším výkyvům v intenzitě bolesti a nebylo třeba přidávat množství analgetické směsi ke kontinuálnímu tlumení bolesti, nebylo změněno ani její složení. V noci pacient v klidu spal. Vše je zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra ve službě.

22.11.2013

6:00 – dle ordinace lékaře změněna rychlost kontinuálního podání analgetické směsi Bupivacaine 0,5 % 15 ml + 1 amp. Sufenta Forte (50 mikrogramů) do F1/1 50 ml, z 5 ml/h na 4 ml/h a v pravidelných intervalech kontrolována intenzita bolesti – všeobecná sestra ve službě.

6:30 - při kontrole intenzity bolesti nebyl zjištěn výkyv, pacient udává v klidu stupeň 1 na numerické škále bolesti a rychlost podání analgetické směsi ponechána – všeobecná sestra ve službě.

9:30 – pacient je přeložen na urologické oddělení, epidurální katétr pro zajištění tlumení bolesti je plně funkční a je ponechán.

Vše je zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra ve službě.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý splněn, cíl dlouhodobý splněn částečně.

Pacient během hospitalizace na oddělení ARO (4 dny), udává postupnou úlevu od bolesti (v klidu hodnotí stupněm 1, při kašli a po polohování při provádění

hygienické péče na lůžku, hodnotí stupněm 2 na numerické škále bolesti 0 – 10), i když bylo tlumení bolesti postupně snižováno. Pacient velmi dobře spolupracuje při hodnocení bolesti na numerické škále (0 – 10) a příčiny bolesti chápe. Příbuzní pacienta jsou o stavu plně informováni lékařem a snaží se pacienta co nejvíce podpořit. Vše bylo pečlivě zaznamenáváno do ošetřovatelské dokumentace. Dne 22.11.2013 v 9:30 je pacient přeložen na urologické oddělení, epidurální katétr pro zajištění tlumení bolesti je plně funkční a je ponechán. Při překladu pacienta jsou informace předány přebírající sestře.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza:

2. Výživa porušená, nedostatečná z důvodu neschopnosti strávit potravu a vstřebat živiny (v souvislosti s časným pooperačním stavem po operačním výkonu na močovém a gastrointestinálním traktu), projevující se objektivně kontraindikací přijímat stravu perorálně.

Priorita: Vysoká.

Cíl dlouhodobý: Pacient nemá porušenou výživu do konce hospitalizace na ARO (jeho hmotnost se nesníží o více jak 5 kg, z 73 kg na 68 kg).

Cíl krátkodobý: Pacient chápe nezbytnost zákazu příjmu stravy perorálně, ihned.

Pacient si uvědomuje potřebu zahájení enterální výživy, do 6 hodin.

Výsledná kritéria:

Pacient chápe nezbytnost zákazu příjmu stravy perorálně, ihned.
U pacienta je zajištěna dostatečná výživa a příjem tekutin, neustále.
U pacienta bude vhodnými prostředky zabráněno nežádoucí nausee, neustále.
Pacient si uvědomuje potřebu zahájení parenterální výživy, do 6 hodin.
Pacient nemá úbytek hmotnosti větší než 2 kg za týden.
Pacient má stabilní tělesnou hmotnost od 2. týdne hospitalizace.
Pacient nemá porušenou výživu do konce hospitalizace na ARO (jeho hmotnost se nesníží o více jak 5 kg, z 73 kg na 68 kg).

Plán intervencí:

- Posuzovací intervence:

1. Posuď stav výživy pacienta, kožní turgor, spočti BMI, do jedné hodiny a v pravidelných intervalech – všeobecná sestra ve službě.
2. Zhodnoť faktory, které by mohly vést k nausee a zvýšenému odvodu žaludečního obsahu do NGS – všeobecná sestra ve službě.
3. Sleduj psychický stav pacienta, denně – všeobecná sestra ve službě.
4. Sleduj nástup peristaltiky a zhodnoť stolici u pacienta, denně – všeobecná sestra ve službě.
5. Sleduj toleranci enterální výživy, množství a charakter odpadu z NGS, denně – všeobecná sestra ve službě.
6. Sleduj dle ordinace lékaře dílčí příjem a výdej tekutin á 4 hodiny a celkovou vodní bilanci á 24 hodin – všeobecná sestra ve službě.

- Prováděcí intervence:

7. Podávej léky, enterální výživu a infuzní terapii dle ordinace lékaře, neodkladně – všeobecná sestra ve službě.
8. Zajisti pacientovi, aby měl vždy v dosahu čerstvý čaj, neustále – všeobecná sestra ve službě.
9. Informuj lékaře o výsledcích laboratorních vyšetření, denně – všeobecná sestra ve službě.
10. Pečuj o hygienu dutiny ústní ve spolupráci s pacientem, denně – všeobecná sestra ve službě.
11. Prováděj odběry biologického materiálu dle Standardu pro odběry biologického materiálu k laboratorním vyšetřením dle ordinace lékaře, denně – všeobecná sestra ve službě.

- Edukační intervence:

12. Edukuj pacienta o nutnosti zákazu příjmu stravy perorálně, ihned – všeobecná sestra ve službě.
13. Edukuj pacienta o nutnosti omezeného příjmu tekutin perorálně, ihned – všeobecná sestra ve službě.

14. Edukuj pacienta společně s lékařem o nutnosti zahájení enterální výživy prostřednictvím NJS, do 30 minut – všeobecná sestra ve službě.

- Dokumentace:

15. Vše pravidelně a pečlivě zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace, průběžně – všeobecná sestra ve službě.

Realizace:

19.11.2013

8:10 – hodnotíme BMI pacienta, které je 22 (norma) a kožní turgor je také v normě.

8:15 – pacient edukován lékařem i sestrou o nutnosti zákazu příjmu stravy perorálně a o nutnosti omezeného příjmu tekutin perorálně (500 ml/24 hodin). Pacient edukaci chápe. Proveden záznam do edukačního listu – všeobecná sestra ve službě.

8:30 – pacient edukován lékařem i sestrou o nutnosti zahájení enterální výživy prostřednictvím NJS. Pacient edukaci chápe. Proveden záznam do edukačního listu – všeobecná sestra ve službě.

8:40 – kontrolujeme odpad z NGS, který je v danou chvíli téměř žádný a zahajujeme kontinuální enterální výživu prostřednictvím NJS přes enterální pumpu, kdy podáváme rychlostí 10 ml/h Nutrison Energy MF a po 4 hodinách proplachujeme 10 ml Glukózy 5 % – všeobecná sestra ve službě.

Dle ordinace lékaře jsou pacientovi podávány léky k předcházení nausey a na podporu střevní peristaltiky – všeobecná sestra ve službě. Pacient si na pocit nausey nestěžoval a v NGS byl odpad minimální.

Odběry biologického materiálu jsou prováděny dle ordinace lékaře a je dodržen postup dle Standardu pro odběry biologického materiálu na vyšetření a lékař je pravidelně informován – všeobecná sestra ve službě.

Pacient při hygieně dutiny ústní aktivně spolupracoval a ústa si vyplachoval 3 x denně ústní vodou a dále jen čistou vodou.

Při provádění všech činností se pacient snaží spolupracovat.

Pacient z povoleného množství tekutin denně (500 ml/24 hod.) vypil 250 ml čaje, což bylo zaznamenáno a zahrnuto do příjmu tekutin – všeobecná sestra ve službě.

Všechny skutečnosti byly pečlivě a průběžně zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace a lékař informován – všeobecná sestra ve službě.

20.11.2013

9:05 – dle ordinace lékaře je zvýšena rychlost podávání enterální výživy na 20 ml/h – všeobecná sestra ve službě.

Peristaltika je slyšitelná, léky na podporu peristaltiky a léky k předcházení nausey podávány dle ordinace lékaře – všeobecná sestra ve službě. Nauseu pacient nepociťuje a v NGS je odpad minimální. Stolice zatím nebyla. Kožní turgor je v normě. Odběry biologického materiálu prováděny dle Standardu pro odběry biologického materiálu na vyšetření a dle ordinace lékaře a lékař byl o výsledcích informován – všeobecná sestra ve službě. Pacient při provádění všech činností aktivně komunikuje a snaží se spolupracovat. Čaj popíjel pacient s chutí, vypil 400 ml/24 hodin. Celkový příjem a výdej tekutin zaznamenáván a lékař informován – všeobecná sestra ve službě. Všechny ostatní skutečnosti byly pečlivě a průběžně zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace a lékař informován – všeobecná sestra ve službě.

21.11.2013

6:30 – dle ordinace lékaře byla zvýšena rychlost podávání enterální výživy na 30 ml/h – všeobecná sestra ve službě.

Pacient při kontrolách tolerance enterální výživy nepociťuje nauseu a v NGS je odpad minimální – všeobecná sestra ve službě.

15:27 – pacient pociťuje nutkání na stolici.

15:28 – pacientovi je přinesena podložní mísa – všeobecná sestra ve službě.

15:36 – odnesena podložní mísa – všeobecná sestra ve službě. Pacient se vyprázdnil, odešla kašovitá světle hnědá stolice o množství 100 ml. Tato skutečnost zaznamenána do ošetřovatelské dokumentace a lékař informován – všeobecná sestra ve službě.

Peristaltika je slyšitelná a stolice již odešla, léky na podporu peristaltiky a léky k předcházení nausey podávány dle ordinace lékaře – všeobecná sestra ve službě. Odběry biologického materiálu prováděny dle Standardu pro odběry biologického materiálu na vyšetření ordinace a dle lékaře a lékař byl o výsledcích informován – všeobecná sestra ve službě. Pacient při provádění všech činností aktivně komunikuje a snaží se spolupracovat.

19:00 – dle ordinace lékaře byla zvýšena rychlost podávání enterální výživy na 40 ml/h – všeobecná sestra ve službě.

Pacient při kontrolách tolerance enterální výživy nepociťuje nauseu a v NGS je odpad minimální – všeobecná sestra ve službě. Kožní turgor je v normě. Čaj popíjel pacient s chutí, vypil 500 ml/24 hodin. Celkový příjem a výdej tekutin zaznamenáván a lékař informován – všeobecná sestra ve službě. Všechny skutečnosti byly pečlivě a průběžně zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace a lékař informován – všeobecná sestra ve službě.

22.11.2013

7:05 – dle ordinace lékaře zvýšena rychlost podávání enterální výživy na 50 ml/h – všeobecná sestra ve službě.

Pacient při kontrolách tolerance enterální výživy nepociťuje nauseu a v NGS je odpad minimální – všeobecná sestra ve službě. Kožní turgor je v normě. Peristaltika je slyšitelná a stolice již 21.11.2013 odešla, léky na podporu peristaltiky podávány dle ordinace lékaře – všeobecná sestra ve službě. Odběry biologického materiálu prováděny dle Standardu pro odběry biologického materiálu na vyšetření a dle ordinace lékaře a lékař je o výsledcích informován – všeobecná sestra ve službě. Pacient při provádění všech činností aktivně komunikuje a snaží se spolupracovat. Čaj popíjí s chutí. Všechny skutečnosti byly pečlivě a průběžně zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace a lékař informován – všeobecná sestra ve službě.

9:30 – pacient je přeložen na urologické oddělení a všechny informace týkající se oblasti výživy jsou zapsány do ošetřovatelské překladové zprávy a předány přebírající sestře – všeobecná sestra ve službě.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý splněn, cíl dlouhodobý nesplněn.

Dne 19.11.2013 bylo u pacienta vyhodnoceno BMI, kdy hodnota byla 22 (normální). Kožní turgor je v normě. Enterální výživa je tolerována a postupně byla zvyšována rychlost jejího podávání až na dnešních 50 ml/h. Pacient s chutí popíjel čaj do max. množství 500 ml/24 hodin. Byl sledován příjem a výdej tekutin á 4 hodiny a celková vodní bilance á 24 hodin. Pacientovi byly podávány léky k prevenci nežádoucí nausey, kterou z tohoto důvodu pacient nepociťoval. Odpady v NGS byly minimální. U pacienta byly prováděny odběry biologického materiálu na laboratorní vyšetření a sledovány jejich výsledky sestrou i lékařem. Byla zahájena podpora peristaltiky (19.11.2013), kdy peristaltika byla slyšitelná a první stolice po operaci byla

21.11.2013. Pacient při provádění všech činností aktivně komunikoval a snažil se spolupracovat. Všechny skutečnosti byly pečlivě a průběžně zaznamenávány do dokumentace a lékař byl informován sestrou. Pacientovu aktuální tělesnou hmotnost neznáme z důvodu nemožnosti zjištění tělesné hmotnosti, protože pacientův stav prozatím nedovoluje zvážit se. Dne 22.11.2013 v 9:30 je pacient přeložen na urologické oddělení. Při překladu pacienta byly informace předány přebírající sestře.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza:

3. Tkáňová integrita porušená z důvodu mechanického poškození kůže a podkožních tkání (v souvislosti s operační ránou), projevující se objektivně destrukcí tkání v oblasti dutiny břišní.

Priorita: Střední.

Cíl dlouhodobý: Pacient má operační ránu bez známek infekce a hojící se per primam do 14 dnů.
Cíl krátkodobý: Pacientova operační rána se hojí per primam, od prvního dne.

Výsledná kritéria:

Pacientova rána je bez známek infekce, klidná (bez nežádoucí sekrece a zvýšené bolesti), neustále.
Pacient má dostatečně prokrvenou, vyživenou a hydratovanou tkáň, neustále.
Pacient se chová v oblasti péče o ránu dle našich instrukcí, neustále.
Pacientova operační rána se hojí per primam, od prvního dne.
Pacient má operační ránu zhojenou per primam a odstraněny stehy, do 14 dnů.

Plán intervencí:

- Posuzovací intervence:
    1. Sleduj stav krytí a bolest v oblasti operační rány, neustále – všeobecná sestra ve službě.
    2. Posuď stav rány při převazu (nežádoucí sekrece, okolí rány) a pátrej po známkách infekce v ráně, při každém převazu – všeobecná sestra ve službě.

3. Povšimni si nevhodných zdravotních a hygienických návyků pacienta, denně – všeobecná sestra ve službě.

- Prováděcí intervence:

4. Kontroluj stav krytí operační rány, neustále – všeobecná sestra ve službě.
5. Asistuj lékaři, při každém převazu – všeobecná sestra ve službě.
6. Kontroluj ránu a její okolí, pátrej po známkách infekce, při každém převazu – všeobecná sestra ve službě.
7. Postupuj přísně asepticky, při každém převazu – všeobecná sestra ve službě.
8. Sleduj laboratorní výsledky, denně – všeobecná sestra ve službě.
9. Dbej na likvidaci použitého materiálu dle Směrnice nakládání s odpady, po každém převazu – všeobecná sestra ve službě.
10. Sleduj psychický dopad pacientova stavu na pacienta a rodinu, denně – všeobecná sestra ve službě.
11. Povzbuzuj pacienta k vyjádření pocitů a očekávání v souvislosti s aktuálním stavem, denně – všeobecná sestra ve službě.

- Edukační intervence:

12. Zdůrazni nutnost postupného zvyšování příjmu tekutin, denně – všeobecná sestra ve službě.
13. Upozorni na změny, které bude třeba dodržovat v životním stylu pacienta, průběžně – všeobecná sestra ve službě.

- Dokumentace:

14. Vše pravidelně a pečlivě zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace, průběžně – všeobecná sestra ve službě.

Realizace:

19.11.2013

Krytí operační rány, okolí drainů a ureterálních cévek je bez prosaků. Vše je pravidelně kontrolováno a zaznamenáváno do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra ve službě.

10:50 – proběhlo urologické konsilium, ale převaz operační rány neproveden.

15:45 – při kontrole krytí operační rány zjištěn mírný sanguinolentní prosak, který se nezvětšoval. Ihned informován lékař a rozhodnuto o ponechání stávajícího krytí, proveden záznam do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra ve službě.

16:00 – dále jsou prováděny kontroly krytí operační rány v kratších intervalech (á 15 min.) a prováděna častější kontrola fyziologických funkcí pacienta (TK 138/59, P 82´) – všeobecná sestra ve službě. Přičemž se velikost prosaku na krytí operační rány nemění.

20.11.2013

11:35 – proběhlo urologické konsilium, ale převaz operační rány neproveden.

Kontroly stavu krytí prováděny v pravidelných intervalech a zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace, ale velikost prosaku nezměněna – všeobecná sestra ve službě.

21.11.2013

9:48 – proběhlo urologické konsilium a proveden převaz operační rány dle standardu ošetřovatelské péče za asistence sestry lékaři. Krytí opatrně sejmuto, okolí rány odezinfikováno a rána kryta sterilními čtverci s fixací Omnifixem. Operační rána je klidná a čistá, bez nežádoucí sekrece a hojící se per primam. Materiál použitý k převazu zlikvidován dle Směrnice nakládání s odpady.

Kontroly stavu krytí nadále prováděny v pravidelných intervalech a zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace, krytí zůstává bez prosaku – všeobecná sestra ve službě.

22.11.2013

9:30 – pacient je přeložen na urologické oddělení. Informace o stavu operační rány a jejího krytí jsou zaznamenány do ošetřovatelské překladové zprávy a přebírající sestra je informována – všeobecná sestra ve službě.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý splněn, cíl dlouhodobý částečně splněn.

Stav krytí operační rány kontrolován v pravidelných intervalech. Pouze 19.11.2013 se vyskytl mírný prosak, který se již dále nezvětšoval. Denně probíhala urologická konsilia, kdy převaz operační rány proběhl až 21.11.2013. Operační rána je

během hospitalizace na ARO (4 dny) klidná a čistá, bez nežádoucí sekrece a hojící se per primam. Vše bylo pečlivě zaznamenáváno do ošetřovatelské dokumentace. Dne 22.11.2013 v 9:30 je pacient přeložen na urologické oddělení, kdy informace o stavu operační rány jsou předány přebírající sestře. Při překladu pacienta byly informace předány přebírající sestře.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza:

4. Strach z důvodu probíhajícího závažného onemocnění, projevující se subjektivně zvýšeným napětím a verbalizací pacienta, objektivně nervozitou.

Priorita: Střední.

Cíl dlouhodobý: Pacient se naučí vhodným způsobem zvládat svůj strach, do konce hospitalizace na ARO.
Cíl krátkodobý: Pacient je schopen o svém strachu hovořit, do 2 dnů.
Pacient bude mít pocit bezpečí, do 2 dnů.

Výsledná kritéria:

Pacient je schopen o svém strachu a jeho příčinách hovořit, do 2 dnů.
Pacient se naučí odlišit zdravý strach od nezdravého, do 2 dnů.
Pacient zvládá vhodným způsobem svůj strach, do konce hospitalizace na ARO.

Plán intervencí:

- Posuzovací intervence:
  1. Nalezni zdroj strachu a podněty, které ho vyvolávají, do 12 hodin – všeobecná sestra ve službě.
  2. Posuď stupeň strachu a jeho vliv na pacienta, do 24 hodin – všeobecná sestra ve službě.
  3. Sleduj vliv strachu na chování pacienta, tělesné a smyslové funkce, po dobu hospitalizace – všeobecná sestra ve službě.

- Prováděcí intervence:
  4. Umožni pacientovi volně vyjádřit pocity a naslouchej mu, neustále – všeobecná sestra ve službě.

5. Podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek, neodkladně – všeobecná sestra ve službě.
6. Podávej pacientovi dostatek informací v rámci své kompetence a dávej prostor pro jeho otázky, kdykoli je to třeba – všeobecná sestra ve službě.
7. Dle stavu a možností se snaž pacienta odpoutat od zdroje strachu vhodnou relaxací, kdykoli to je třeba – všeobecná sestra ve službě.
8. Zajisti saturaci duchovních potřeb, kdykoli je to třeba – všeobecná sestra ve službě.
9. Umožni pacientovi kontakt s rodinou, dle možností oddělení a v době návštěv – všeobecná sestra ve službě.

- Edukační intervence:

10. Prováděj efektivní edukaci, kdykoli je to třeba – všeobecná sestra ve službě.

- Dokumentace:

11. Vše pravidelně a pečlivě zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace, průběžně – všeobecná sestra ve službě.

Realizace:

19.11.2013

Pacient je od přijetí na ARO pod neustálým dohledem a je zajištěn monitoring fyziologických funkcí. Je uložen na jednolůžkovém boxu, kde má k dispozici televizi, kterou občas sleduje. Chvílemi pospává a snaží se zvládnout svůj strach.

Pacientovi jsou podávány aktuální informace o jeho zdravotním stavu i o všech ostatních úkonech v rámci ošetřovatelské péče. Vždy mu je ponechán dostatek času pro dotazy a vyjádření ke svému stavu. Dle ordinace lékaře jsou mu kontinuálně podávány léky – všeobecná sestra ve službě. Pacient chvílemi pospává, snaží se tím zvládat svou bolest. Občas si pustí televizi, aby se odreagoval, ale projevy strachu v něm stále přetrvávají. Rodina pacienta je informována se souhlasem pacienta, snaží se spolupracovat a pacienta během návštěvy a následně i telefonicky, podporovat.

Všechny skutečnosti jsou průběžně a pečlivě zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace.

20.11. 2013

Pacient již lépe zvládá projevy strachu a snaží se odpoutat při sledování televize, odpoledne ho navštívila manželka. Všechny skutečnosti jsou průběžně a pečlivě zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace.

21.11.2013

Pacientovi jsou postupně podávány další informace o jeho zdravotním stavu a tím se i konkretizují jeho obavy. Pacient se snaží své obavy zvládat, ptá se a komunikuje s ošetřujícím personálem. Všechny skutečnosti jsou průběžně a pečlivě zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace.

22.11.2013

Pacient je lékařem informován o překladu na urologické oddělení, načež je rád, protože udává úlevu, že se jeho stav pomalu zlepšuje a bere tuto skutečnost velmi pozitivně. Všechny skutečnosti jsou průběžně a pečlivě zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace.

9:30 – pacient je přeložen na urologické oddělení.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý splněn, cíl dlouhodobý částečně splněn.

Pacientův pocit strachu je snížený, ale stále u něj přetrvává v menší míře, dokáže o něm otevřeně hovořit s ošetřujícím personálem i příbuznými. Velmi dobře hodnotí spolupráci a předávání informací mezi ošetřujícím lékařem, jeho osobou a příbuznými. Snaží se odpoutat od strachu sledováním televize a zlepšuje komunikaci s ošetřujícím personálem. Situace je pro pacienta celkově stresující, farmakoterapii snáší dobře. Všechny skutečnosti byly průběžně a pečlivě zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace. Dne 22.11.2013 v 9:30 je pacient přeložen na urologické oddělení, což bere velmi pozitivně. Při překladu pacienta jsou informace předány přebírající sestře.

Potencionální ošetřovatelská diagnóza:

1. Infekce, riziko vzniku z důvodu medicínských invazivních vstupů (v souvislosti se zavedením arteriálního katétru, centrálního žilního katétru,

epidurálního katétru, NGS, NJS, drainů z Douglasova prostoru, ureterálních cévek, epicystostomického drainu z neoveziky a operační rány v oblasti břicha).

Priorita: Střední.

Cíl dlouhodobý: Pacient je bez známek infekce, po celou dobu hospitalizace na ARO.

Cíl krátkodobý: Pacient zná způsoby, jak předcházet infekci a snížit riziko jejího vzniku v rámci svých možností, do 1 hodiny.

Plán intervencí:

- Posuzovací intervence:

1. Posuď rizikové faktory pro vznik infekce u pacienta, průběžně – všeobecná sestra ve službě.
2. Hodnoť a dokumentuj stav kůže v okolí provedení medicínských invazivních vstupů, průběžně – všeobecná sestra ve službě.

- Prováděcí intervence:

3. Pátrej po místních známkách infekce v místech provedení medicínských invazivních vstupů, průběžně – všeobecná sestra ve službě.
4. Mysli na možnost sepse, k jejímž příznakům patří horečka, třesavka, zvýšené pocení, pozitivní hemokultivace, porucha vědomí, průběžně – všeobecná sestra ve službě.
5. Prováděj účinnou prevenci vzniku nozokomiálních nákaz, neustále – všeobecná sestra ve službě.
6. Postupuj asepticky a dle standardu pracoviště, při každém převazu v místech provedení medicínských invazivních vstupů – všeobecná sestra ve službě.
7. Podávej antibiotika přesně dle ordinace lékaře, dle rozpisu – všeobecná sestra ve službě.
8. Sleduj tělesnou teplotu pacienta a v případě jejího zvýšení informuj lékaře, v rozepsaných intervalech á 4 hod. nebo kdykoli bude třeba – všeobecná sestra ve službě

9. Sleduj laboratorní výsledky pacienta a v případě zvýšených hodnot informuj lékaře, dle rozpisu odběrů 1x denně a dle aktuálního zdravotního stavu – všeobecná sestra ve službě.
10. Udržuj lůžko pacienta čisté, dbej na řádné provedení hygienické péče a asistuj při ní, denně – všeobecná sestra ve službě.
11. Dbej na likvidaci použitého materiálu dle Směrnice nakládání s odpady, po každém převazu – všeobecná sestra ve službě.

- Edukační intervence:

12. Edukuj pacienta o zásadách péče v místech provedení medicínských invazivních vstupů a o možných komplikacích, do 1 hodiny – všeobecná sestra ve službě.

- Dokumentace:

13. Vše pravidelně a pečlivě zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace, průběžně – všeobecná sestra ve službě.

Realizace:

19.11.2013

Pacientovi byl den před operací (17.11.2013) zaveden centrální žilní katétr (CŽK) cestou v. subclavia dx., dnes 3. den. Dále má pacient zaveden z operačního sálu (18.11.2013) arteriální katétr cestou a. radialis dx, 2x drain z Douglasova prostoru, 2x ureterální cévku, epicystostomický drain z neoveziky, NJS, NGS, operační ránu v oblasti břicha, dnes 2. den. Pacient byl edukován o zásadách péče v místech provedení medicínských invazivních vstupů a o možných komplikacích – všeobecná sestra ve službě. Pacient edukaci chápal a ta byla následně zaznamenána do edukačního listu.

Arteriální i epidurální katétr a CŽK jsou kryty transparentním krytím, který je dle standardu oddělení převazován každý třetí den nebo dle stavu okolí vstupů a krytí, tzn., že převaz je v plánu na 20. 11. 2013, protože na obou krytích je označen datum převazu 18.11.2013. Průběžně je kontrolován stav krytí a okolí zavedení, kdy je okolí zavedení klidné a krytí čisté. Arteriální katétr je využíván k invazivnímu měření TK a odběrům krve na laboratorní vyšetření a je pravidelně proplachován naordinovaným Fyziologickým roztokem prostřednictvím kapsle. CŽK je využíván k aplikaci

naordinovaných infuzních roztoků (kontinuálně), intravenózních léčiv, antibiotik a parenterální výživy. Epidurální katétr je využíván k aplikaci směsi pro epidurální analgézii a je plně funkční. Hodnocení je zaznamenáváno do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra ve službě.

U NGS a NJS se zaměřujeme především na fixaci náplastí na nose, kdy přelepujeme denně a zaměřujeme se na vznik otlaků v místě přelepů a přepolohujeme sondy z důvodu možného vzniku dekubitů. Nyní jsou okolí vstupů sond do nosních dírek a místa přelepů bez známek infekce. NGS je na spád a je funkční a NJS je dle ordinace lékaře pravidelně proplachována a je plně funkční. Hodnocení je zaznamenáváno do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra ve službě.

Operační rána, okolí ureterálních cévek, okolí drainů z Douglasova prostoru a okolí epicystostomického drainu z neoveziky jsou kryta sterilními čtverci a fixována Omnifixem. Drainy, ureterální cévky a epicystostomický drain z neoveziky jsou plně funkční. Ureterální cévky jsou proplachovány dle ordinace lékaře Fyziologickým roztokem. Krytí je suché a čisté a při urologickém konsiliu bylo rozhodnuto o tom, že dnes nebude převaz prováděn. Hodnocení je zaznamenáváno do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra ve službě. V 15:45 při kontrole krytí operační rány, zjištěn mírný sanguinolentní prosak, který se nezvětšoval. Ihned informován lékař a rozhodnuto o ponechání stávajícího krytí, proveden záznam do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra ve službě.

Tělesná teplota měřena v naordinovaných intervalech a je v mezích normy. Laboratorní výsledky sledovány a o výsledcích vždy lékař informován.

Vše bylo pečlivě vyhodnoceno a zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace, průběžně – všeobecná sestra ve službě.

20.11.2013

9:23 – proveden převaz arteriálního, epidurálního a centrálního žilního katétru dle standardu oddělení, zkontrolováno okolí zavedení a přelepeno transparentním krytím, kam byl napsán datum převazu. Pacient snáší krytí dobře, katétry jsou průchodné a prováděná terapie prostřednictvím těchto katétrů probíhá bez komplikací. Okolí zavedení katétrů bylo klidné a bez známek infekce.

V oblasti péče o NGS a NJS je postupováno dle standardu oddělení. Sondy plní svůj účel, jsou plně funkční a okolí vstupu a přelepů je klidné a bez známek infekce.

11:35 – při urologickém konsiliu rozhodnuto, že bude krytí operační rány, okolí ureterálních cévek, okolí drainů z Douglasova prostoru a okolí epicystostomického drainu z neoveziky ponecháno. Kromě nezvětšujícího se sanguinolentního prosaku na krytí operační rány, jsou ostatní krytí suchá a čistá. Drainy, ureterální cévky a epicystostomický drain z neoveziky jsou plně funkční a odvádějí. Ureterální cévky jsou proplachovány dle ordinace lékaře Fyziologickým roztokem. Hodnocení je zaznamenáváno do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra ve službě.

Tělesná teplota měřena v naordinovaných intervalech a je v mezích normy. Laboratorní výsledky jsou sledovány a o výsledcích vždy lékař informován.

Vše bylo pečlivě vyhodnoceno a zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace, průběžně – všeobecná sestra ve službě.

21.11.2013

9:48 – probíhá urologické konsilium a prováděn převaz operační rány, při němž je postupováno dle standardu oddělení. Okolí operační rány, drainů, ureterálních cévek a epicystostomického drainu z neoveziky je klidné a bez známek infekce. Ke krytí je použito sterilních čtverců a k fixaci Omnifix. Použitý materiál je zlikvidován dle Směrnice nakládání s odpady.

Průběžně kontrolována funkčnost krytí a okolí zavedení arteriálního, epidurálního a centrálního žilního katétru, kdy jsou plně funkční, okolí klidná a bez známek infekce. Tyto katétry jsou průchodné a plní svůj účel.

V oblasti péče o NGS a NJS postupujeme dle standardu oddělení. Sondy plní svůj účel, jsou plně funkční a okolí vstupu a přelepů je klidné a bez známek infekce.

Tělesná teplota měřena v naordinovaných intervalech a je v mezích normy. Laboratorní výsledky sledovány a o výsledcích vždy lékař informován.

Vše bylo pečlivě vyhodnoceno a zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace, průběžně – všeobecná sestra ve službě.

22.11.2013

8:02 – během lékařské vizity rozhodnuto o překladu na urologické oddělení, který proběhne v 9:30.

8:10 – dle ordinace lékaře vytažen arteriální katétr, kdy bylo postupováno dle standardu oddělení, okolí je klidné a bez známek infekce. Místo po zavedení arteriálního katétru je překryto sterilním krytím a dle potřeby provedena komprese místa

zavedení. Z důvodu možného krvácení je místo po zavedení průběžně kontrolováno. CŽK a epidurální katétr je v místě zavedení převázán dle standardu oddělení a místo zavedení překryto transparentním krytím, kdy okolí zavedení bylo klidné a bez známek infekce. Datum převazu je zaznamenán na krytí – všeobecná sestra ve službě. Použitý materiál zlikvidován dle Směrnice nakládání s odpady.

Dle rozhodnutí lékaře operační rána, drainy, ureterální cévky a epicystostomický drain z neoveziky zůstávají nepřevázány. Krytí je suché a čisté.

V oblasti péče o NGS a NJS postupujeme dle standardu oddělení. Sondy plní svůj účel, jsou plně funkční a okolí vstupu a přelepů je klidné a bez známek infekce.

Tělesná teplota měřena v naordinovaných intervalech a v mezích normy. Laboratorní výsledky sledovány a o výsledcích vždy lékař informován.

Vše bylo pečlivě vyhodnoceno a zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace, průběžně – všeobecná sestra ve službě.

Údaje o všech místech provedení medicínských invazivních vstupů jsou zaznamenány do ošetřovatelské překladové zprávy – všeobecná sestra ve službě.

9:30 – pacient přeložen na urologické oddělení a přebírající sestra je o všech místech provedení medicínských invazivních vstupů informována – všeobecná sestra ve službě.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý i dlouhodobý v rámci hospitalizace na ARO splněn, ale zavedení medicínských invazivních vstupů stále přetrvává, o čemž informována přebírající sestra urologického oddělení.

Pacient nejeví známky infekce během hospitalizace na ARO. O všechna místa provedení medicínských invazivních vstupů bylo pečováno dle standardu oddělení. Kromě arteriálního katétru, který byl před překladem vytažen, byly všechny ostatní medicínské invazivní vstupy zachovány (centrální žilní katétr, epidurální katétr, NGS, NJS, drainy z Douglasova prostoru, ureterální cévky, epicystostomický drain z neoveziky a operační rána v oblasti břicha). Všechny skutečnosti byly průběžně zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace. Dne 22.11.2013 v 9:30 pacient přeložen na urologické oddělení. Při překladu pacienta jsou informace předány přebírající sestře.

3.8 CELKOVÉ HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Celkově docházelo během hospitalizace na ARO k postupnému zlepšování pacientova stavu, kdy mohl být 5. den hospitalizace na ARO přeložen na urologické oddělení. Pacient i jeho příbuzní jsou o stavu plně informováni lékařem a snaží se pacienta co nejvíce podpořit.

Bolest byla dostatečně tišena prostřednictvím epidurálního katétru, kdy pacient udával postupnou úlevu od bolesti (maximálně hodnotí stupněm 2 na numerické škále bolesti 0 – 10), i když bylo tlumení bolesti postupně snižováno. Pacient velmi dobře spolupracoval při hodnocení bolesti na numerické škále (0 – 10) a příčiny bolesti chápal.

Dne 19.11.2013 byla zahájena enterální výživa, která je tolerována. Pacient s chutí popíjel čaj. Byl sledován příjem a výdej tekutin á 4 hodiny a celková vodní bilance á 24 hodin. Pacientovi byly podávány léky k prevenci nežádoucí nausey, kterou z tohoto důvodu pacient nepociťoval. Odpady v NGS byly minimální. Byla zahájena podpora peristaltiky (19.11.2013), kdy peristaltika byla slyšitelná a první stolice po operaci odešla 21.11.2013. Pacientovu aktuální tělesnou hmotnost neznáme z důvodu nemožnosti zjištění tělesné hmotnosti, protože pacientův stav prozatím nedovoluje zvážit se.

Stav krytí operační rány byl kontrolován v pravidelných intervalech. Pouze 19.11.2013 se vyskytl mírný prosak, který se již dále nezvětšoval. Denně probíhala urologická konsilia, kdy převaz operační rány proběhl až 21.11.2013. Operační rána je klidná a čistá, bez nežádoucí sekrece a hojící se per primam.

Pacientův pocit strachu se postupně snižoval, ale stále u něj přetrvává v menší míře, nyní o něm dokáže otevřeně hovořit. Velmi dobře hodnotí spolupráci a předávání informací mezi ošetřujícím lékařem, jeho osobou a příbuznými. Snažil se odpoutat od strachu sledováním televize a zlepšoval komunikaci s ošetřujícím personálem. Situace je pro pacienta celkově stresující, farmakoterapii snáší dobře.

Pacient nejeví známky infekce. O všechna místa provedení medicínských invazivních vstupů bylo pečováno dle standardu oddělení. Kromě arteriálního katétru, který byl před překladem vytažen, byly všechny ostatní medicínské invazivní vstupy

zachovány (centrální žilní katétr, epidurální katétr, NGS, NJS, drainy z Douglasova prostoru, ureterální cévky, epicystostomický drain z neoveziky a operační rána v oblasti břicha).

Ve všech ostatních oblastech byla ošetřovatelská péče poskytována dle plánu a zhodnocena v ošetřovatelské dokumentaci na oddělení ARO. Při překladu pacienta byly všechny informace předány přebírající sestře urologického oddělení.

4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro pacienta:

- Pravidelně navštěvovat urologa a dbát jeho rad a pokynů.
- Zaměřit se na zdravý životní styl.
- Snažit se, za pomoci rodiny, vyrovnat se s nastalou situací a v případě potřeby vyhledat psychologickou pomoc.

Doporučení pro rodinu pacienta:

- Poskytnout nemocnému psychickou podporu.
- Informovat se o onemocnění a vlivu na život nemocného a jeho rodiny.
- Pomáhat nemocnému při rozhodování o výběru léčebných vstupů.

Doporučení pro všeobecnou sestru:

- Poskytnout pacientovi psychickou podporu a dle potřeby zprostředkovat kontakt s psychologem.
- Dbát na náležitou edukaci pacienta i rodiny.
- Informovat pacienta o specifikách ošetřovatelské péče.
- Sestavit pro pacienta individuální plán ošetřovatelské péče.
- Vzdělávat se v oboru.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali problematikou nádorů močového měchýře, především karcinomů, který má nejvyšší incidenci vůbec. Zajímala nás specifika péče o tyto pacienty před i po operačním řešení. Zaměřili jsme se i na vypracování plánu péče v ošetřovatelském procesu o pacienta s nádorem močového měchýře po radikální cystektomii.

Cílem bakalářské práce bylo popsat nádory močového měchýře, jejich diagnostiku, léčbu a specifika péče u těchto pacientů, kdy jsme se nejčastěji zaměřovali na karcinom močového měchýře, který má vůbec nejvyšší výskyt. V praktické části jsme se zaměřovali na vypracování ošetřovatelského proces u pacienta po radikální cystektomii, která byla provedena pro karcinom močového měchýře, kdy jsme si stanovili ošetřovatelské problémy, zpracovali je do ošetřovatelských diagnóz, následně realizovali a zhodnotili. V závěru práce jsme vyhodnotili i doporučení pro praxi, která byla vytyčena zvlášť pro pacienta, jeho rodinu a zdravotnický personál. Práce byla určena odborné veřejnosti z řad zdravotnického personálu, studentům ošetřovatelství a kolegyním, všeobecným sestrám. Všechny cíle práce, které byly stanoveny, byly splněny.

Při péči o pacienty s nádorovým onemocněním je nutné dbát na psychickou podporu, jak v rodině, tak i od zdravotnického personálu. Nutností je i náležitá edukace a dostatečná informovanost pacienta i rodiny. Nesmíme ani opomíjet pečovat o kvalitu života, která je bezesporu snížená.

Během dokončování naší bakalářské práce jsme se dozvěděli, že pacient, u něhož jsme v praktické části zpracovávali ošetřovatelský proces, i přes veškerou snahu a péči 15.2.2014 zemřel.

Praxe ukazuje, že problematika nádorových onemocnění je stále aktuálnější, a proto věříme, že předkládaná práce, věnující se konkrétně nádorům močového měchýře a specifikům péče v ošetřovatelském procesu, bude přínosem pro ty, kterým je určena.

SEZNAM LITERATURY

ABRAHÁMOVÁ, J., 2012. Zhoubné nádory močového ústrojí. In: VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ, H. VORLÍČKOVÁ et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac, a dopl. vyd. Praha: Grada, s. 305 - 319. ISBN 978-80-247-3742-3.

BABJUK, M., 2005. Nádory močového měchýře. In: DVOŘÁČEK J. a M. BABJUK. *Onkourologie*. Praha: Galén, s. 101 - 224. ISBN 80-7262-349-4.

BABJUK, M., W. OOSTERLINCK, R. SYLVESTER et al., 2011. EAU Guidelines pro léčbu uroteliálního karcinomu močového měchýře, který neinvaduje svalovinu – aktualizovaná verze z roku 2011. *Urologické listy*. **9**(3), 63-74. ISSN 1214-2085.

BARTÁK, M., J. VEBROVÁ a R. RYCHLÁ, 2008. *Nový slovník cizích slov pro 21. století.* Praha: Plot. ISBN 978-80-86523-89-7.

BOROŇOVÁ, J., 2010. Ošetřovatelský proces. In: *Kapitoly z ošetřovatelství I.* Plzeň: Maurea, s. 66 – 81. ISBN 978-80-902876-4-8.

ČAPÁK, I. a J. DOLEŽEL, 2008. *Chirurgická léčba karcinomu močového měchýře* [online]. Praha: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně [vid. 2013-12-12]. Dostupné z: http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/2572/

DOENGES, M. E. a M. F. MOORHOUSE, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0242-8.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2004. Psychosociální péče o nemocné s nádory. In: KOUTECKÝ, J. *Klinická onkologie: učebnice pro lékařské fakulty*. Díl 1. Praha: Progress, s. 227 - 230. ISBN 80-86221-77-6.

KALVODOVÁ, L., 2012. Psychologický přístup sester k onkologickým nemocným. In: VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ, H. VORLÍČKOVÁ et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac, a dopl. vyd. Praha: Grada, s. 433 - 439. ISBN 978-80-247-3742-3.

KARMAŠOVÁ, K. a A. ČERMÁK, 2012. Zobrazovací metody, jejich přínos pro zjištění rozsahu onemocnění karcinomem močového měchýře. *Urologické listy*. **10**(2), 43-45. ISSN 1214-2085.

KATOLICKÁ, J. a D. HRUBÁ, 2003. Faktory ovlivňující vznik karcinomu močového měchýře. *Urologie pro praxi*. **4**(4), 142-144. ISSN 1213-1768.

KLENER, P. a J. ABRAHÁMOVÁ, 2002. Nádory odvodných cest močových. In: KLENER, P. *Klinická onkologie.* Praha: Galén, s. 443 – 450. ISBN 80-7262-151-3.

KINDLOVÁ, E., 2006. *O nádorech močového měchýře* [online]. Praha: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Datum vytvoření 24. 5. 2006. Datum poslední úpravy 26. 8. 2008 [vid. 2013-12-12]. Dostupné z: http://www.linkos.cz/nadory-ledviny-a-mocoveho-mechyre-c64-c67/o-nadorech-mocoveho-mechyre/

KOLÁŘ, P. a R. OCMANOVÁ, 2004. Rehabilitace v onkologii. In: KOUTECKÝ, J. *Klinická onkologie: učebnice pro lékařské fakulty*. Díl 1. Praha: Progress, s. 221 - 226. *ISBN* 80-86221-77-6.

LOUDA, M., 2009. Co je vhodné vědět o operaci radikální cystektomie. *Sestra* [online]. **19**(10), 56-57. ISSN 1210-0404. [vid. 2014-02-20]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/co-je-vhodne-vedet-o-operaci-radikalni-cystektomie-447358

NAGYOVÁ, M. a P. BARTONÍKOVÁ, 2006. Ošetřování pacienta po radikální cystektomii. *Sestra* [online]. **16**(7-8), 27-28. ISSN 1210-0404. [vid. 2014-02-20]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/ clanek/ sestra/osetrovani-pacienta-po-radikalni-cystektomii-274850

NAVRÁTILOVÁ, R. a Z. ZAVIAČIČOVÁ, 2011. Cystektomie z pohledu perioperační sestry. *Sestra* [online]. **21**(4), 33-34. ISSN 1210-0404. [vid. 2014-02-20]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/ clanek/sestra/cystektomie-z-pohledu-perioperacni-sestry-459325

NEJEDLÁ, M., 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry.* Praha: Grada. ISBN 80-247-1150-8.

NĚMCOVÁ, J. et al., 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů.* Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3.

OBLASTNÍ NEMOCNICE NÁCHOD, 2012. *Péče o pacienta po cystektomii.* Vnitřní dokument č. 89/2012.

OBLASTNÍ NEMOCNICE NÁCHOD, 2013a [online]. *Laboratorní příručka PKBD Náchod.* Květen 2013 [vid. 2014-02-20]. Dostupné z: http://www.nemocnicenachod.cz/media/ files/LP%202013_verejnost.pdf

OBLASTNÍ NEMOCNICE NÁCHOD, 2013b [online]. *Laboratorní příručka OKBD - pracoviště klinické hematologie a transfuzní služby Náchod* 2013. Verze 02, prosinec 2013 [vid. 2014-02-20]. Dostupné z: http://www.nemocnicenachod.cz/media/files/LP_OKBD_PKHTS_Nachod_verze_02.pdf

SCHLAKE, A. et al., 2012. NMP-22 urinary cytology and cystoscopy: a 1 year comparison study.In: *The Canadian Journal of Urology*. **19**(4), NMP-22 urinary cytology and cystoscopy: a 1 year comparison study. ISSN 1195-9479. [vid. 2014-02-20]. Dostupné z: http://www.canjurol.com/abstract.php?ArticleID=&version=1.0&PMID=22892257

SOUKUP, V. a M. PEŠL, 2011. Karcinom močového měchýře. *Postgraduální medicína*. **13**(1), 42-47. ISSN 1212-4184.

TĚŠÍNSKÝ, P., L. BITTNER a R. GRILL. 2011. Nutriční a metabolické aspekty perioperační léčby u cystektomie. *Urologie pro praxi*. **12**(2), 114-116. ISSN 1213-1768.

VÍT, V. a D. PACÍK, 2011. Možnosti neinvazivní diagnostiky a monitorace karcinomů močového měchýře. *Urologické listy*. **9**(3), 7-14. ISSN 1214-2085.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2007. *Velký lékařský slovník*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-130-1.

VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, 2012. Barthelův test základních všedních činností ADL. In: *Multimediální trenažér plánování*

ošetřovatelské péče [online]. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové [vid. 2014-02-20]. Dostupné z: http://ose.zshk.cz/ media/p5811.pdf

VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, 2012. Glasgow Coma Scale. In: *Multimediální trenažér plánování ošetřovatelské péče* [online]. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové [vid. 2014-02-20]. Dostupné z: http://ose.zshk.cz/ media/p5804.pdf

VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, 2012. Hodnocení rizika vzniku dekubitů – Nortonové stupnice. In: *Multimediální trenažér plánování ošetřovatelské péče* [online]. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové [vid. 2014-02-20]. Dostupné z: http://ose.zshk.cz/ media/p5821.pdf

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, 2013. Obecná ošetřovatelská dokumentace. In: *Vysoká škola zdravotnická* [online]. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. v Praze 5, Duškova 7, 150 00 Praha 5. [vid. 2014-02-20]. Dostupné z: https://sharepoint.vszdrav.cz/ stud_mat/OPPA%203/obecna_OSE_dokumentace.pdf

PŘÍLOHY

Příloha A Čestné prohlášení studenta k získání podkladů bakalářské práce I

Příloha B Neovezika II

Příloha C Implantace části ilea a vytvoření neoveziky III

Příloha D Ureteroileostomie IV

Příloha E Ureteroileostomie s dočasnou derivací moče ureterálními cévkami, přibližně do 10. pooperačního dne V

Příloha F Jímání moči po operaci (cystektomii) do stomického sáčku VI

Příloha G Pacient po napojení neoveziky z ilea na uretru – kosmeticky nejvýhodnější stav VII

Příloha H Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové VIII

Příloha CH Barthelové test základních všedních činností IX

Příloha I Glasgow Coma Scale (GCS) X

Příloha A

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů bakalářské práce

Čestné prohlášení

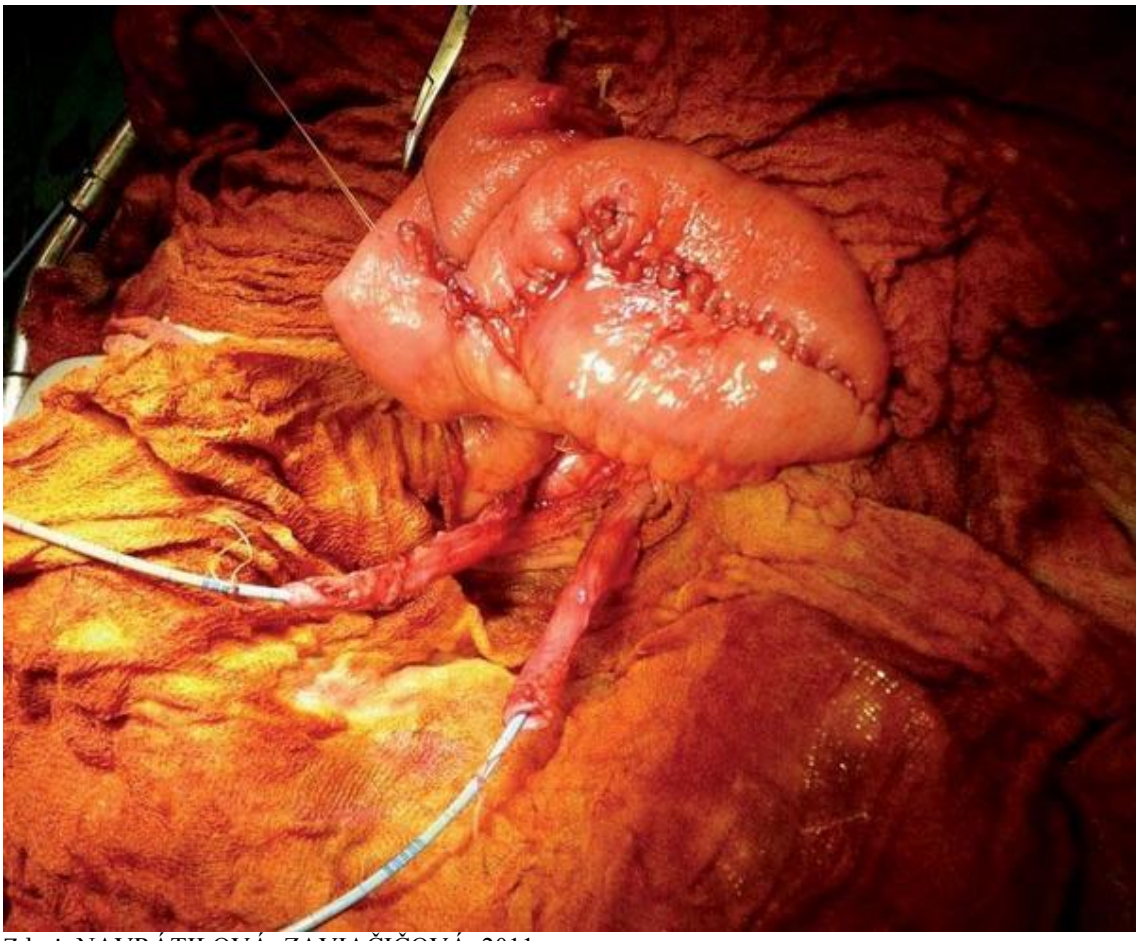
Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetřovatelský proces u pacienta s nádorem močového měchýře v rámci odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 18. 3. 2014

Eva Veselková

Příloha B

Neovezika

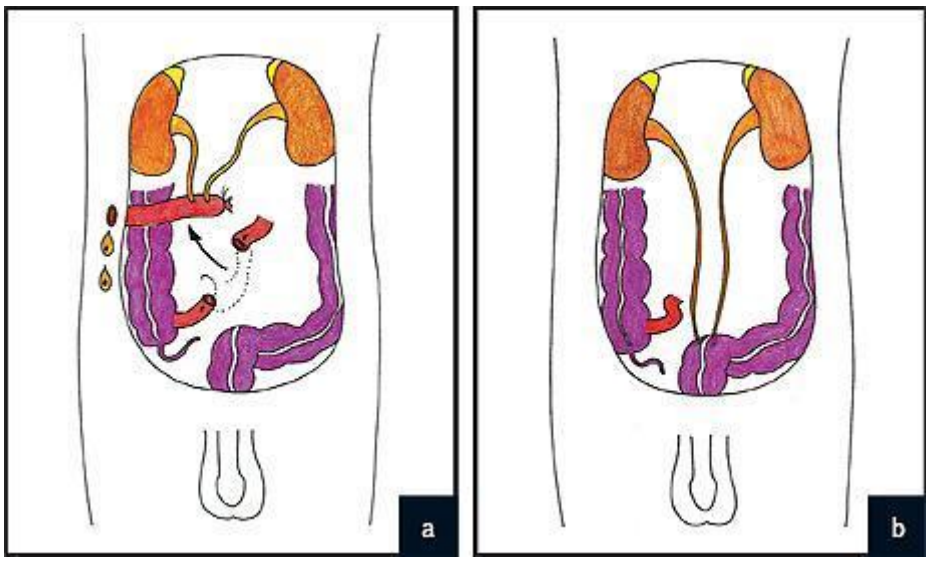


Zdroj: NAVRÁTILOVÁ, ZAVIAČIČOVÁ, 2011

Příloha C

Implantace části ilea a vytvoření neoveziky

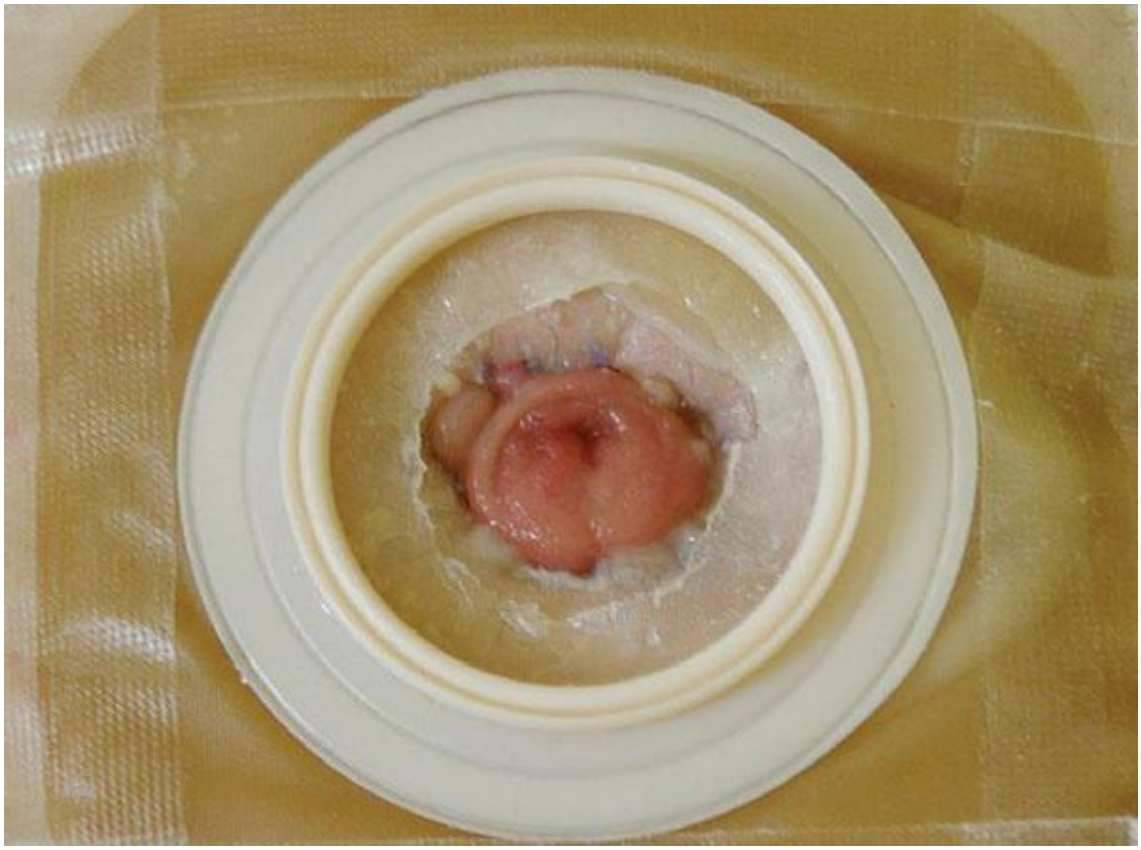
Resekce asi 45 – 60 cm terminální části ilea ze střevní pasáže a následné vytvoření neoveziky. Implantace obou ureterů do neoveziky.



Zdroj: NAGYOVÁ, BARTONÍKOVÁ, 2006

Příloha D

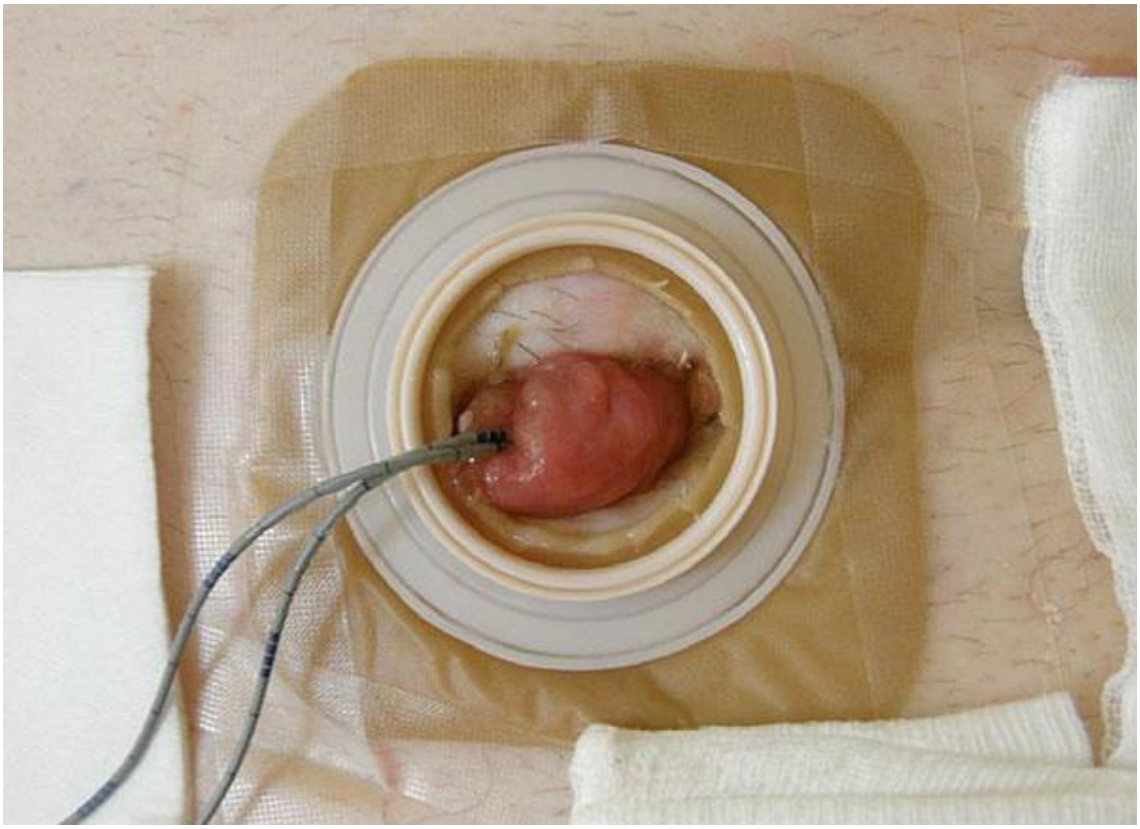
Ureteroileostomie



Zdroj: LOUDA, 2009

Příloha E

Ureteroileostomie s dočasnou derivací moče ureterálními cévkami, přibližně do 10. pooperačního dne



Zdroj: LOUDA, 2009

Příloha F

Jímání moči po operaci (cystektomii) do stomického sáčku

Zdroj: LOUDA, 2009

Příloha G

Pacient po napojení neoveziky z ilea na uretru – kosmeticky nejvýhodnější stav

Zdroj: LOUDA, 2009

Příloha H

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemoc-nění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
Plná	10	Normální	Žádné	Dobrý	**Dobrý**	Chodí	Úplná	Není	4
Malá	0 – 30	Alergie	DM, anemie	**Zhoršený**	Apatický	Doprovod	Částečně omezená	Občas	3
Částečná	0 – 60	Vlhká	Kachexie, ucpávání tepen	Špatný	Zmatený	Sedačka	**Velmi omezená**	**Převážně moč**	2
Žádná	**Nad 60**	**Suchá**	Obezita, **karcinom**	Velmi špatný	Bezvědomí	**Leží**	Žádná	Moč + stolice	1

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Celkem bodů: 18 – riziko vzniku dekubitů.

Zdroj: VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, 2012

Příloha CH

Barthelové test základních všedních činností

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	**Najedení, napití**	**samostatně bez pomoci**	**10**
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	**Oblékání**	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	**5**
		neprovede	0
3.	**Koupání**	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	**0**
4.	**Osobní hygiena**	**samostatně nebo s pomocí**	**5**
		neprovede	0
5.	**Kontinence moči**	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	**0**
6.	**Kontinence stolice**	**plně inkontinentní**	**10**
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	**Použití WC**	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	**0**
8.	**Přesun lůžko – židle**	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	**0**
9.	**Chůze po rovině**	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	**0**
10.	**Chůze po schodech**	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	**0**
Celkem			**30**

Hodnocení stupně závislosti: **0 – 40 bodů** **vysoce závislý** 45 – 60 bodů závislost středního stupně
65 – 95 bodů lehká závislost 96 – 100 bodů nezávislý

Zdroj: VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, 2012

Příloha I

Glasgow Coma Scale (GCS)

GCS slouží k hodnocení kvantitativní poruchy vědomí u dospělých.

otevírání očí
spontánně 4
na výzvu 3
na bolest 2
žádné 1

nejlepší slovní odpověď
orientován 5
dezorientován 4
zmatená a neodpovídající slovní reakce 3
nesrozumitelné zvuky 2
bez reakce 1

nejlepší motorická odpověď
vyhoví výzvě správně 6
cílená reakce na bolest 5
necílená reakce na bolest 4
spastická flexe na bolest 3
extenční reakce na bolest 2
bez reakce 1

celkový počet bodů: 15 = normální stav

hodnocení:
maximum bodů: 15 = normální stav
13 = vyžaduje hospitalizaci
8 = mez kritického stavu mozku
minimum bodů: 3 = areflektorické kóma

Zdroj: VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, 2012