

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY
S VESICOSTOMIÍ**

Bakalářská práce

MARTINA MICHALČÍKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Marcela Rybová

Praha 2016



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

Michalčíková Martina
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

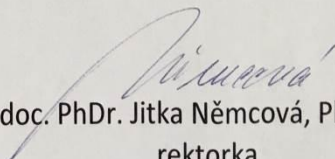
Ošetrovatelský proces u pacientky s vesicostomií

Nursing Process for Patients with Vesicostomy

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Marcela Rybová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

V Praze dne: 11. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 05. 2016

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda vyslovila poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Marcele Rybové za konzultace, cenné rady, připomínky a čas při tvorbě této práce.

ABSTRAKT

MICHALČÍKOVÁ, Martina. *Ošetrovatelský proces u pacientky s vesicostomií*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.) Vedoucí práce: PhDr. Marcela Rybová, Praha. 2016. 70 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacientky s vesicostomií. Teoretická část se zabývá anatomií a fyziologií močového systému, charakteristikou vesicostomie, příčinami vzniku vesicostomie, povahou operačního výkonu, riziky a alternativy zdravotního výkonu, omezením zdravotní způsobilosti po provedení vesicostomie, léčebným režimem. Dále je popsána předoperační a pooperační péče, postupy a techniky ošetřování vesicostomie, nácvik cévkování. Ve třetí kapitole je popsána kvalita života stomiků. V praktické části byl zpracován ošetrovatelský proces u pacientky s vesicostomií. V závěru bakalářské práce bylo stanoveno doporučení pro praxi, které je pro zdravotnický personál, pacienta a jeho rodinu, ale i blízké přátele. Cílem práce bylo bližší seznámení s problematikou vesicostomií nejen pro zdravotnické pracovníky, laickou veřejnost ale také rodinu pacienta.

Klíčová slova

Cévkování. Katétr. Stomie. Vesicostomie.

ABSTRACT

MICHALČÍKOVÁ, Martina. *Nursing Process for Patients with Vesicostomy*. Medical University College. Degree: Bachelor (Bc.) Thesis Supervisor: PhDr. Marcela Rybová, Prague. 2016. 70 pages.

The bachelor thesis focuses on nursing process in a patient with vesicostomy. The theoretical part deals with anatomy and physiology of the urinary system, characterises vesicostomy and the causes of its occurrence, its operation treatment, risks and alternatives of the medical procedure, health limitations after vesicostomy, and its treatment. Further, pre-operative as well as post-operative treatments are described, together with vesicostomy nursing procedures and techniques, and practising the catheterization. The third chapter describes quality of life of the stomics. The practical part provides the nursing process in a patient with vesicostomy. The conclusion to the bachelor thesis offers practice recommendations destined for the medical staff, the patient and his/her family as well as the close friends. The aim of the thesis was to acquaint not only the nursing staff, the public, but also the patient's family with the problems of vesicostomy.

Key words

Catheterization, Catheter. Stoma. Vesicostomy

PŘEDMLUVA

Kvalita života je pro každého subjektivní pocit a je samozřejmé, že závažné onemocnění, či trvalé postižení často změní pomyslný žebříček hodnot každého člověka. Po operacích, se kterými se běžně setkávám v nemocnici, jsou pacienti omezeni v běžných denních činnostech pouze na určitou dobu a po uplynutí rekonvalescence jsou schopni normálního života. Jsou ale i operace, které pacienty omezují po zbytek jejich života.

V posledních letech narůstá počet degenerativních, onkologických a geneticky podmíněných onemocnění, která mohou vést ke vzniku stomií.

Důvodem, proč jsem si vybrala téma vesicostomie, byl můj osobní zájem o tuto problematiku. Vzhledem k tomu, že se o vesicostomii příliš nepublikuje, musela jsem čerpat i z několika starších článků. Podklady pro práci jsem čerpala z knižních a časopiseckých pramenů.

Informační zdroje jsem čerpala ze zdravotnické dokumentace a také přímo od pacientky a její rodiny.

Práce může sloužit všem budoucím zdravotnickým pracovníkům, kteří v ní mohou najít cenné rady pro vykonávání své profese v daném oboru nebo i laické veřejnosti, která by se touto problematikou chtěla zabývat.

Touto cestou vyslovuji poděkování paní PhDr. Marcele Rybové, která mi byla nápomocna po celou dobu bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	13
1 VESICOSTOMIE.....	14
1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE MOČOVÉHO ÚSTROJÍ.....	15
1.2 PŘÍČINY VZNIKU VESICOSTOMIE.....	17
1.3 VYŠETŘOVACÍ METODY PŘED PROVEDENÍM VESICOSTOMIE	19
1.4 POVAHA OPERAČNÍHO VÝKONU.....	22
1.5 RIZIKA ZDRAVOTNÍHO VÝKONU	24
1.6 ALTERNATIVY ZDRAVOTNÍHO VÝKONU, JEJICH VHODNOST A PŘÍNOS	26
1.7 LÉČEBNÝ REŽIM.....	26
1.8 ZMĚNY A OMEZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI PO PROVEDENÍ VESICOSTOMIE	27
1.9 PREVENTIVNÍ A INFORMAČNÍ OPATŘENÍ.....	28
1.9.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE	28
1.9.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE.....	30
1.9.3 TERCIÁLNÍ PREVENCE.....	30
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTKY S VESICOSTOMIÍ	31
2.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	31
2.2 POOPERAČNÍ PÉČE.....	33
2.3 POSTUPY A TECHNIKY U OŠETŘOVÁNÍ VESICOSTOMIE	35
3 ŽIVOTNÍ STYL VESICOSTOMIKŮ	38
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S VESICOSTOMIÍ	40
4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	69

ZÁVĚR.....	70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	71
SEZNAM PŘÍLOH.....	73

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ABR	acidobazická rovnováha
AFP	alfa-fetorprotein
BMI	body mass index
CA	karcinom
cm	centimetr
CNS	centrální nervový systém
DKK	dolní končetiny
g	gram
GIT	gastrointestinální trakt
HAK	hormonální antikoncepce
hCG	lidský (humánní) choriogonadotropin
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
IM	infarkt myokardu
JIP	jednotka intenzivní péče
inj	injekce
kg	kilogram
ml	mililitr
MM	močový měchýř
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
PMK	permanentní močový katetr
PŽK	permanentní žilní katetr
pH	potenciál vodíku
rtg	rentgen
s.c.	subkutánně
tbl	tableta
TEN	tromboembolická nemoc
vvv	vrozená vývojová vada

(VOKURKA, HUGO a kol., 2003)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Acidóza	porucha acidobazické rovnováhy
Amnioskopie	endoskopická metoda užívaná v porodnictví a umožňující prohlédnutí vnitřku amniového vaku a plodu
Antirefluxní	působící proti refluxu
Anestezie	znecitlivění, ztráta vnímání dotyku, bolesti, tepelných změn
Appendix	přívěsek
Aspirace	nasání, odsátí
Augmentace	zvětšení určité části lidského těla
Compliance	poddajnost tkáně či orgánu
Cysta	patologická dutina s vlastní výstelkou
Dekompenzace	selhání kompenzačních mechanismů
Derivace	odvedení.
Detruzor	sval v močovém měchýři podílející se na jeho vyprazdňování
Ectopie, exstrofie	výskyt mimo své obvyklé místo
Eozinofil	druh bílé krvinky
Epispadie	atypické vyústění močové trubice na vrchní straně pohlavního údu
Febrilie	horečka
Hematokrit	objem erytrocytů v krvi vyjádřený jako zlomek celkového objemu krve
Hemoglobin	červené krevní barvivo
Hemothorax	přítomnost krve v pohrudniční dutině
Hydrothorax	přítomnost tekutiny v pohrudniční dutině
Hydronefróza	rozšíření ledvinné pánvičky zadržanou močí
Hypertenze	vysoký tlak
Hypokalemie	nízká hladina kalia v krvi
Hyponatromie	nízká hladina natria v krvi
Hypotenze	nízký tlak
Cholinergní	týkající se acetylcholinu jako neurotransmiteru
Iatrogenní	způsobený lékařem

Incidence	počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období
Infiltrace	vnikání, prostoupení, prosakování
Inhibice	potlačení, útlum, zabránění
Intraperitoneální	uvnitř peritonea
Intravezikální	uvnitř močového měchýře
Invazivní	pronikající, vnikající
Kardiogenní	vznikající v příčinné souvislosti se srdcem
Katetrizace	cévkování
Katétr	cévka
Konkrement	kámen
Krusta	strup
Kurvatura	zakřivení
Maladaptivní	špatná adaptace
Metastáza	dceřiné ložisko
Mortalita	úmrtnost
Mydriáza	rozšíření zornice
Nauzea	nevolnost, pocit na zvracení
Neoplazie	novotvorba tkáně
Nozokomiální	nemocniční nemoc
Polytrauma	mnohočetná poranění postihující řadu orgánů lidského těla
Predispozice	skutečnost nebo stav usnadňující vznik určité poruchy
Píštěl	abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem
Rekonvalescence	zotavení z nemoci
Rezervoár	zásobárna, nádrž
Ruptura	roztržení, trhlina, prasklina
Sekret	výměšek
Subfebrilie	zvýšená tělesná teplota mezi 37 až 38 °C
Tumor	nádor

(VOKURKA, HUGO a kol., 2003)

ÚVOD

Některé handicapy jsou na lidech jasně zřetelné a my si snad dokážeme představit, jak se cítí a jak složitý musí život s postižením být nebo si aspoň myslíme, že to dokážeme. Jsou však mezi námi lidé, kteří mají handicap, jehož si ani nevšimneme, protože jde různými způsoby skrýt, zamaskovat a nemusí o něm vědět ani váš nejlepší přítel a ani nás nenapadne přemýšlet o složitosti jejich života, vždyť jsou stejní jako my...

Na celém světě je kolem 6 milionů stomiků, z toho přibližně 9 000 v naší republice (SKALA, 2010).

Stomie zasahuje do tělesného, psychického, sociálního, ekonomického i pracovního života člověka. Jedná se o oblast intimní, o které lidé velmi těžko hovoří. V současné době je k dispozici tolika pomůcek a souprav, jež ulehčí život se stomií a umožní návrat do normálního života.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje obecný úvod o vesicostomiích, zmiňuje se o anatomii a fyziologii močového ústrojí, dále popisuje příčiny vzniku vesicostomie, význam operačního zákroku vesicostomie, alternativy zdravotního výkonu, rizika zdravotního výkonu, změny a omezení zdravotní způsobilosti po provedení vesicostomie a preventivní a informační opatření. Další kapitola se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u pacientky s vesicostomií, kde je popsána předoperační příprava, pooperační péče, návčik cévkování a péče o jizvu. V další kapitole je popsán životní styl stomiků. Čtvrtá kapitola popisuje komplexní ošetrovatelský proces u pacientky s vesicostomií.

Cílem práce je přiblížení problematiky vesicostomií, popsat specifika ošetrovatelské péče u pacientky s vesicostomií, vypracování ošetrovatelského procesu u pacientky s vesicostomií, sestavit ošetrovatelský plán, realizaci, zhodnocení péče a doporučení pro praxi.

1 VESICOSTOMIE

Zakládání stomií urogenitálního traktu je indikováno při stavech spojených s hydronefrózou, což je rozšíření pánvičky a kalichů ledviny, která ohrožuje dítě poškozením funkce ledviny. Mezi další indikace patří obstrukce močových cest, píštěle, úrazové stavy a neurologická postižení (ZACHOVÁ a kol., 2010).

Existují dva principy dosažení kontinentní chlopně a dále kontinence dosahovaná prostým zúžením kontinentního stomatu – invaginační, kdy náplň rezervoáru komprimuje ze všech stran invaginovanou část výtokového kanálu a záklopková, kdy je intraluminální část výtokového kanálu uložen podslizničně.

Vesicostomie je konstruována vyšitím močového měchýře na povrch dolní poloviny břicha. Do vyústění pacient pak snadno zavede katetr a vypustí tak moč z močového měchýře. Nahrazuje tím funkci močové trubice, kdy je kontinence dosaženo pomocí chlopně ve stomatu, k jejíž konstrukci se používá přizpůsobený úsek tenkého střeva nebo appendixu a nedochází tak k nechtěnému úniku moči (ZERHAU a kol., 2000).

Vesicostomie se v pravidelných intervalech (cca 3 hodiny) cévkuje sterilním katétreem na jedno použití nebo technikou čisté intermitentní katetrizace bez nutnosti zavedení cévky přes močovou trubici. Při technice čisté intermitentní katetrizace se používá v intervalu 3 hodin katétr, který se po použití proplachuje horkou a čistou vodou a následně se skladuje suchý v hygienickém sáčku 24 hodin a poté se použije nový sterilní katétr. Tento způsob derivace moči je vhodný zejména u pacientů, kteří z různých příčin nejsou schopni dosáhnout na močovou trubici a zavést do ní katétr.

Vesicostomie umožňuje výrazně ulehčené či samostatné vylučování moči cévkováním močového měchýře přes malý vstup skrze břišní stěnu.

Vesicostomie může být dočasnou temporální derivací nebo trvalou definitivní derivací (ZACHOVÁ a kol., 2010).

1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE MOČOVÉHO ÚSTROJÍ

Vývodné cesty močové zahrnují ledvinnou pánvičku s ledvinnými kalichy, které jsou součástí ledviny, močovod, močový měchýř a močovou trubici.

HORNÍ CESTY MOČOVÉ

Ledviny

Ledviny jsou párovým orgánem ležící v dutině břišní po stranách bederních obratlů ve výši Th12 – L2. Tvarem připomínají fazoli. Ledviny jsou obklopeny perirenálním tukem, Gerotovou fascií, prarenálním tukem retroperitonea. Hlavní funkcí ledvin v organismu je očištění krve od odpadních látek, které se v ní hromadí (draslík, močovina,...). Tyto látky vylučujeme spolu s přebytečnou vodou v podobě moči. Tak ledviny regulují i množství vody v těle (MACEK a kol., 2011).

Základní stavební a funkční jednotka ledvinové tkáně je nefron. Ledviny mají hlavní funkci v udržování stálého vnitřního prostředí. Udržování homeostázy vnitřního prostředí je závislé na dostatečném a přesně řízeném vylučování vody a látek, které by homeostázu mohly narušit. (MERKUNOVÁ a kol., 2008).

Vylučování se týká těchto látek:

- zbytky metabolismu a nevyužitelné zplodiny,
- látky cizorodé organismu (například léky, drogy, toxiny),
- přebytek solí, vody.

Moč

Odpadní produkty jsou z těla odstraňovány ledvinami a močovými cestami ve formě moči. Moč se tvoří v ledvinách ultrafiltrací krve. Tato primární moč je zpětným vstřebáváním vody, vylučováním metabolitů a zmenšením objemu upravována v tubulech na definitivní moč, která je sběrnými kanálky odváděna do kalichů a pánviček. Z pánviček je transportována do močového měchýře za pomoci svalové činnosti močovodů, kde se moč dočasně shromažďuje. Moč je do zevního prostředí vypuzována mikcí (močením) ve třech až šestihodinových intervalech.

Centrum pro močení je uloženo v sakrálních míšních segmentech S2 – S4 (MACEK a kol., 2010).

Za fyziologických okolností má moč světle žlutou až jantarovou barvu a je lehce aromatická. Obsahuje vodu (95%), pevné látky (močovina, ionty, fosfáty, sírany) (MERKUNOVÁ a kol., 2008).

Močovod (ureter)

Výstelku močovodu tvoří přechodný vícevrstevný epitel chráněný hlenem před vlivem kyselé moči. Je dlouhý asi 30 cm, probíhá šikmo dolů a ústí do močového měchýře. Ústí močovodu je opatřeno slizniční řasou, která brání zpětnému odtoku moči (MACEK a kol., 2010).

DOLNÍ CESTY MOČOVÉ

Močový měchýř (vesica urinaria)

Leží v malé pánvi za stydkou sponou. Jeho fyziologická kapacita je 200 ml, maximální 800 ml. Nucení na močení se dostaví při náplni 250 ml. U žen močový měchýř naléhá na krček děložní a pochvu, u muže na konečník a částečně na prostatu. Střední část močového měchýře je tvořena hladkou svalovinou (MACEK a kol., 2010).

Močová trubice (uretra)

Ženská močová trubice měří asi 4 cm. Vychází z močového měchýře a směřuje šikmo dolů a vpřed. Zevní ústí je uloženo v předsíni poševní mezi malými stydkými pysky.

U mužů je močová trubice podstatně delší, asi 20 cm a má esovitý průběh. Vystupuje z močového měchýře, prochází prostatou, svaly pánevního dna, houbovým tělesem pyje a ústí na žaludu pyje. Močová trubice mužů slouží současně jako vývodná cesta pohlavní (MERKUNOVÁ a kol., 2008).

1.2 PŘÍČINY VZNIKU VESICOSTOMIE

O derivaci moči hovoříme, je-li moč odváděna z těla jinými, než přirozenými cestami. V dnešní době je možno použít celou řadu zevních i vnitřních katetrů nebo je nutné provést chirurgickou úpravu močových cest. Nejčastějšími vývojovými vadami jsou vady na močovém ústrojí, velká část indikací se týká právě této oblasti.

Vrozené malformace močového systému

U dětí je to například hydronefróza, což je rozšíření pánvičky a kalichů ledviny, která ohrožuje dítě poškozením funkce ledviny a aby nedošlo k poškození tkáně a tedy i funkce ledvin, je třeba moč vyvést nad touto překážkou. Mezi příčiny hydronefrózy patří močový kámen zaklíněný v močovodu, zúžení močové trubice, zvětšení prostaty, rakovina močového měchýře.

Spina bifida

Rozštěp páteře, kdy nejsou uzavřeny obratlové oblouky a mícha se svými obaly vystupuje ven z páteřního kanálu. Příčina této vrozené vývojové vady není známá. K poruše dochází v průběhu vývoje v děloze matky, proto se usuzuje, že základ této vady je genetických predispozicích. Léčba vždy záleží na rozsahu a formě postižení.

Exstrofie, ectopie močového měchýře

Tato vada je charakterizovaná defektem svaloviny a kožního krytu dolní poloviny břišní, rozštěpem močového měchýře a uretry. Nejmírnější formou je výskyt senilní epispadie, nejtěžší formou je kloakální exstrofie, což je společný vývod močových cest a rekta. Incidence vady je jedna na několik desítek tisíc porodů a je asi pětkrát častější u chlapců. Léčba exstrofie močového měchýře je chirurgická a smyslem léčby je rekonstrukce močových cest, pánve a dosažení močové kontinence (MACEK a kol. 2011; MICHALSKÝ a kol., 2011).

Nádorové onemocnění močového měchýře

Nádory urogenitálního systému patří k nejzávažnějším onemocněním v urologii. Ročně je v České republice hlášeno okolo 10 000 nových zhoubných nádorů. Zhoubné nádory močového ústrojí postihují častěji muže a to nad 65 let. Karcinom močového měchýře je u mužů druhým nejčastějším nádorem urogenitálního ústrojí. Incidence se mírně zvyšuje, mortalita se nepatrně snižuje vlivem včasného zachytu a úspěchů léčby. Karcinom močového měchýře je nejčastěji v trigonu a na bázi měchýře a metastazuje do lymfatických uzlin v malé pánvi. Vzdálené metastázy jsou v kostech, játrech, mozku a plicích. Mezi rizikové faktory vzniku karcinomu patří kouření, chronická cystitida

Poranění ledvin a močových cest

Ledviny a močové cesty jsou dobře chráněny svým uložením v retroperitoneu. Síly, které vedou k poranění, musí být tedy značné. Poranění močového systému je obvykle sdruženo s poraněním parenchymatózních orgánů dutiny břišní (pravá ledvina – játra, levá ledvina – slezina).

Poranění ledvin mohou být otevřená a zavřená. Otevřená neboli penetrující poranění mohou být způsobena bodnutím do bederní krajiny nebo při střelném poranění. Zavřená poranění vznikají přímým mechanismem tupým nárazem na překážku nebo kompresí trupu. Nepřímým mechanismem může být pád z výšky.

Poranění močovodu je v dnešní době vzácné, ale teoreticky je možné při střelném a bodném poranění nebo v rámci polytraumatu. Většina traumat uretru je dnes způsobena iatrogenně – při ureteroskopii, extrakci konkrementu, hysterektomii.

Poranění močového měchýře vzniká nepřímým nárazem na dolní polovinu břicha a může dojít i k roztržení stěny močového měchýře. Dle umístění trhliny dělíme ruptury na intraperitoneální, kdy se moč vylije do peritoneální dutiny a extraperitoneální, kdy moč proniká do perivezikálních prostor (MACEK a kol. 2011).

1.3 VYŠETŘOVACÍ METODY PŘED PROVEDENÍM

VESICOSTOMIE

Výběr nemocných, u nichž je po tomto rekonstrukčním výkonu předpoklad pro zlepšení kvality života podléhá přísným kritériím. Výsledný stav musí být například přizpůsoben mentálním možnostem pacienta, z důvodu čisté intermitentní katetrizace v pravidelných intervalech, dalšími faktory jsou dobrý fyzický stav, funkce ledvin, věk, kdy v předškolním věku není inkontinentní stoma tak tíživým problémem, než u dětí s nástupem puberty, kteří přichází do kolektivu. Předoperační vyšetření zahrnují ultrasonografické a funkční vyšetření horních močových cest, endoskopické vyšetření dolních močových cest a urodynamické vyšetření.

VYŠETŘENÍ RENÁLNÍCH FUNKCÍ

Je důležitá normální hladina urey, kreatininu a kreatininové clearance. Omezením pro konstrukci kontinentní derivace je hranice kreatininu 130 – 180 $\mu\text{mol/l}$.

Funkce močovodů

Základem je posouzení ureterální peristaltiky. Nejběžnějším vyšetřením peristaltiky močovodu je ultrazvukové vyšetření.

Funkční stav měchýře a uretry

Na základě vyšetření funkce močového měchýře vést léčbě těmito způsoby:

- hyperreflexní detruzor ovlivnitelný farmakologicky s normální compliance – zde není třeba další léčby kromě eventuální intermitentní katetrizace,
- hyperreflexní detruzor s nízkou compliance – chirurgický zákrok, který umožní odtok moči (vezikostomie, sfinkterotomie), augmentační plastika močového měchýře,
- areflexie detruzoru s nízkou compliance – zde se vytváří nízkotlakový rezervoár (ZERHAU, 2000).

ULTRASONOGRAFICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY

Ultrasonografie ledvin

Ledvinu vyšetřujeme v poloze na boku s podloženou kontralaterální bederní krajinou. Všímáme si odchylek, velikosti a tvaru ledviny, charakteru a tloušťky parenchymu. V parenchymu můžeme zobrazit cysty nebo tumory a stanovit jejich velikost, rozsah a šíření.

Ultrasonografie močového měchýře

Močový měchýř lze vyšetřit transabdominálně nebo endosonograficky transureterálně. Při transabdominálním vyšetření pacient zaujímá polohu na zádech a musí mít naplněný močový měchýř. Všímáme si nepravidelnosti stěny a případných tumorů. Transureterální endosonografie je používána k posouzení hloubky infiltrace nádoru do stěny měchýře (DVOŘÁČEK, 2000).

RENTGENOLOGICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY

Urografie

Je rentgenologická metoda spočívající v zobrazení močových cest pomocí parenterálně podané kontrastní látky, která má nefrotropní vlastnosti. Jako kontrastní látky se používají tetrajodové preparáty, které mají nízký výskyt alergických komplikací a poskytují kvalitní obraz.

Cystografie

Rentgenologická metoda sloužící ke znázornění močového měchýře kontrastní látkou, která je do měchýře aplikována ureterálním katétrem (DVOŘÁČEK, 2000).

Renální arteriografie

Rentgenologická metoda, která slouží ke znázornění renálního řečiště při úrazech ledviny, před plánovanou resekci ledviny. Při tomto vyšetření se aplikuje tlakovou pumpou kontrastní látka pomocí Seldingerova katétru zavedeného přes femorální tepnu do renální arterie.

Počítačová tomografie

Metoda, která je založena na digitálním zpracování rentgenového obrazu. Počítačová tomografie vytváří kvalitní substituční obraz. Nemocný 30 minut před vyšetřením vypije asi 400 ml 2 – 3 % vodního roztoku jodové kontrastní látky a stejné množství i před vyšetřením. Při vyšetření malé pánve je vhodné podat kontrastní látku per rektum nebo cévkou do močového měchýře (DVOŘÁČEK, 2000).

URODYNAMICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY

Urodynamika je pododbor urologie, která se zabývá zákonitostmi a poruchami transportu moče. Klinický efekt urodynamického vyšetření se zatím projevuje spíše na dolních cestách močových a týká se pacientů s poruchami vyprazdňování močového měchýře a nemocných s močovou inkontinencí.

Pro správnost urodynamického posouzení stavu je na začátku nutné zjistit přesnou anamnézu a vycházet ze základních urologických a biochemických vyšetření.

Důležitou součástí urodynamického vyšetření je vyšetření klinické, se zhodnocením perineoanálních a bulbokavernózních reflexů, pečlivého neurologického vyšetření a instrumentální a rentgenologické vyšetření dolních cest močových. Dále se stanovuje močové reziduum (palpačně, poklepem, katétrem, ultrasonograficky. Mezi urodynamické vyšetřovací metody dolních cest močových řadíme například cystometrii, měření intraabdominálního tlaku, uroflowmetrii. Mezi urodynamické vyšetřovací metody horních cest močových řadíme například farmakourografii, ultrasonografii s následným podáním diuretika, tlakově-průtokovou zkoušku neboli Withakerův test (MICHALSKÝ a kol., 2011).

1.4 POVAHA OPERAČNÍHO VÝKONU

Operace je řízený fyzický zásah do těla pacienta.

Nejčastěji používané rezervoáry

Ileální rezervoár (Kock pouch) – je vytvořen z 60 – 70 cm dlouhého segmentu ilea, které je izolované na mezenteriální stopce 30 – 50 cm od Bauhinské chlopně. Střední část segmentu je detubulizována. Z okrajových částí jsou vytvořeny invaginační chlopně pro kontinentní stoma a antirefluxní napojení močovodů.

Ileocekální rezervoár (Mainz pouch) – je konstruován z detubulizovaného céka, colon ascendes, kličky terminálního ilea, které jsou meandrovitě vsíté do kolonické části. Jako kontinentní stoma je užíván appendix (Mitrofanoffův princip).

Ileocekální rezervoár (Le Bag) - zde se používá kratší klička ilea, která je vsítá jako jednoduchá inkluze do podélně rozpoloceného céka.

Cékoileální rezervoár (Indiana pouch) – Toto cékum zajišťuje nízkotlakost. Kontinentní stoma je zhotoveno z části terminálního ilea, zúženého podélným řasením, čímž je zesílen kontinentní mechanismus.

Penn pouch – kdy je appendix oddělen od céka a znovu implantován submukózně, cekální částí do kůže.

Gastric pouch – rezervoár z části žaludku, kdy se použije klínový resektát z velké kurvatury. Jako kontinentní stoma je využita distální část jednoho z uretrů, který je zanořen submukózně ve stěně rezervoáru a vyveden do podbřišku.

Derivační operace mají své opodstatnění všude, kde z důvodu nádoru, zánětu, vrozené vývojové vady, neurogenní poruchy nebo úrazu vznikla překážka v močových cestách, která způsobuje závažnou urodynamickou poruchu. Operační léčbu dysfunkcí močového měchýře je možné dělit z mnoha hledisek. Od zákroků jednodušších po složitější, otevřené, s použitím střeva nebo bez.

Vesicostomie je trvalou definitivní inkontinentní derivací (ZERHAU, 2000).

Princip operace spočívá v otevření dutiny břišní a otevření močového měchýře. Do vzniklého defektu močového měchýře je vsita vstřebatelným šicím materiálem záplata, která je konstruována z upraveného appendixu dle Mitrofanoffa nebo z části ilea dle Mráze. Vzniklá stomata jsou cévkovatelná a v potřebných intervalech umožňují vyprázdnění močového měchýře pomocí zasunuté cévky. Vytvořená chlopeň v měchýřové části stomatu zabraňuje úniku moči v době mezi cévkováním. Po vytažení cévky je stoma suché (ZACHOVÁ a kol. 2010).

Cílem je zlepšit kvalitu života nemocného. Snadná dostupnost ústí stomatu umožňuje dokonalou sebepečí a nezávislost na druhé osobě, což má také vliv na psychosociální vývoj dětí v období dospívání.

Tento způsob derivace moči umožňuje snadné zavádění katetru do močového měchýře, bez nutnosti svlékání spodního prádla. Jelikož segment trávicí trubice, který byl použitý ke zvětšení kapacity močového měchýře není schopen aktivního stahu jako původní tkáň měchýře, musejí nemocní močit takzvaným břišním lisem, neboli tlačáním břichem. U nemocných s postižením míšním a neurologickým není možné spontánní močení vůbec, proto tyto pacienti provádí čistou intermitentní katetrizaci, kdy se cévkují sami v pravidelných časových intervalech 2 – 3 hodiny. U této skupiny nemocných je nezbytná dobrá fyzická a psychická způsobilost (MICHALSKÝ a kol., 2011).

Výběr střevního segmentu

V současné době se používají téměř všechny části trávicího traktu. Výběr samozřejmě záleží na stavu pacienta, ledvinných funkcích, typu zamýšleného zákroku a na předešlých operačních zákrocích.

Ileum je mobilní a malého průměru s dobrým krevním zásobením. Jeho větší resekce může vést k nutričním problémům – maloabsorpce tuků, porucha resorpce vitamínu B12, porucha reabsorpce solí žlučových kyselin.

Colon vyžaduje u dospělých větší mobilizaci, u dětí tento problém není. Vzhledem k většímu průměru bývá často používán k náhradě větší části měchýře.

Žaludek je v posledních letech využíván u dětí. Jeho výhodou je menší propustnost pro látky rozpuštěné v moči, menší produkce hlenu, menší pravděpodobnost uroinfekce.

Jejunum není využíváno kvůli následným častým elektrolytovým poruchám (ZERHAU, 2000).

1.5 RIZIKA ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

Pooperační komplikace jsou stavy vznikající v souvislosti s operací nebo s anestezií a narušují normální pooperační průběh.

Časné pooperační komplikace vznikají do 2 nebo do 24 hodin po operaci.

Většina komplikací vzniká již na operačním sále a vyžadují okamžitou léčbu:

- poruchy dýchání – porucha průchodnosti dýchacích cest, laryngospasmus, plicní komplikace (hemothorax, plicní embolie, CHOPN, astma bronchiale), dekompenzace nervosvalového onemocnění,
- poruchy kardiovaskulární – hypotenze, hypertenze, poruchy srdečního rytmu, kardiogenní šok, IM,
- poruchy vědomí – zpomalené zotavení z celkové anestezie, psychomotorický neklid,
- pooperační nauzea a zvracení – nebezpečí aspirace,
- pozdní krvácení,
- centrální anticholinergní syndrom – inhibice cholinergních receptorů, mydriáza, rush v obličeji, poruchy srdečního rytmu.

Mezi prevence časných pooperačních komplikací řadíme šetrnou operační techniku, dostatečně odezňelou anestezii s návratem obraných reflexů, správně vedenou perioperační péči.

Pozdní pooperační komplikace nastávají v následujících dnech po operaci (obvykle 4. – 5. den) a řadíme sem:

- subfebrilii, febrilii,
- kardiovaskulární poruchy,
- poruchy krvácení, GIT,
- komplikace z operační rány,
- komplikace ze zavedených invazivních vstupů a nozokomiální infekce,
- alergické reakce (JEDLIČKOVÁ a kol., 2012).

Mezi prevence pozdních pooperačních komplikací řadíme operovat nemocné v co nejlepší kondici, časnou mobilizaci a rehabilitaci.

Mezi komplikace zdravotního výkonu vesicostomie patří:

- možnost krvácení v průběhu operace,
- žaludeční potíže,
- střevní neprůchodnost,
- píštěle,
- v pooperačním průběhu dočasné prosakování moče,
- nedostatek vitamínu B12.

Ruptura močového měchýře je akutní příhodou, která vyžaduje rychlý operační zákrok. Dále může dojít ke vzniku močových kamenů, protože střevní stěna produkuje hleny a ty se v moči vyskytují jako přirozený jev a ne jako komplikace. Léčba těchto pooperačních komplikací záleží vždy na příčině (JEDLIČKOVÁ a kol., 2012).

Mezi metabolické a neuromechanické problémy při použití střevního segmentu patří:

- hypokalemie,
- hyponatromie,
- acidóza,
- hypokalemická metabolická alkalóza,
- hyperchloremická metabolická acidóza,
- osteomalácie,
- infekce (asymptomatická bakteriurie),
- konrementy (složeny z kalcia, hořčíku, amoniumfosfátu),
- hyperkalciurie,
- alkalická moč,
- nutriční problémy,
- neoplázie (ZERHAU, 2000).

1.6 ALTERNATIVY ZDRAVOTNÍHO VÝKONU, JEJICH VHODNOST A PŘÍNOS

Mezi alternativní postupy patří autoaugmentace, kdy ke zvětšení kapacity měchýře není použita část trávicí trubice, ale je snesen úsek měchýřové svaloviny a ponechána sliznice, která vytvoří výchlípku o větším objemu. Tato stomie nevyžaduje stálé nošení urostomických sáčků. Cílem je zvětšení kapacity a současné snížení měchýřového tlaku. Jako indikační kritérium se uvádí také tlak detruzoru, přesahující 40 cm H₂O. Velikost cystoplastikou zvětšeného měchýře by měla umožnit dostatečnou kapacitu pro vyprazdňování v přijatelných intervalech (4 hodiny) (ZERHAU, 2000).

1.7 LÉČEBNÝ REŽIM

Vlastní předoperační příprava zahrnuje vyprázdnění střev a intravenózní podání antibiotik v rámci prevence vzniku infekce. Výkon se provádí v celkové anestezii.

Pacient po operaci musí být pravidelně sledován. Pacienti jsou zaškoleni jak správně provádět cévkování, o dostatečné hygieně rukou.

Urodynamické vyšetření kontroluje dostatečnou kapacitu a požadovaný nízký tlak v měchýři. Téměř každý pacient po této operaci má trvale v moči přítomny bakterie. Ty však dodržováním správného režimu močení a hygienických zásad nevyvolávají záněty. Kultivační vyšetření moče odhaluje přítomnost bakterií a umožňuje jejich cílenou léčbu, která snižuje riziko poškození ledvin. Ultrazvuk a biochemická vyšetření kontrolují funkční stav ledvin, vnitřního prostředí a umožňují jejich správnou farmakoterapii, pitným a dietním režimem.

U stomiků je otázka složení stravy zásadní z hlediska nekomplikovaného hojení ran a peristomálních kožních defektů. Pro hojení ran jsou vhodné bílkoviny, vitamíny a zinek. Dietní schéma u urostomiků se odvíjí od schématu postupné realimentace po operačním výkonu. V prvních 6 – 8 týdnech po operaci je vhodná bezsezbytková strava. Doporučuje se vyřadit potraviny, které obsahují nerozpustnou vlákninu, což jsou například celozrné výrobky, luštěniny, uzeniny, tučná masa, nezralé ovoce, dráždivé koření, nadýmavou zeleninu.

Po období rekonvalescence se bezsezbovková strava nahrazuje dietou šetřící. Šetřící dieta se vyznačuje chemickou, mechanickou a tepelnou šetrností a je energeticky a biologicky plnohodnotná. Je vhodné jíst v malých porcích a často, nejlépe ve 2 – 3 hodinových intervalech a vyvarovat se konzumaci pokrmů pozdě večer. Vhodné je vaření, dušení, pečení, ale maso by se mělo podlévat vývary nebo vodou. Pokrmy by se měly zahušťovat na sucho opraženou moukou, bešamelem, strouhaným bramborem a obilovinami. Máslo a olivové oleje by se měli přidávat až do hotových jídel. Velmi důležité je dodržovat pitný režim (ZACHOVÁ a kol., 2010).

1.8 ZMĚNY A OMEZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI PO PROVEDENÍ VESICOSTOMIE

Ve fázi onemocnění mají lidé možnost aktivně se adaptovat, což znamená přizpůsobit si okolnosti pro založení vesicostomie. Při prožívání nemoci má zásadní slovo věk. Jinak vnímá onemocnění dítě, jinak dospělý. Většina lidí vnímá onemocnění jako negativní zkušenost a ne všichni jsou schopni se adaptovat. Po operaci je důležitý nácvik cévkování. Je důležité, aby se pacienti přizpůbili domácímu prostředí a zvládali každodenní péči. Poprvé se sami ošetřují, objednávají si pomůcky, probíhají první intimní kontakty.

Samotná operace nemusí znamenat změnu pracovní způsobilosti oproti pacientova stavu před operací, naopak celková způsobilost je mnohdy změněna ještě před operací (VVV, onemocnění páteře). Pokud je pacient po operaci schopen vymočením vyprázdnit obsah celého močového měchýře, tak celková rekonvalescence trvá 2 – 4 týdny. Délka rekonvalescence a pracovní neschopnosti závisí na zručnosti pacienta a na náročnosti povolání.

Kvalita života stomiků je pro některé závislá na zpětném zařazení do společnosti a vykonávat svoji původní profesi bez omezení. Je nutné dodržovat doporučené podmínky spojené se skladováním, transportem pomůcek a způsoby aplikace pomůcek. Tyto parametry se mohou ovlivňovat stomika jak pozitivně, tak negativně a ovlivnit tím kvalitu jeho života (ZACHOVÁ a kol., 2010).

1.9 PREVENTIVNÍ A INFORMAČNÍ OPATŘENÍ

Operační léčba dysfunkcí močových cest zahrnuje velké množství zákroků, od jednoduchých, až po složité. Některé jsou díky vývoji a dalším studiím opouštěny, jiné zdokonalovány. Obecným trendem je prevence poškození močového traktu a celého organismu následkem vrozených nebo získaných dysfunkcí (ZERHAU, 2000).

Prevence je definována jakou soustavou opatření, která mají předcházet nějakému nežádoucímu jevu, jako je například nemoc násilí, konflikt, ekologická katastrofa. Má přispívat k trvale udržitelnému rozvoji lidstva a života. Podstatou prevence je představa, že aktivním ovlivňováním rizikových faktorů bude možné snížit výskyt nemocí. Je to ucelený proces, který zahrnuje péči o sebe sama a o své zdraví.

Podle charakteru se prevence dělí na primární, sekundární a terciální.

1.9.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE

Je zaměřena na zdravý životní styl a dodržování bezpečnostních pravidel bránících vzniku úrazů a nehod.

V rámci prevence vzniku vrozených vývojových vad u dítěte by žena před plánovaným těhotenstvím měla:

- navštívit lékaře tři měsíce před plánovaným těhotenstvím,
- je důležité jíst správnou a rozmanitou stravu (maso, ryby, zeleninu, ovoce,...),
- vyvarovat se požívání alkoholických nápojů v průběhu těhotenství,
- včas se chránit očkováním, pravidelně navštěvovat lékaře,
- nekouřit v průběhu těhotenství - kouření omezuje vývoj dítěte, snižuje porodní váhu, vyvolává náchylnost k onemocnění v prvních týdnech života,
- navštívit genetickou poradnu – je nutná u matky nad 35 let, má-li některý z partnerů v rodinné anamnéze genetický defekt a kdy matka porodila mrtvé dítě nebo prodělala potrat,
- léky, které byly předepsané před těhotenstvím užívat po konzultaci s lékařem,
- vyhnout se RTG záření a infekčním chorobám (MACHOVÁ a kol., 2009).

MOŽNOSTI VYŠETŘENÍ V PRENATÁLNÍM OBDOBÍ

Prenatální diagnostika představuje soubor metod a postupů, které se využívají k diagnostice u ještě nenarozeného dítěte.

NEINVAZIVNÍ PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Vyšetření biochemických markerů

Odběr krve matky se provádí po 16. ukončeném gestačním týdnu, jde o takzvaný triple test, kdy se v mateřském séru vyšetřují hladiny AFP, hCG, uE. Zvýšené hodnoty AFP signalizují vrozené vady plodu nekrytých kůží – například rozštěp páteře, snížená hodnota AFP a zvýšená hodnota hCG signalizuje u plodu Downův syndrom. uE signalizuje celkové riziko těhotenství.

Ultrazvukové vyšetření

Patří do standardní péče o těhotné ženy. Provádí se v 6., 13., 20. a 32. týdnu gravidity. Umožňuje diagnostikovat u plodu například rozštěpy páteře, vady ledvin, srdeční vady, poruchy vývoje hlavy.

INVAZIVNÍ PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Amniocentéza

Nejběžnější invazivní metoda využívaná v rámci prenatální diagnostiky, při které je transabdominálně odebráno malé množství amniové tekutiny. Slouží k odhalení některých závažných vrozených vývojových vad nebo onemocnění plodu. Vyšetření se provádí do 24. týdne těhotenství. Odběr se provádí ambulantně, kdy žena leží na zádech a lékař nejprve UZ vyšetřením určí polohu plodu a placenty, poté odezinfikuje zvolené místo na kůži a za stálé kontroly UZ provede tenkou jehlou vpich. Z amniové dutiny nasaje 20 ml plodové vody. Vyšetření je subjektivně popisováno jako nepříjemné, ale nebolestivé (ROB a kol., 2009).

Indikace pro odběr aminocentézy jsou například:

- abnormální ultrazvukový nález, při jiném typu vyšetření během gravidity,
- věková indikace - genetická konzultace doporučena těhotným ženám nad 35 let,
- dědičná onemocnění v rodině a opakované potraty (ROB a kol., 2009).

1.9.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

V sekundární prevenci je podstatou včasná diagnostika vedoucí k zabránění progresu nebo k vyléčení asymptomatického nebo časného stádia vývoje nemoci. Zahrnuje preventivní prohlídky, jejichž smyslem je odhalení raných stádií nemocí už v jejich začátku. Zaměřuje se na genetické vady nebo ohrožující sociální prostředí. K metodám sekundární prevence patří včasná detekce onemocnění i preventivní prohlídky. Dále zahrnuje prohlídky gynekologické, stomatologické, mamologické.

1.9.3 TERCIÁLNÍ PREVENCE

Tento druh prevence je zaměřen na pacienty v rozvinutém stádiu onemocnění. Zaměřuje se na prevenci následků nemocí, handicapů a dysfunkcí a vad, které by mohly vést k invalidizaci a imobilitě.

Cílem této prevence je maximální socializace jedince, omezení progresu onemocnění, zabránění vzniku postižení, ztráty soběstačnosti. Součástí je léčba, udržení kvality života pacienta (MACHOVÁ a kol., 2009).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTKY S VESICOSTOMIÍ

Specifika jsou rozdělena na předoperační přípravu, pooperační péči, postupy a techniky u ošetřování vesicostomie, nácvik cévkování, péči o jizvu.

2.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Každá operace je nefyziologický zásah, na který organizmus reaguje jak v době před operací, tak i po operaci.

PERIOPERAČNÍ OBDOBÍ ZAHRNUJE TŘI FÁZE:

- **předoperační fáze** - začíná rozhodnutím pro chirurgický výkon a končí převozem pacienta na operační sál,
- **intraoperační fáze** – začíná uložením pacienta na operační stůl a končí přijetím pacienta na pooperační ošetrovací jednotku,
- **pooperační fáze** – období po operaci, začíná přijetím pacienta na jednotku intenzivní péče/pooperační pokoj a končí až po kompletním zotavení z operace.

Běžná předoperační příprava zahrnuje základní laboratorní a zobrazovací vyšetření, jako RTG srdce, plic, krevní obraz, vyšetření krevní skupiny tam, kde předpokládáme krevní náhrady, biochemické vyšetření, hematologické vyšetření. Biochemické vyšetření moče slouží k odhalení infekce, mikroskopické hematurie, či glykosurie.

Speciální příprava spočívá v mechanické očištění střeva, kdy algoritmus vyprázdnění střeva je do určité míry závislý na zvyku oddělení. V dnešní době se provádí ortográdně perorálním podáním osmoticko-koloidního roztoku, jako je například Fortrans nebo podáním nálevu. K prevenci tromboembolické nemoci se provádí miniheparinizace a bandáže dolních končetin (JEDLIČKOVÁ a kol., 2012).

ANESTEZIOLOGICKÁ PŘÍPRAVA

Probíhá v anesteziologické ambulanci. Anesteziolog zhodnotí stav pacienta, výsledky a závěr interní přípravy, stanoví anesteziologické riziko, seznámí pacienta s typem a postupem anestezie, doplní anesteziologické ordinace před výkonem, naordinuje premedikaci. Anesteziolog se zajímá o současný stav kardiovaskulárního a dýchacího systému, CNS, diabetu, funkci ledvin a jater, stav chrupu, snášenlivost předchozí anestezie, alergie, návyky na léky, alkohol, cigarety, zváží účinky a podání pravidelné medikace.

PRE-PREMEDIKACE

Podává večer před operací, cílem je klidné prožití noci bez stresujících reakcí (hypnotika, antidepresiva, analgetika). Premedikace se podává v den operace před celkovou i místní anestézií (JEDLIČKOVÁ a kol., 2012).

Konstrukce kontinentního stomatu je složitá operace, která vyžaduje náročnou předoperační a pooperační péči. Také jsou kladeny nároky na zdravotnický personál, který se podílí na psychické a stomatické přípravě pacienta.

Před operací musí být pacient informován lékařem, ale i stomasestrou. Na základě informací pacient podepisuje souhlas s danou operací. Předoperační práce stomasestry spočívá v psychické podpoře, zdůraznění nutnosti operace, seznámení se stomií i s vhodnými pomůckami. Důležitou součástí je vyznačení místa stomie nesmyvatelnou barvou, protože nesprávné umístění stomie by mohlo způsobit problémy s jejím ošetřováním. Při hledání vhodného místa je nutné vyhnout se linii pasu, pupku, žeberním obloukům a operačním ranám (ZACHOVÁ a kol., 2010).

Všeobecná předoperační příprava je časově omezena na 24 hodin před výkonem. Řadíme sem lačnění, koupel pacienta, příprava operačního pole, zbavení ochlupení, které by mělo být prováděno těsně před výkonem a být šetrné – vzniklé drobné ranky jsou vstupní branou infekce. U žen odstranění make-upu, šperků, odlakování nehtů. Zavedení PMK dle ordinace lékaře a zvyklosti oddělení. Odložení protetických pomůcek, prevence TEN – bandáže dolních končetin, kontrola dokumentace, kontrola informovaných souhlasů, splnění všech ordinací (JEDLIČKOVÁ a kol., 2012).

2.2 POOPERAČNÍ PÉČE

Pooperační péči dělíme na bezprostřední pooperační péči, perioperační péči, přípravu na propuštění a následnou péči.

BEZPROSTŘEDNÍ POOPERAČNÍ PÉČE

Je období, kdy je pacient umístěn na jednotce intenzivní péče nebo anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Jde o období několikadenní, do stabilizace vitálních funkcí.

Základ bezprostřední pooperační péče spočívá ve sledování celkového stavu pacienta, monitoraci základních životních funkcí, sledování operační rány, stav permanentního žilního katétru, funkčnost redonů a množství sekrece za 24 hodin, sledování a monitoring bolesti. Pokračujeme v prevenci tromboembolické nemoci miniheparinizací, bandážováním dolních končetin a včasnou mobilizací. Proběhne-li operace bez komplikací, tak 10. den po výkonu následuje nácvik cévkování.

Pokud jde o pediatrického pacienta, tak v závislosti na věku dítěte může být cévkování prováděno rodičem nebo dítětem samým. U stomie sledujeme funkčnost, tvar, otok, barvu.

PERIOPERAČNÍ PÉČE

Je období hospitalizace na standartním lůžkovém oddělení do doby, než je pacient propuštěn do domácího léčení. Tato fáze závisí na době hojení operační rány a stavu pacienta. Na standartní oddělení se pacient předává po stabilizaci stavu (JEDLIČKOVÁ a kol., 2012).

Péče na tomto oddělení spočívá v pravidelných převazech, kontrole a funkčnosti stomie a nácvikem a manipulací se stomickými pomůckami.

Před propuštěním do domácího léčení je pacient seznámen se změnami životního stylu a měl by být vybaven základními stomickými pomůckami (ZACHOVÁ a kol., 2010).

Kůže jako orgán

Souvislost kůže a stomie je zásadní. Aby se zabránilo komplikacím, oba orgány musí být ve vzájemném souladu. Peristomální kůže zajišťuje fixaci stomických pomůcek. Kožní defekty v oblasti stomie mohou pro pacienty představovat traumatický jev, projevují se bolestí a psychickými změnami pacienta.

Kůže má řadu funkcí:

- chrání organismus před zevními vlivy (UV záření, mikroorganismy),
- díky kožním receptorům zprostředkovává kožní cití,
- podílí se na udržování tělesné teploty,
- je zásobárnou krve,
- má vstřebávací kapacitu,
- pod vlivem UV záření v kůži vzniká prekurzor vitamínu D3 (ZACHOVÁ a kol., 2010).

Komplikace stomií

Stomickými komplikacemi označujeme nežádoucí stav či okolnosti, které zatěžují adaptaci na nové podmínky života se stomií v časném nebo pozdním období. Dle toho je rozdělujeme na časně a pozdní komplikace.

Mezi nejčastější komplikace patří maladaptivní porucha akceptace života se stomií. Důvodem je změna tělesného vzhledu a životního stylu. Období akceptace je individuálně dlouhé (KOVAČEVIČOVÁ, 2009).

Mezi somatické stomické komplikace patří například:

- **stenóza stomie** – kdy dochází ke zúžení vývodu,
- **kontaktní iritační dermatitida**, která může vzniknout v jakémkoli období života stomika v důsledku mechanického, chemického a biologického dráždění kůže,
- **záněť** projevující se erytémem, mokváním a puchýřky,
- **stenotická stomie** je komplikací, které se dá předcházet dilatacemi za použití vazelíny nebo gelu.
- **macerace kůže** se projevuje vyblednutím kůže, zvrásněním a odlučováním povrchové kůže (MARKOVÁ a kol., 2006; ZACHOVÁ a kol., 2010).

2.3 POSTUPY A TECHNIKY U OŠETŘOVÁNÍ VESICOSTOMIE

Vesicostomie se jeví jako výhodná derivace u dilatací horních cest močových a je snadno a bezproblémově ošetřitelná. Hlavní zásadou je udržovat pokožku v oblasti stomie suchou, čistou a neporušenou. Bakteriálním rozpadem staré moče dochází vlivem vzniku amoniaku k její alkalizaci. Alkalická moč může způsobit maceraci kůže. Normální moč má kyselé pH, takže by kůži poškozovat neměla (MARKOVÁ a kol., 2006). Principy ošetřování stomie u dětí a dospělých jsou téměř shodné. Situace je složitější pouze v případě ošetřování novorozenců s nízkou porodní hmotností, kdy plocha břicha u novorozence může limitovat možnosti volby stomických pomůcek (KOTKOVÁ a kol., 2006).

KOJENCI A BATOLATA

Mají charakteristické dispozice pro zvládání náročných situací tím, že většina starostí pro ně neexistuje a změněné situace nevnímají jako nenormální. Děti mají schopnost rychlejší adaptace na životní podmínky. Pocity beznaděje, strachu z prognózy onemocnění prožívají zejména rodiče. Je nezbytně nutné, aby rodiče přijali okolnosti stomie a sami se s touto problematikou seznámili. Období adaptace může být u dětí spojeno s nespoupráci, odmítáním. Vadí jim převazy, i stomické pomůcky, proto o stomické pacienty v dětském věku pečuje zkušená sestra, která s dítětem navazuje kontakt (FENDRYCHOVÁ a kol., 2005).

OBDOBÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU

V tomto období se mohou objevit posměchy a šikana ze strany spolužáků. Děti se stomií pak mají strach z prozrazení jejich potíží a mají tendenci se izolovat.

PREPUBERTA A PUBERTA

Toto je období, kdy se situace může vyhrotit až do depresivních stavů, také s potížemi navazovat kontakty a vztahy, zejména opačným pohlavím. Starší děti uvítají podporu jiného dítěte se stejnými problémy a potřebami. Je důležité rodiče dítěte upozornit, že stomie nebolí. Nemá totiž nervová zakončení. Samozřejmě v pooperačním období může vykazovat známky určitého diskomfortu, bolesti, proto dítě dostává analgetika, ale musíme si uvědomit, že se jedná o operační ránu, která samozřejmě bolí, ale pouze do doby zhojení (BOSÁKOVÁ, 2005).

NÁCVIK CÉVKOVÁNÍ PROVÁDÍME TAKTO:

- příprava vhodného prostředí – intimní prostor, dostatečné osvětlení, přiměřená teplota prostředí,
- připravíme si pomůcky – rukavice, toaletní potřeby, sterilní cévka, dezinfekční roztok, ureterální gel, nádoba na moč, zrcadlo,
- dbáme na psychiku pacienta i rodičů,
- pacienta a rodiče pacienta naučíme správné technice a vysvětlíme postup,
- upozorníme na dodržování čistoty během cévkování – pečlivé mytí rukou, aseptická manipulace s katétrem,
- pacienta během výkonu sledujeme pohledem,
- chválíme pacienta během edukace,
- poučíme rodiče i děti, v jakých časových intervalech se má cévkovat,
- zpočátku je důležité cévkování provádět každé dvě až tři hodiny, později pětkrát až šestkrát denně, protože při dlouhodobém přeplnování močového měchýře může dojít k perforaci,
- upozorníme pacienta nebo rodiče pacienta na možné příměsi hleny v moči,
- pacienta (dítě i dospělého) naučíme, jak močový měchýř proplachovat, aby nedošlo k ucpání cévky hlenem,
- v domácím prostředí se k výplachu používá fyziologický roztok nebo převařená voda (asi 50 ml),
- výplach se provádí do doby, než vytéká čirá tekutina,
- upozorníme na nutnost zvýšeného příjmu tekutin nejlépe čistou vodou, bylinkovými nedráždivými čaji, nevhodné jsou dráždivé citrusové nápoje a u dospělých pacientů nápoje s obsahem kofeinu a alkoholu,
- seznámíme rodiče i dítě, jak zacházet s použitými katétry,
- při potížích (bolesti v břiše, zúžení stomie, patologické příměsi v moči – hnis, krev, nemožnost zavést katétr, zvýšená tělesná teplota,...) je nutné se obrátit na odborného lékaře (PORRETT et al., 2005; ŠEMOROVÁ, 2002).

PÉČE O JIZVU

Ošetřování peristomální kůže musí splňovat všechny hygienické zásady a šetrné postupy. Operační rána se hojí jizvou. Jizevnatá tkáň se vlastnostmi odlišuje dle věkové kategorie pacienta, typu kůže, lokalizace jizvy. Infekce v ráně zvětšuje rozsah jizvy a zhoršuje hojení. V pooperačním období je nutné dbát na ochranu rány. Operatér po kontrole operační rány určí, kdy je možné hojící se ránu sprchovat. Sprchování působí jako šetrný způsob odstraňování crust a sekretu, ale i jako masáž.

Edukace urostomika je z hlediska hygieny specifická důsledným přístupem k ošetřování stomie. Nikdy se nesmí zapomenout na důkladnou hygienu rukou, používání pomůcek na ošetřování stomatu i samotné katetrizaci (ZACHOVÁ a kol., 2010).

Po zhojení rány a odstranění stehů (za 2 – 3 týdny) je možné jizvu promazávat mastnými prostředky. Vhodné jsou vitaminové masti, měsíčková mast, nesolené vepřové sádlo (GÚTH a kol., 2005).

Pacienti se v průběhu dalších let podrobují pravidelným nefrologickým a urologickým kontrolám. Kromě lékařského zhodnocení stavu se hodnotí stav stomie a peristomální pokožky. Sledují se hodnoty krve a moči.

U pacientů s náhradou močového měchýře, při které bylo použito střevo je nutná pravidelná kontrola ABR, vyšetření urotraktu ultrazvukem, cystografie, intravenózní urografie, urodynamická studie, scintigrafické vyšetření ledvin. (ZACHOVÁ a kol., 2010).

Je nutné dodržovat doporučené podmínky při skladování a transportu pomůcek, způsoby aplikace pomůcek, doporučenou dobu použití. Stomické pomůcky by se měly skladovat při pokojové teplotě a neměly by být vystaveny teplotním výkyvům (GLADKIJ I., 2003).

3 ŽIVOTNÍ STYL VESICOSTOMIKŮ

Nemusí být vždy skutečností, že když se člověk stane stomikem, ohrozí to jeho společenský a rodinný život.

POHYBOVÝ REŽIM V POOPERAČNÍM OBDOBÍ

Pohybový režim po celou dobu hospitalizace souvisí s prevencí pooperačních komplikací. Na začátku léčebné tělesné výchovy fyzioterapeut zhodnotí rozsah pohyblivosti v kloubech, svalovou sílu, držení těla. Podle vstupního vyšetření a zdravotního stavu stomika pak sestaví cvičební program. Fyzioterapii většina nemocných vnímá negativně z důvodu obav bolesti operační rány nebo mají strach ze sebepoškození v důsledku nesprávného pohybu. Návčik vstávání z lůžka spočívá v otočení se na bok, svěšení dolních končetin z lůžka, vzepření se o loket spodní končetiny a druhou horní končetinu. Před vstáváním z lůžka se přikládají elastické bandáže dolních končetin. Úkolem bandáží je komprimovat žilní systém, aby nedošlo k ortostatickému kolapsu, zánětu žil nebo tromboembolické příhodě. Pokud stomik zvládá stabilně sedět i stát, pokračuje se návčikem chůze. Z hlediska hojení operační rány je vhodná vzpřímená chůze a přirozený, pomalý pohyb. Cviky na posílení svalů pánevního dna je možné po dostatečném procvičení cvičit i samostatně v domácím prostředí. Před cvičením je vhodné vyprázdnit močový měchýř. V počátečních cvičeních je vhodná poloha na zádech, kdy stomik vtahuje konečník (ženy i pochvu). Cviky by se měly provádět několikrát denně. Ke cvičení jsou vhodné gymnastické míče a overbally.

VÝŽIVA A PITNÝ REŽIM

Všeobecně se doporučuje strava lehce stravitelná, mechanicky i chemicky šetrící, nenadýmající, bohatá na vitamíny a bílkoviny. Zařazením potravin s vyšším obsahem vitamínu C se ovlivní kyselost moči a snižuje množství hlenu produkovaného neovezikou (PAILOVÁ, 2008).

Urostomici by měli konzumovat zvýšené množství tekutin z důvodu zamezení rizika vzniku močové infekce. Vhodné jsou ovocné šťávy a voda. Alkoholické nápoje jsou po stabilizaci zdravotního stavu povolené (KLEINWÄCHTEROVÁ, 2007).

AKTIVNÍ ŽIVOT STOMIKŮ

Pokud by byla fyzická aktivita provozována pravidelně, není důvod s ní přestat. Pohybová aktivita má příznivý vliv na organismus člověka, na jeho psychickou a fyzickou stránku. Po uplynutí rekonvalescence, která při nekomplikovaném zdravotním stavu trvá 2 – 3 měsíce po operaci je vhodné začít s přirozeným pohybem, turistikou, jízdou na kole a plaváním. Cvičení by nemělo způsobovat bolesti a nepříjemné pocity. Škodlivě mohou působit nekoordinované pohyby.

Nevhodné jsou cviky, které přetěžují břišní oblast, například posilování, bojová umění a míčové hry (GÚTH a kol., 2005).

ZÁLIBY A CESTOVÁNÍ

Je třeba dbát na zvýšenou opatrnost při zdvihání břemen nad 3 kg. Stomici mohou bez obav řídit motorové vozidlo. Při cestování na velké vzdálenosti je nutné být připraven z hlediska stomického vybavení. Stomici rovněž mohou požádat o místo k sezení v blízkosti toalety (ZACHOVÁ a kol. 2010).

SPOLEČNĚSKÝ A RODINNÝ ŽIVOT

Doba pro zahájení sexuálního života po operaci není stanovena. Závisí na rychlosti rekonvalescence a může se pohybovat mezi 6 – 12 měsíci po chirurgickém výkonu. Zpočátku pro stomičku může být těžké se dívat na vlastní tělo v zrcadle a přijmout stomii jako součást svého těla. V důsledku tělesných změn se u žen mohou objevovat poruchy sexuální touhy, poruchy sexuálního vzrušení, dyspareunie. Ženy často volí sexuální polohy, při kterých se cítí bezpečněji.

Založení stomie není překážkou těhotenství, ani porodu, ale je vždy vhodné absolvovat genetickou konzultaci. Obvyklá doba pro těhotenství jsou dva roky od operačního výkonu. Stomičky jsou v době těhotenství v péči chirurga i stomické sestry (MULLEN et al., 2008).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S VESICOSTOMIÍ

Ošetřovatelský proces je systematická metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Cílem ošetřovatelského procesu je zhodnotit zdravotní stav pacienta, reálné a potenciální problémy péče o zdraví, stanovit plány pro splnění stanovených cílů, poskytnout ošetřovatelské intervence a zhodnotit jejich účinnost. (SYSEL a kol., 2011).

Ošetřovatelský proces byl vypracován u pacientky s deformujícími jizvami po operaci exstrofie močového měchýře, která byla hospitalizovaná od 16. 09. 2015 na klinice plastické a estetické chirurgie v Brně z důvodu přijetí ke scapularis s doplněním stydkých pysků.

Realizace ošetřovatelského plánu byla provedena v období od 20. do 22. 09. 2015. Z důvodů provedení ošetřovatelského procesu jsme si dovolili požádat o souhlas pacientky a také se souhlasem náměstkyně pro ošetřovatelskou péči NLZP jsme vypracovaly tento ošetřovatelský proces.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení	A. K.
Rodné číslo	97.....
Pohlaví	Žena
Zaměstnání	Student
Národnost	Česká
Stav	Svobodná
Datum přijetí	16. 09. 2015
Typ přijetí	Plánovaný
Oddělení:	Klinika plastické a estetické chirurgie
Ošetřující lékař	X. Y.
Datum narození	23. 07. 1997
Věk	18 let
Adresa trvalého bydliště	Čejkovice 56
Státní občanství	ČR
Čas příjmu	08:44
Účel příjmu	Terapeutický
Pojišťovna	Všeobecná zdravotní pojišťovna, 111
Datum zhodnocení	22. 09. 2015
Vzdělání	Studentka zdravotnické školy

Důvod přijetí: Pacientka přijata ke scapularis s doplněním stydkých pysků.

Medicínská diagnóza hlavní: Q647 – Jiné vrozené vady močového měchýře a močové trubice.

Vedlejší medicínské diagnózy: Vrozená vývojová vada močových cest, pánve.

VUR bilat. III. stupně, Exstrofie močového měchýře po opakovaných plastikách.

VITÁLNÍ FUNKCE ZJIŠTĚNÉ PŘI PŘÍJMU

TK	100/70 torrů
P	75/min
D	14/min
TT	36,4 °C
SpO2	96 %
Výška	170 cm
Hmotnost	55 kg
BMI	19,00 - podváha
Stav vědomí	při vědomí
KS + Rh faktor	0 Rh negativní
Pohyblivost	pohyblivá

Informační zdroje: Lékařská a sesterská dokumentace, rozhovor s pacientkou, fyzikální vyšetření sestrou.

ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: 38 let, nyní v domácnosti, zdravá, lečí se se štítnou žlázou – hypotyreóza.

Otec: zdravý, 36 let, nežije s rodinou, nestýkají se.

Sourozenci: nemá.

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Dítě z I. fyziologické gravidity, porod v termínu, spontánně hlavičkou, po narození exstrofie MM, (VVV v rodině nezjištěny, babička matky CA uretru), odvezena ze Znojma do Brna do FDN na chirurgii, po narození plastika MM, nezdařilo se. Další operace v 6 měsících bez úspěchu. V roce a půl další plastika, v 7 letech opět operace.

Hospitalizace: opakované z důvodu nezdařilých operací močového měchýře.

Úrazy: 0.

Nemoci: běžné dětské nemoci, prodělala varicella.

Transfuze: v roce 2001, bez reakce; autotransfuze asi před 20 dny.

Očkování: povinné očkování, dále očkování proti chřipce.

Operace: st.p. Reimplantaci močovodů dle Le Duca; 11/01 Neovesica ilealis ortotop, plastica colli ves. urin., reimpl. (stav po ileální náhradě močového měchýře, stav po modifikované plastice hrdla močového měchýře); 10/03 uzávěr hrdla a konstrukce kontinentního stomatu; 11/03 Appendicovesicostomia continenta, oclusio colli ves. urinae; 11/09 Umbilicoplastika (úprava pupeční jizvy), stomatologická operace asi před 2 roky pro vnořený zub.

LÉKOVÁ ANAMNÉZA

Název léku	Forma	Dávkování	Léková skupina
Ditropan	tbl	1 – 0 – 1	Spasmolytikum
Antina	tbl	0 – 0 – 1	HAK

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky: neguje.

Potraviny, chemické látky a jiné: neguje.

ABÚZY

Alkohol: neguje.

Káva: neguje.

Tabák: neguje.

Léky: žádná závislost.

Drogy: neguje.

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menarché: ve 14 letech, poslední menarché: asi 01. 09. 2015. Menstruace nyní pravidelná, díky HAK. Pacientka má při menstruaci velké bolesti, na které užívá Ibalgin tbl.. Samovyšetření prsou si nevykonává. Na gynekologické vyšetření chodí pravidelně.

Potravy a porody: 0.

Antikoncepce: Antina - 1x denně jedna tableta.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Pacientka žije v rodinném domě s matkou, babičkou a jejími dvěma syny.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Nepracující, pacientka studuje Střední zdravotnickou školu ve Znojmě.

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Ateista.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 20. 09. 2015

Popis fyzického stavu	Subjektivně	Objektivně
Hlava a krk	<i>"S hlavou a krkem nemám žádný problém"</i>	Hlava normocefalická, pohyblivá, na poklep nebolestivá. Tvář: oči – ve středním postavení, pohyblivé, spojivky růžové, skléry bílé, zorničky izokterické. Nos bez deformit a výpotku. Uši bez výtoků. Rty jsou růžové, bez ragád. Sliznice dutiny ústní je vlhká, narůžovělá. Jazyk bez povlaku, plazící ve střední čáře. Krk souměrný, krční uzliny nezvětšené.
Hrudník a dýchání	<i>„S dýcháním nemám žádné problémy“</i>	Hrudník symetrický bez deformit, AS pravidelné, dýchání čisté.
Srdce a cévní systém	<i>„Nepociťuji žádné problémy“</i>	Srdeční akce pravidelná, frekvence 62/minutu, TK 115/75torrů, DK bez otoků.
Břicho a gastrointestinální trakt	<i>„Břicho mě bolí stále, trpím průjmy, které mám někdy denně, někdy ob den. Byla jsem s tím u doktorky a ta mi dělala test na laktózu. Taky mám zjizvené břicho, kvůli tomu nenosím plavky a nikdo mě nesmí vidět při převlíkání. Dvě jizvy mám na zádech v oblasti ledvin a na břichu a v podbříšku dohromady asi 6 jizev, tak snad mi po operaci nepůjdou tak vidět, a mám ránu na lopatce..“</i>	Břicho prohmatné, bolestivé. Játra a slezina nezvětšená. Peristaltika je auskultačně přítomná. Na břichu jsou patrné jizvy po opakovaných operacích a vesicostomie. Pod lalokem je umístěn sací drén – Redonova drenáž.

Popis fyzického stavu	Subjektivně	Objektivně
Močový a pohlavní systém	<i>„Mám vývod na čůrání. Když potřebuju čůrat, tak cítím velký tlak. Na močení používám jednorázové cévky. Občas mám v moči hleny, pokud je jich hodně, tak mi mamka močový měchýř proplachuje.“</i>	Genitál ženský, tappotment je oboustraně negativní. Pacientka močí pomocí jednorázového katétru, který si zavede do ústí stomatu. Nyní v době po operaci v katetru – stomii čírá moč, bez krvácivých projevů, odpouštění ze stomie dle potřeby.
Kostra a svalový systém	<i>„S končetinami nemám žádný problém. Dřív jsem hodně chodila do fitka, ale ze cvičení mě bolelo břicho, tak jsem přestala.“</i>	Horní i dolní končetiny pohyblivé. Svalové napětí v normě. Páteř bez patologických změn, st. p. rozštěpu pánve.
Nervový systém	<i>„Dnes je 20. 09. 2015 a já jsem v na klinice plastické chirurgie.“</i>	Při vědomí. Čich a sluch bez patologie.
Endokrinní systém	<i>„S ničím se neléčím. Ale moje mamka se léčí se štítnou žlázou.“</i>	Bez známek onemocnění nebo zevních projevů endokrinních poruch.
Imunologický systém	<i>„Alergická na nic nejsem.“</i>	Alergie negativní, uzliny lymfatické nezvětšené.
Kůže a její adnexa	<i>„S kůží žádné problémy nemám, pouze mi vadí ty ošklivé jizvy. Doma si je pravidelně promazávám různými olejíčky, babička mi říkala, že je dobré i sádlo. Tady mi brali mi kůži z lopatky, tak doufám, že tam bude malá jizva. Ještě jsem ji neviděla.“</i>	Barva kůže je růžová. Okolí rtů je narůžovělé. Pokožka je čistá a hydratovaná. Vlasy dlouhé. Na břichu se nachází jizvy po opakovaných operacích. Rána po plastické operaci je sterilně kryta. Dále v oblasti lopatky se nachází rána, která je taktéž sterilně krytá. Redony jsou funkční, odvádí. Okolí je bez známek infekce.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

STRAVOVÁNÍ:

Doma: „Doma si ráda vařím jídla, jako jsou kuřecí prsa se sýrovou omáčkou, taky mám ráda kakaové kuličky s mlékem a lososa.“

V nemocnici: „V nemocnici mi vůbec moc nechutná, ale jíst musím, protože když moc nejím, cítím se slabá.“

Objektivně: Výška 170 cm, váha 56 kg – BMI (19,00) = podváha. Pacientka přijímá stravu per os. Nechutenstvím ani nauzeou netrpí.

PŘÍJEM TEKUTIN

Doma: „Za den vypiju kolem 2,5 litrů tekutin. Musím hodně pít, aby se mi pročistila moč.“

V nemocnici: „I v nemocnici musím hodně pít. Piju černý čaj a minerálky.“

Objektivně: Pacientka přijímá tekutiny per os. Kůže je hydratovaná, pacientka netrpí pocitem žízně. Příjem tekutin za 24 hodin činí asi 2500 ml.

VYLUČOVÁNÍ MOČI

Doma: „Chodím asi 5x denně. Když mě začne bolet břicho, jdu na záchod hned. Při močení žádné bolesti nemám, pouze když si zavádím hadičku, tak to trošku bolí, ale už jsem si na bolest zvykla. Dřív jsem používala nějaký gel na znecitlivění, dnes už ho nepoužívám.“

V nemocnici: „Momentálně nucení na močení necítím, protože mám ve vývodu zavedený katetr, který mi vypouští.“

Objektivně: Denní diuréza je asi 2000 ml. Pacientka se jednorázově cévkuje katétre 5 – 6x denně. Moč je tmavě žlutého zbarvení s příměsí hlenu.

VYLUČOVÁNÍ STOLICE

Doma: „Trpím průjmy. Někdy je to tak hrozný a častý, že nemůžu jít ani do školy. Byla jsem s tím u doktorky, vzali mi krev a tam nic nebylo. Jen mi řekli, že mám málo cukru.“

V nemocnici: „Tady je to zatím dobré. Žádný průjem nemám.“

Objektivně: Pacientka udává problémy s vyprazdňováním stolice. Trpí častými průjmy. Poslední stolice byla 19. 09. 2015.

SPÁNEK A BDĚNÍ

Doma: „Doma spávám asi 10 hodin a stačí mi to. Někdy chodím spát pozdě. Ráno se brzo budím a dívám se s babičkou na televizi.“

V nemocnici: „Tady také nemám problém se spaním. Večer si chvíli píšu s kamarády na telefonu a jdu spát. Pár dnů po operaci se mi špatně spalo. Měla jsem velké bolesti.“

Objektivně: Pacientka neudává problémy se spánkem.

AKTIVITA A ODPOČINEK

Doma: „Dřív jsem chodila do fitka, ale protože mě ze cvičení bolelo břicho, tak jsem musela přestat. Mám psa Káju, kočku Sašu a dva potkany – Vendulu a Čendu. Mám ráda všechny zvířata. Občas jezdím na koních v Lechovicích, ráda ležím a sleduji televizi.“

V nemocnici: „Tady nejraději sleduji televizi a nebo si píšu s kamarády na mobilu. Je tu docela nuda.“

Objektivně: Pacientka je již soběstačná, ale snaží se být opatrná při jakémkoli pohybu.

HYGIENA

Doma: „Doma se sprchuji pravidelně každý večer před spaním. Někdy, když jsem hodně unavená, tak jdu až ráno.“

V nemocnici: „Tady mi první dva dny pomáhali s hygienou. Vždy jsem si umyla vršek a místa, kam jsem dosáhla a zbytek udělaly sestřičky.“

Objektivně: Pacientka byla první tři dny odkázána na pomoc zdravotnického personálu a s hygienou potřebovala pomoci.

SAMOSTATNOST

Doma: „Doma jsem normálně plně samostatná.“

V nemocnici: „Tady mi ještě sestřičky pomáhají s hygienou, vrchní část těla si zvládnou umýt sama, ale na spodní si nedosáhnu. Taky mi pomáhají se vstáváním a doprovází na záchod, protože mají strach, aby se mi něco nestalo.“

Objektivně: Pacientka je odkázána na pomoc zdravotnického personálu. Je částečně soběstačná.

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

VĚDOMÍ

Subjektivně: „*Vnímám vše kolem sebe.*“

Objektivně: Pacientka je plně při vědomí.

ORIENTACE

Subjektivně: „*Vím, který je dnes den, i ve které jsem nemocnici.*“

Objektivně: Pacientka je orientována místem, časem, osobou i prostorem.

NÁLADA

Subjektivně: „*Náladu mám den ode dne lepší. Chodí za mnou kamarádi i rodina.*“

Objektivně: Pacientka je v dobré náladě, usmívá se a komunikuje s personálem.

PAMĚŤ - STAROPAMĚŤ

Subjektivně: „*Z dětského věku si pamatuju skoro všechno. Hlavně negativní zážitky ze školky, kdy jsem byla terčem posměchu, protože jsem musela nosit pleny.*“

Objektivně: Bohatá výbavnost zážitků.

NOVOPAMĚŤ

Subjektivně: „*Myslím, že paměť mám dobrou.*“

Objektivně: Paměť pacientky není narušena.

MYŠLENÍ

Subjektivně: „*Myslím, že myšlení mám dobré. Ráda luštím sudoku. Taky se musím hodně učit do školy.*“

Objektivně: Myšlení pacientky je logické, otázky chápe, řeč je plynulá.

TEMPERAMENT

Subjektivně: „*Občas umím vybuchnout, když mě někdo naštvě, takže asi cholerik, ale jinak si myslím, že mám dobrou povahu.*“

Objektivně: Pacientka v nemocnici působí klidně.

SEBEHODNOCENÍ

Subjektivně: „*Nerada se hodnotím, a když bych se musela hodnotit, tak spíš záporně. Nelíbí se mi, jak na tom tam dole jsem. Chtěla bych chodit na záchod normálně, takže proto ten zápor. Ale zase můžu být ráda, že je to tak, jak to je. Vždycky může být i hůř.*“

Objektivně: Pokud se neřeší pacientky problém s močením, tak působí klidně.

VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ

Subjektivně: „*Své zdraví vnímám dobře tak na půl. Pořád mám nějaké problémy. Často mám průjmy, které mě omezují, taky to močení mi vadí. A často mě bolí břicho.*“

Objektivně: Pacientka dodržuje všechna nařízení lékařů a zdravotnického personálu. Je na sebe opatrná. *Ale jak už jsem řekla, vždycky může být hůř.*“

VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Subjektivně: „*Už bych chtěla domů, nebaví mě to tady. Pomalu to utíká.*“

Objektivně: Pacientka je obeznámena se současným zdravotním stavem.

REAKCE NA ONEMOCNĚNÍ A PROŽÍVÁNÍ ONEMOCNĚNÍ

Subjektivně: „*Asi je dobře, že ten vývod mám od malička. Protože kdybych ho měla udělaný někdy teď, určitě bych se s tím dlouho vyrovnávala. Už jsem si na to zvykla.*“

Objektivně: Pacientka na své onemocnění reaguje přiměřeně.

REAKCE NA HOSPITALIZACE

Subjektivně: „*Já jsem na hospitalizace zvyklá. Už jako malá jsem trávila většinu času v nemocnici.*“

Objektivně: Pacientka hospitalizaci nenamítá. Hospitalizaci vítá, protože se těší, že nepůjdou vidět ty pro ni ošklivé jizvy.

ADAPTACE NA ONEMOCNĚNÍ

Subjektivně: „*Myslím si, že na své onemocnění jsem se zadaptovala docela dobře, asi díky tím, že to mám od malička. Nikdy sice nebudu jako ostatní dívky, ale беру to tak, že to prostě muselo být.*“

Objektivně: Pacientka je na svůj handicap zadaptovaná díky tomu, že ji provází již od mladého věku. Tvrdí ale, že nikdy si na to nezvykne úplně, protože nikdy nebude žít plnohodnotný život, jako jiné zdravé dívky.

PROJEVY JISTOTY A NEJISTOTY

Subjektivně: „Z operace jsem strach neměla, spíše jsem se těšila, že už nebudu mít ty ošklivé jizvy.“

Objektivně: Pacientka působí klidně a sebejistě.

ZKUŠENOSTI Z PŘEDCHÁZEJÍCÍCH HOSPITALIZACÍ

Subjektivně: „Hospitalizovaná jsem byla mockrát. Někde byly sestřičky hodné, na některé ale nemám hezké vzpomínky. Pamatuju si, že jednou sestřička zakázala mamce, aby mě navštívila.“

Objektivně: Pacientka má zkušenosti s hospitalizacemi.

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

KOMUNIKACE

Komunikace verbální

Subjektivně: „Jsem upovídáná a ráda si s někým povídám.“

Objektivně: Řeč pacientky je bez patologií, slovní zásoba je bohatá.

Komunikace neverbální

Subjektivně: „Máchám rukama a dělám různá gesta v obličeji, třeba když mě někdo naštvě.“

Objektivně: Pacientka při rozhovoru používala gesta, mimiku a udržovala oční kontakt.

INFORMOVANOST

Informovanost o onemocnění

Subjektivně: „Před operací mi doktoři mi vysvětlili, co všechno mi budou dělat.“

Objektivně: Pacientka byla dostatečně informovaná o postupech léčby.

Informovanost o diagnostických metodách

Subjektivně: „Já už jsem podstoupila tolik vyšetření, že mě snad žádná nepřekvapí.“

Objektivně: Pacientka byla a je informovaná o všech diagnostických metodách.

Informovanost o léčbě

Subjektivně: „Myslím, že jsem dobře informovaná. Vše mi bylo vysvětleno, a když na něco zapomenu já, tak moje mamka určitě ne.“

Objektivně: Pacientka i její matka byly informované o dalším postupu léčby.

Informovanost o délce hospitalizace

Subjektivně: „Doma mi se vším určitě budou pomáhat. Hlavně musím co nejdříve do školy, abych nezameškala moc hodin a hlavně učení.“

Objektivně: Pacientce zatím nebyl sdělen termín předběžného propuštění.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

Laboratorní vyšetření krve ze dne 16. 09. 2015: patologické hodnoty – Hemoglobin 112g/l; Hematokrit 0,329 l; Eozinofily 9,8 %.

Druh operace: Resekce jizvy na v oblasti břišní, po operaci exstrofie močového měchýře a náhrada skapulárním lalokem.

Klasifikace: 0510 Parascapularis

Epikríza: V celkové anestezii resekována plošná jizva podbřišku a nahrazena skapulárním lalokem z levé strany. Cévní stopka laloku našita na epigastica interior profunda transponovanou před sval rectus abdominis vlevo. Sutura podkožní ve dvou vrstvách a pak kovové kožní klipy z hemostatických důvodů. Pod lalok i na záda umístěny sací drény. Na zádech odběrové místo sešito lineární suturou. Operace bez komplikací.

Status localis: Plošná jizva trojúhelníkového tvaru po sutuře exstrofie močového měchýře.

KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Dieta: číslo 3 (základní, racionální).

Pohybový režim: částečně soběstačná, pohybový režim pouze po oddělení.

RHB: před operací a po operaci za pacientkou docházel fyzioterapeut. Rehabilitační cviky byly zaměřeny na správné dýchání, vstávání z lůžka a chůzi.

MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA

PER OS:

Název léku	Forma léku	Dávkování	Léková skupina
Neurol 0,25 mg	tbl.	1 – 0 – 1	Anxiolytika
Paralen 500 mg	tbl.	1 – 1 – 1	Analgetikum Antipyretikum
Dithiaden	tbl.	0 – 0 – 1	Antihistaminikum
Novalgin 500 mg	tbl.	1 – 1 – 1	Analgetikum
Maltofer	tbl.	á 12	K léčbě nedostatku železa

INTRAVENÓZNĚ:

Název léku	Dávkování	Léková skupina
Novalgin 5 ml do 100 ml FR	á 12 hod (06:00 – 18:00)	Analgetikum
Augmentin 1,2 g.	á 12 hod (06:00 – 18:00)	Antibiotikum

SUBKUTÁNNĚ

Název léku	Dávkování	Léková skupina
Fraxiparine 0,3 ml	1x /D v 17:00	Antikoagulantia

SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 20. 09. 2015

Osmnáctiletá pacientka přijata dne 16. 09. 2015 na kliniku plastické a estetické chirurgie v Brně v 08:44 k resekci jizvy na břichu po operaci exstrofie močového měchýře a náhradě skapulárním lalokem. Pacientka je hospitalizována 5. den, nyní je 3. den po operaci.

Pacientka afebrilní, oběhově stabilizována, dýchání čisté, hrdlo klidné. Má dvě operační rány. Jedna je v oblasti lopatky, druhá v podbřišku. Dnes ordinován převaz. Rány jsou klidné, obvaz čistý bez sekretu hojí se per primam.

Cítí se dobře, bolest neudává, močí stomií 5x – 6x denně, moč světlá, čirá, cévkuje se bez obtíží. Diuréza dostatečná, bilance tekutin je vyrovnaná. Břicho měkké, nebolestivé. Pacientka má zavedený PŽK v pravé horní končetině (kubitální žíla) bez patologií. Místo PŽK se denně převazuje. Drény vedou cca +10 a +20 ml/24 hodin.

Pacientka je částečně soběstačná, pohyblivost je omezena pro bolesti podbřišku a lopatky z důvodu operačních ran. S hygienickou péčí jí dopomáhá ošetřující personál. Barthelův test denních činností u pacientky vykazuje střední stupeň závislosti.

Pacientka má strach z dlouhodobé hospitalizace, těší se domů. Má obavy, že zamešká příliš učiva ve škole. Stýská se jí po matce, babičce a zvířatech.

Doporučená spolupráce s rodinou. Psychickou oporou pacientky je její rodina, často ji navštěvuje matka, babička i kamarádi.

ROZHOVOR S PACIENTKOU

Pacientku jsem požádala s prosbou o krátký rozhovor a pacientka souhlasila. Byl proveden na pokoji o samotě. Během rozhovoru pacientka hovořila klidně, bez zábran.

1. otázka: Jaké máte vzpomínky na dětství? Jsou i špatné?

Odpověď pacientky:

„Z dětství si nejvíce pamatuju pobyty v nemocnici. Ze školky mám pouze negativní vzpomínky. Všichni se mi posmívali, protože jsem musela nosit pleny. Asi nejhorší zážitek bylo to, když se děti koupaly venku ve školce na zahradě. Učitelka chtěla, ať se jdu taky koupat, ale já se nechtěla vysléct do plavek, měla jsem to tam dole nedodělaný, prostě příšerný. Měla jsem strach z dalšího posměchu, že tam dole vypadám jinak, než ostatní holky. Ale učitelka to nebrala v potaz, násilím mě vyslékla a já byla opět terčem posměchu. Dodnes nevím, proč to udělala, věděla, že mám nějaké problémy, ale nerespektovala mě. Myslela si, že děti nic nepoznají...“

Taky jsem s mamkou často jezdila na pohotovosti do Brna, měla jsem v moči kusy hlenu, byla to strašná bolest.

Ve škole už to bylo lepší, pleny už jsem nosit nemusela, měla jsem ten vývod na čůrání. Našla jsem si kamarády a taky mi tu vymezili svůj záchod, který byl pouze pro učitele a já se na něm mohla zamknout.“

2. otázka: Proč jste se rozhodla studovat zdravotnickou školu?

Odpověď pacientky:

„Dlouho jsem se rozhodovala, kam na školu. Vždycky jsem chtěla být veterinářkou, protože miluju snad všechna zvířata. Doma mám psa, dva potkany, kočku. Veterinu mi nakonec rozmluvila naše třídní a já šla na zdravotní školu. O mém problému tam ví pouze moje třídní učitelka, nikomu jinému to říct nechci.“

Jednou, když jsme se učili cévkovat, všichni začali říkat, že je to hnusný, nechutný. Bylo mi hrozně. Cítila jsem se divně. Tak jako by mluvili o mně. Ale docela mě to tam baví, i když mě to pořád táhne spíš ke zvířatům.“

3. otázka: Máte partnera?

Odpověď pacientky:

„Mám kluka, jmenuje se Honza. Dlouho jsem mu neřekla o svém problému, bála jsem se, že mě nechá. Jednou jsme se dívali na televizi a on mi řekl, že když byl malý, měl rozštěp močového měchýře. Nevím proč, ale v tu chvíli se mi jakoby ulevilo. Cítila jsem, že je ten správný okamžik, abych i já mu řekla o svém problému. Dlouho jsme si o tom povídali, o těch bolavých vyšetřeních, o urodynamických vyšetřeních a všem tom týrání, o operacích. Dokonce jsem zjistila, že ho léčil stejný pan doktor, jako mě.

4. otázka: Je přítel nějak poznamenaný tím, že měl rozštěp močového měchýře?

Odpověď pacientky:

„Honza je normální kluk, pouze od pupku dolů má dlouhou jizvu. Čůrá normálně, necévkuje se. S ním jsem zažila i svoje „poprvé“. Bylo to asi po půl roce a bylo to zvláštní, moc jsem to necítila...“.

Na závěr rozhovoru jsem pacientce poděkovala za její vstřícnost, otevřenost a upřímnost při odpovědích na dané otázky.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA DOMÉN A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. Akutní bolest (00132)
2. Narušená integrita kůže (00046)
3. Poškozená tkáňová integrita (00044)
4. Deficit sebepéče při koupání (00108)
5. Zhoršené vylučování moče vzhledem k chirurgickému zákroku močových cest z důvodu všívané vesicostomie (00016)
6. Deficit sebepéče při oblékání (00109)
7. Chronicky snížená sebeúcta z důvodu vesicostomie (00119)

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. Riziko vzniku infekce vzhledem na zavedené invazivní vstupy (00004)
2. Riziko poškození zdravotního stavu pacienta (00035)
3. Riziko deficitu tělesných tekutin z důvodu častého vyprazdňování stolice – průjem (00028)

AKTUÁLNÍ OŠETŘVATELSKÉ DIAGNÓZY

Diagnóza č. 1: AKUTNÍ BOLEST v souvislosti se vzniklou operační ránou (00132)

Doména 12: Komfort.

Třída 1: Tělesný komfort.

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z akutního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození; náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Priorita: Vysoká.

Výsledná kritéria:

- U pacientky dojde ke zmírnění bolesti.
- Pacientka dodržuje předepsaný farmakologický režim.
- Pacientka se naučí metodám, jak bolest zmírnit.

Plán intervencí:

- Proveď posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, nástupu, trvání, závažnosti (dle stupnice 0 – 10) a posuď vnímavost a reakce pacienta na bolest.
- Všeobecná sestra
- Podej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek, v případě nedostatečném účinku analgetik informuj lékaře.
- Všeobecná sestra
- Pozoruj neverbální projevy pacienta.
- Všeobecná sestra
- Zajisti pacientovi klidné prostředí, odpočinek a pečuj o pohodlí pacientky (změna polohy, aplikace tepla/chladu).
- Všeobecná sestra
- Najdi způsoby, jak bolest v různých situacích omezit – při kašli, kýčání.
- Všeobecná sestra
- Pomoz pacientovi upravit dávku léků dle jeho potřeb, aby se dávka později mohla snižovat.
- Všeobecná sestra

Realizace ze dne 20. 09. 2015

11:30 pacientka přivezena z JIP, edukována o využití numerické škály bolesti, poučena o možnosti signalizačního zařízení, cítí se dobře, bolesti neudává.

- Všeobecná sestra

12:00 pacientce podána medikace Novalgin 500 mg 1 tbl..

- Všeobecná sestra

13:00 TK: 120/70 torrů, P: 68/min, pravidelný, dobře hmatatelný, zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace.

- Všeobecná sestra

15:00 pacientka udává bolest č. 5 dle numerické škály.

- Všeobecná sestra

15:10 TK: 130/70 torrů, P: 74/min, zrychlený, zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace.

- Všeobecná sestra

17:00 pacientce podána předepsaná medikace: Paralen 500 mg 1 tbl..

- Všeobecná sestra

17:30 TK: 105/75 torrů, P: 68/min, pravidelný, dobře hmatatelný, zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace.

- Všeobecná sestra

18:00 pacientce podán Novalgin 5 ml do 100 ml fyziologického roztoku (FR) i.v. dle ordinace lékaře.

- Všeobecná sestra

18:30 pacientka se cítí dobře, bolest udává jako č. 3 dle numerické škály

- Všeobecná sestra

20:00 pacientka usíná, je klidná.

- Všeobecná sestra

24:00 pacientka spí.

- Všeobecná sestra

Realizace ze dne 21. 09. 2015

06:00 pacientce podán Novalgin 5 ml do 100 ml FR i.v. dle ordinace lékaře.

- Všeobecná sestra

06:10 TK: 130/70 torrů, P: 80/min, zrychlený, zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace.

- Všeobecná sestra

06:30 kontrola operační rány, krytí neprosakuje, rána je klidná.

- Všeobecná sestra

07:00 pacientce podána předepsaná medikace: Paralen 500 mg 1 tbl..

- Všeobecná sestra

07:40 pacientka udává bolest jako č. 4 dle numerické škály.

- Všeobecná sestra

08:00 kontrola operační rány, krytí není prosáklé, dnes bez převazu.

- Všeobecná sestra

12:00 pacientce podána medikace Novalgin 500 mg 1 tbl..

- Všeobecná sestra

13:00 TK: 120/70 torrů, P: 68/min, pravidelný, dobře hmatatelný.

- Všeobecná sestra

15:00 pacientka udává bolest jako č. 3 dle numerické škály.

- Všeobecná sestra

17:00 pacientce podána předepsaná medikace: Paralen 500 mg 1 tbl..

- Všeobecná sestra

17:30 TK: 115/70 torrů, P: 65/min, pravidelný, dobře hmatatelný.

- Všeobecná sestra

17:50 pacientka udává bolesti jako č. 5 dle numerické škály. - Všeobecná sestra
18:00 pacientce podán Novalgin 5 ml do 100 ml fyziologického roztoku i.v. dle ordinace lékaře. - Všeobecná sestra
20:00 pacientka je klidná, sleduje televizi. - Všeobecná sestra
24:00 pacientka spí. - Všeobecná sestra

Realizace ze dne 22. 09. 2015

06:00 pacientce podán Novalgin 5 ml do 100 ml FR i.v. dle ordinace lékaře. - Všeobecná sestra
06:50 TK: 115/65 torrů, P: 67/min, pravidelný, dobře hmatatelný. Zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace. - Všeobecná sestra
07:00 pacientce podána předepsaná medikace: Paralen 500 mg 1 tbl.. - Všeobecná sestra
08:00 dnes převaz dle ordinace lékaře. Rána je klidná. Redony odvádí. - Všeobecná sestra
09:00 pacientka udává bolest jako č. 2 dle numerické škály. - Všeobecná sestra
12:00 pacientce podána předepsaná medikace Novalgin 500 mg 1 tbl.. - Všeobecná sestra
12:40 pacientka je spokojená. - Všeobecná sestra
13:00 TK: 120/70 torrů, P: 68/min, pravidelný, dobře hmatatelný. - Všeobecná sestra
15:00 pacientka udává bolest jako č. 2 dle numerické škály, pouze si stěžuje, na drény, protože nemůže ležet na operovaném boku. Pacientce vysvětlena nutnost Redonových drenáží. - Všeobecná sestra
17:00 pacientce podána předepsaná medikace: Paralen 500 mg 1 tbl.. - Všeobecná sestra
18:00 pacientce podán Novalgin 5 ml do 100 ml FR i.v.. - Všeobecná sestra
20:00 pacientka se cítí dobře. Bolest udává jako č. 2 dle numerické škály. - Všeobecná sestra
22:00 pacientka spí. - Všeobecná sestra

Hodnocení dne 23. 09. 2015 (po 3 dnech):

Pacientka byla po operaci velmi statečná. Udává, že na JIP první dva dny po operaci trpěla velkými bolestmi, ale nyní už se cítí lépe. Účinek analgetik nyní hodnotí jako dostačující.

Celkové hodnocení:

- U pacientky došlo ke zmírnění bolesti.
- Pacientka dodržuje předepsaný farmakologický režim.
- Pacientka se cítí dobře.
- Fyziologické funkce pacientky jsou v normě.
- Pacientka se naučila hodnotit intenzitu bolesti.

Cíl byl splněn.

Diagnóza č. 2: NARUŠENÁ INTEGRITA KŮŽE vzhledem k narušení kožního povrchu z důvodu operační rány (00046)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana.

Třída 2: Fyzické poškození.

Definice: Změna v epidermis anebo dermis.

Priorita: Střední.

Výsledná kritéria:

- Rány se budou hojit per primam.
- Udržení optimálního tělesného stavu.
- Pacientka se aktivně účastní na preventivních opatřeních a léčebném programu.
- U pacientky se nevyskytnou kožní defekty.
- U pacientky se nevyskytne infekce.

Plán intervencí:

- Posuď stav kůže, barvu a texturu a kožního turgoru u pacientky, krevní a sensorické zásobení kůže v oblasti operační rány. - Všeobecná sestra
- Urči stav výživy pacienta. - Všeobecná sestra
- Sleduj laboratorní výsledky pacienta (KO). - Všeobecná sestra
- Prováděj pravidelné převazy operační rány s vhodným obvazovým materiálem dle ordinace lékaře. - Všeobecná sestra
- Všímej si zápachu postižené kůže. - Všeobecná sestra
- Ránu udržuj v čistotě a suchu. - Všeobecná sestra
- Dle indikace odeber vzorky z ran na kultivační vyšetření. - Všeobecná sestra
- Veď pacienta k dodržování léčebného režimu, pouč pacientku jak převazovat a čistit ránu. - Všeobecná sestra
- Zdůrazni význam správného oblečení – například volné, bavlněné. - Všeobecná sestra

Realizace ze dne 20. 09. 2015

11:30 pacientka přivezena z JIP, cítí se dobře, bolesti neudává. Krytí na zádech i nad symfýzou bez prosáknutí. Přebaz rány dle ordinace, na rány se aplikovala dezinfekce Skinsept G a sterilní krytí. V obou drénech cca 10 ml krevního sekretu.

- Všeobecná sestra

14:00 pacientka spí, ze stomie odpuštěno jednorázově 400 ml čiré moči.

- Všeobecná sestra

14:50 pacientka se cítí dobře, do Redonova drénu z lopatky přibylo 10 ml krevního sekretu.

- Všeobecná sestra

18:00 kontrola operační rány, bez prosáknutí. Pacientka se cítí dobře. Pacientce podán Augmentin 1,2 g. i.v. do 100 ml fyziologického roztoku (FR).

- Všeobecná sestra

24:00 kontrola pacientky, spí.

- Všeobecná sestra

Realizace ze dne 21. 09. 2015

06:00 pacientce podán Augmentin 1,2 g. i.v. do 100 ml FR.

- Všeobecná sestra

08:00 krytí bez prosáknutí, lalok je dobře prokrvený, Redonovy drény odvedly za posledních 12 hod 40 ml.

- Všeobecná sestra

08:30 převaz operačních ran. Na rány se aplikovala dezinfekce Skinsept G a sterilní krytí

- Všeobecná sestra

10:00 pacientka spokojená, cítí se dobře, krytí bez prosáknutí.

- Všeobecná sestra

18:00 pacientka krytí bez prosáknutí, cítí se dobře. Pacientce podán Augmentin 1,2 g. i.v. do 100 ml FR.

- Všeobecná sestra

24:00 pacientka spí.

- Všeobecná sestra

Realizace ze dne 22. 09. 2015

06:00 Pacientce podán Augmentin 1,2 g. i.v. do 100 ml FR.

- Všeobecná sestra

08:30 převaz operačních ran dle ordinace. Na rány se aplikovala dezinfekce Skinsept G a sterilní krytí.

- Všeobecná sestra

09:00 pacientka se cítí dobře, bolesti udává jako mírné.

- Všeobecná sestra

10:00 z redonu odpad 0, lalůček prokrven dobře, rány klidné.

- Všeobecná sestra

15:00 krytí bez prosáku, pacientka se cítí dobře

- Všeobecná sestra

18:00 pacientce podán Augmentin 1,2 g. i.v. do 100 ml FR.

- Všeobecná sestra

23:00 pacientka spí klidně.

- Všeobecná sestra

Hodnocení dne 23. 09. 2015 (po třech dnech):

Operační rány pacientky se hojily per primam, rány se každý den převazovaly. Na operační rány se aplikovala dezinfekce Skinsept G a sterilní krytí. Do redonu sekrece již neodtéká.

Celkové hodnocení:

- Rány se hojí per primam.
- Okolí kůže v oblasti operační rány je klidné.
- Pacientka má zajištěnou dostatečnou hydrataci.
- Pacientka se cítí dobře.

Cíl byl splněn.

Dg. č. 3: NARUŠENÁ INTEGRITA TKÁNĚ vzhledem na zavedené invazivní vstupy (Redonovy drenáže, permanentní žilní katetr) (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana.

Třída 2: Fyzické poškození.

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže nebo podkožních tkání.

Priorita: Střední.

Výsledná kritéria:

- Pacientka slovně vyjádří pochopení stavu a příčinných faktorů.
- U pacientky nevznikne infekce v místě vpichu PŽK a v místě zavedení Redonových drenáží.
- Pacientka má dostatečně vyživenou, prokrvenou a hydratovanou tkáň.
- Pacientka nepocítuje bolest nebo pocítuje bolest jako mírnou.

Plán intervencí:

- Všimni si hygienické úrovně nemocného. - Všeobecná sestra
- Denně kontroluj operační rány, Redonovy drenáže a PŽK. - Všeobecná sestra
- Při převazování ran postupuj asepticky. - Všeobecná sestra
- Prováděj pravidelné převazy PŽK. - Všeobecná sestra
- Zajisti pacientce dostatečný odpočinek. - Všeobecná sestra
- Sleduj laboratorní výsledky (KO, K+C). - Všeobecná sestra
- Pouč pacientku, jak pečovat o ránu. - Všeobecná sestra

Realizace ze dne 20. 09. 2015

- 11:00 pacientka přivezena z JIP. - Všeobecná sestra
- 11:30 kontrola PŽK, bez zarudnutí, místo vpichu je klidné. Redonovy drény odvádí čistou krev. - Všeobecná sestra
- 15:00 pacientka se cítí dobře, je spokojená. - Všeobecná sestra
- 18:00 redonovy drenáže odvedly cca 20 ml číré krve. Pacientce podán Augmentin 1,2 g. i.v. do 100 ml FR. - Všeobecná sestra

Realizace ze dne 21. 09. 2015

06:00 pacientce podán Augmentin 1,2 g. i.v. do 100 ml F - Všeobecná sestra
08:00 krytí bez prosáknutí, lalok je dobře prokrvený, Redonovy drény odvedly za posledních 12 hod 40 ml. - Všeobecná sestra
09:00 kontrola PŽK, místo vpichu klidné, bez zčervenání. - Všeobecná sestra
10:00 pacientka se cítí dobře, je spokojená. - Všeobecná sestra
18:00 krytí bez prosáknutí, pacientka se cítí dobře. Pacientce podán Augmentin 1,2 g. i.v. do 100 ml FR. - Všeobecná sestra

Realizace ze dne 22. 09. 2015

06:00 pacientce podán Augmentin 1,2 g. i.v. do 100 ml FR. - Všeobecná sestra
08:00 z Redonových drenáží odpad 0. - Všeobecná sestra
09:00 kontrola PŽK, místo vpichu klidné, bez zčervenání. - Všeobecná sestra
10:00 rány jsou klidné, lalůček je dobře prokrven. Na operační ránu i kolem zavedených redonů aplikována dezinfekce Skinsept G, poté se rány sterilně překryly. - Všeobecná sestra
18:00 krytí není prosáklé, z Redonových drenáží odpad 0. Pacientce podán Augmentin 1,2 g. i.v. do 100 ml FR. - Všeobecná sestra

Hodnocení dne 23. 09. 2015 (po třech dnech):

Pacientce se denně převazoval PŽK. Na místo vpichu se vždy aplikoval čtvereček Inadine a sterilní krytí. Místo vpichu bylo bez zarudnutí a klidné. Na operační ránu se aplikovala dezinfekce Skinsept G a sterilní krytí. Rány byly klidné, lalůček byl dobře prokrven.

Celkové hodnocení:

- Místo vpichu PŽK je klidné, bez zarudnutí a rány se hojí per primam.
- Pacientka má dostatečně vyživenou a hydratovanou tkáň.
- Pacientka pociťuje bolesti dle stupnice 0 – 10 jako číslo 3.

Cíl byl splněn.

Diagnóza č. 4: DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ (00108)

Doména: Aktivita/odpočinek.

Třída 5: Sebepéče.

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Priorita: Střední.

Výsledná kritéria:

- Pacientka provádí hygienickou péči v rámci svých možností.
- Pacientka se naučí takovým způsobům, aby zvládala péči o hygienu.
- Pacientka rozpozná své slabiny.
- Pacientka má zajištěnou pomoc při hygienické péči.

Plán intervencí:

- Vypracuj ošetrovatelský plán spolu s pacientem dle jeho individuální situace, aby se přiblížil jeho běžnému režimu. - Všeobecná sestra.
- Zajisti příslušné pomůcky. - Všeobecná sestra.
- Zajisti bezpečnost pacienta a předcházej úrazu pacienta při provádění hygienické péče. - Všeobecná sestra.
- Při úkonech hygienické péče dbej na soukromí a intimitu pacienta. - Všeobecná sestra.
- Aktivně naslouchej potřebám pacienta. - Všeobecná sestra.
- Vyjádři pacientovi podporu. - Všeobecná sestra.
- Použij slovní a motorické instrukce při provádění hygienické péče. - Všeobecná sestra.
- Umožni pacientovi zapojení se do provádění hygienické péče. - Všeobecná sestra.

Realizace ze dne 20. 09. 2015

11:30 pacientka přivezena z JIP. Hygienická péče proběhla na JIP.

- Všeobecná sestra

17:30 úprava lůžka, večerní hygienická péče u pacientky. Pacientka seznámena s možnostmi, jak se správně otáčet, posazovat. Pacientka je částečně soběstačná, vrchní část těla si zvládla omýt sama, je velmi opatrná v oblasti operačních ran. Promazání zad Aktiv gelem. Bandáže DKK.

- Všeobecná sestra

22:00 pacientka spí.

- Všeobecná sestra

Realizace ze dne 21. 09. 2015

07:00 provedena hygienická péče na lůžku, výměna povlaku na polštář. Pacientka si zvládla omýt vrchní část těla (obličej, očista dutiny ústní, hrudník, břicho). Záda, genitál a dolní končetiny byly umyty všeobecnou sestrou. Pacientce se učesaly vlasy a spletly do copu. Bandáže DKK.

- Všeobecná sestra

17:30 úprava lůžka, večerní hygiena u pacientky. Promazání zad Aktiv gelem. Bandáže DKK.

- Všeobecná sestra

22:00 pacientka spí.

- Všeobecná sestra

Realizace ze dne 22. 09. 2015

07:00 provedena hygienická péče. Pacientka již sedí na lůžku s nohama dolů. Hygienickou péči zvládá částečně. Pouze na záda a dolní končetiny si nedosáhne. Pacientce se učesaly vlasy a spletly do copu. Bandáže DKK.

- Všeobecná sestra

17:30 úprava lůžka, večerní hygiena u pacientky. Promazání zad Aktiv gelem. Bandáže DKK.

- Všeobecná sestra

23:00 pacientka spí.

- Všeobecná sestra

Hodnocení ze dne 23. 09. 2015 (po 3 dnech):

Pacientka nejevila známky zanedbané hygieny. Hygienickou péči o sebe sama zvládala s dopomocí. Po dvou dnech vyžadovala pomoc pouze s umýváním nohou a zad. V rámci rehabilitace a zlepšení deficitu sebeděče při koupání se pacientka aktivně zapojovala do hygienické péče.

Celkové hodnocení:

- Pacientka má při hygienické péči zajištěn dostatek soukromí.
- Pacientka nejeví známky zanedbané hygienické péče má zajištěnou pomoc.
- Pacientka provádí hygienickou péči o sebe sama v rámci svých možností.
- Pacientka je klidná, spokojená.

Cíl byl splněn.

CELKOVÉ HODNOCENÍ PÉČE

Pacientka byla po operaci sledována na JIP, kde strávila 4 dny. Čtvrtý den byla ve stabilizovaném stavu přeložena na standartní oddělení kliniky plastické a estetické chirurgie. První dny po operaci pacientka trpěla velkými bolestmi, které se po aplikaci analgetik vždy podařilo zmírnit. Nyní pacientka udává bolesti jako snesitelné.

Operační rána se převazovala každý den za aseptických podmínek. Rána byla klidná, suchá. Na ránu se vždy aplikovala dezinfekce Skinsept G a sterilní krytí.

Pacientka měla zavedeny invazivní vstupy, které byly bez známek infekce. PŽK se denně převazoval. Na místo vpichu se aplikoval čtvereček Inadine se sterilním krytím. Pacientce se podával Augmentin 1,2 g. i.v. po 12 hodinách do extrakce Redonových drenáží.

Jako prevenci TEN se pacientce aplikoval každý večer v 17:00 Fraxiparine 0,3 ml inj. s.c. a prováděly bandáže DKK každé ráno a jejich úprava každý večer, do doby, než byla pacientka plně soběstačná.

Pacientka se pomalu za pomoci zdravotnického personálu začala aktivizovat u lůžka. Čtvrtý pooperační zvládala hygienickou péči s dopomocí u lůžka.

Po dobu hospitalizace působila klidně. Oporou jí byla maminka, babička a kamarádi.

4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

DOPORUČENÍ PRO VŠEOBECNÉ SESTRY

- Ke každému pacientovi přistupovat individuálně a s trpělivostí.
- Spolupracovat s blízkými příbuznými pacienta.
- Edukovat pacienta, poskytovat mu cenné rady, připomínky.
- Neustále pacienta motivovat.
- Celoživotní vzdělávání v oblasti urologie.
- Chránit intimitu pacienta.
- Nebrat pacientovy problémy na lehkou váhu.

DOPORUČENÍ PRO PACIENTY

- Při jakýchkoli nejasnostech se nebát zeptat na danou otázku.
- Nemít obavy z posměchu druhých.
- Pravidelně užívat předepsanou medikaci.
- Pravidelně navštěvovat lékaře.
- Při jakémkoli problému vždy vyhledat lékaře.
- Po propuštění z nemocnice pokračovat v předepsané léčbě.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo seznámení se s problematikou vesicostomií. I přes to, že se o tématu vesicostomie příliš nepublikuje, byla vynaložena veškerá snaha o shromáždění dostatečného množství informací. Bylo tedy nutné čerpat i z několika starších knih a článků. Díky této práci se nám naskytla možnost blíže nahlédnout na toto téma.

Teoretická část poskytuje obecné informace o vesicostomiích, o anatomii a fyziologii močového systému, dále jsou popsány příčiny vzniku vesicostomií, význam operačního zákroku, změnami a omezení zdravotní způsobilosti po provedení vesicostomie a preventivní a informační opatření. Další kapitola bakalářské práce popisuje specifika ošetrovatelské péče u pacientky s vesicostomií, kde je popsána předoperační příprava, pooperační péče, nácvik cévkování, péče o jizvu. Třetí kapitola se zabývá životním stylem stomiků. Čtvrtá kapitola popisuje ošetrovatelský proces u pacientky s vesicostomií. s celkovým zhodnocením ošetrovatelské péče a doporučením pro praxi.

Pro výběr tématu bakalářské práce byl rozhodujícím fakt, že s tímto onemocněním se pravidelně setkávám ve svém okolí, jelikož je jím postižena přítelkyně, která v životě prodělala spoustu nepříjemných vyšetření a bolestivých operací.

Je krásná a inteligentní, ale ona si to nemyslí. Ve svých očích je díky stomii "ošklivá a méněcenná".

Tato práce je do jisté míry i k zamyšlení nad tím, co je pro nás v životě nejdůležitější. Pokud jsme zdraví, bereme to jako samozřejmost, často si tohoto stavu nevážíme, se zdravím si lehkomyšlně zahráváme a hazardujeme. Kéž bychom se nikdy nedostali do stavu, kdy si až příliš pozdě uvědomíme, o jaké nesmírné bohatství jsme svým neuváženým jednáním přišli.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BOSÁKOVÁ, Alice. *Péče o dětské pacienty se stomiemi*. Ostrava: Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava, 2005, 36 l. ISBN 80-239-4731-1.

DVOŘÁČEK, Jan. *Urologie praktického lékaře*. Praha: ISV, 2000. Lékařství. ISBN 80-85866-52-8.

FENDRYCHOVÁ, J., ŠEMOROVÁ, H. *Ošetřování stomií u dětí*. 2. vyd. Brno: NCO NZO 2005.

GÚTH, Anton. *Liečebné metodiky v rehabilitácii*. [2. vyd.]. Bratislava: Liečreh Gúth, 2011. ISBN 80-88932-16-5.

HERDMAN, T. Heather (ed.). *Ošetrovateľské diagnózy: definície & klasifikácie : 2012-2014 = Nursing diagnoses : definitions and classification : 2012-2014*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovateľská perioperačná péče*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.

KLEINWÄCHTEROVÁ, H. Pitný režim stomiků. *Sestra* 2007; 17(5): Mim. příloha, s. 6.

KLIMEŠOVÁ, Helena. Péče o pacienta s urostomií. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 6, s. 41. ISSN 1210-0404.

KOTKOVÁ, L., POPKOVÁ, Z. *Ošetřování stomie u dítěte*. Florence, 2006; 25(11): 31.

KOVAČEVIČOVÁ, M. Kožní komplikace stomií a jejich řešení. *Medical tribune*, 2009; 5(30): C8.

MARKOVÁ, Marie. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 68 s. ISBN 80-7013-434-8.

MICHALSKÝ, Rudolf a MÍKA, David. *Urologie pro studující ošetrovatelství*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetrovatelství, 2011, 105 s. ISBN 978-80-7248-676-2.

MULLEN, Barbara Dorr a MCGINN, Kerry Anne. *The ostomy book: living comfortably with colostomies, ileostomies, and urostomies*. 3rd ed., rev. and updated. Boulder: Bull Publishing Company, ©2008, 379 s. ISBN 978-1-933503-13-4.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2014. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci – text pro posluchače zdravotnických oborů*. Praha: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3

PAILOVÁ, N. Výživa stomiků. *Sestra*, 2008; 18(2): 52-55.

PORRETT, T., MC GRATH, A. *Stoma care*. Oxford: Blackwell Publishing 2005.

SKALA, Evžen. *Stomie: obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině Praha, [2010], 12 s. ISBN 978-80-254-9867-5.

SYSEL, Dušan, Hana BELEJOVÁ a Oto MASÁR. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU, 2011. Librix.eu. ISBN 978-80-7399-289-7.

VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 3. vyd. Praha: Maxdorf Jessenius 2003.

ZACHOVÁ, Veronika a kol. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 200 s. ISBN 978-80 - 247-3256-5.

ZACHOVÁ, V. Průvodce komplikacemi stomií, *Florence*, 2009; 5(10): 26.

ZERHAU, Pavel. *Operační léčba dysfunkcí dolních močových cest*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-308-2.

JINÉ ZDROJE

Vox paediatricae. 2015, roč. 15, č. 5, s. 19. ISSN: 1213-2241.

Výroční konference České urologické společnosti ČLS JEP. 1. vyd.. Hradec Králové : Nucleus HK, 2006. 2006, s. 25. ISBN: 80-87009-10-X.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Čestné prohlášení	I
Příloha B - Žádost o sběr dat/poskytnutí informace pro studijní účely	II
Příloha C – Žádost o pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace	IV
Příloha D – Souhlas se zveřejňováním osobních informací a fotografií	V
Příloha E – Jizva po operaci Parascapularis na lopatce ze dne 20. 04. 2016	VI
Příloha F – Jizva po operaci na podbřišku ze dne 20. 04. 2016	VII
Příloha G – Vesicostomie pacientky	VIII
Příloha H – Úvodní list rešerše č. 1	IX
Příloha I – Úvodní list rešerše č. 2	X

Příloha A - Čestné prohlášení

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

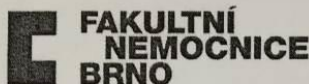
Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s vesicostomií v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31. 05. 2016

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha B – Žádost o sběr dat/poskytnutí informace pro studijní účely



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
Jihlavská 20, 625 00 Brno
tel: 532 231 111

ODBOR ORGANIZAČNÍCH, PRÁVNÍCH VĚCÍ
A PERSONALISTIKY (OOPVP)
Vedoucí útvaru:
JUDr. Alena Tobišová, MBA
tel: 532 232 108 fax: 532 232 293
e-mail: atobias@fnbrno.cz

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: Martina Michalčíková, DiS.

Datum narození: 12.07.1993 Telefon: +420 774 988 498 E-mail: Martina.Michalcikova@email.cz

Adresa pro doručení dat: Čejkovice 63, 671 78 Jířice u Miroslavi

Přesný název školy/fakulty: Vysoká škola zdravotnická o.p.s. V Praze 5, Duškova 7, 150 00 Praha 5
(studuji tuto školu dálkově, která má sídliště: Edukační centrum, Horní náměstí 3, 755 01 Vsetín)

Obor studia: Všeobecná sestra

Forma studia: prezenční kombinovaná

Téma závěrečné práce: Ošetrovatelský proces u pacientky s vesicostomií

Účel žádosti:

- sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte):

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:

- ANO Pracoviště/Jméno zaměstnance FN Brno: NE
(informace slouží k posouzení žádosti v případě dotazníkové akce – benefit pro zaměstnance FN Brno a rodinné příslušníky)

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a **předem má souhlas konkrétního pracoviště**, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, **vyplňuje „Ostatní – statistická data“**. Jinak vyplní „Nahlížení do zdravotnické dokumentace“.

Dotazníková akce pro pacienty FN Brno pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník:

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: do:

Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat:

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: ... 1

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od 10.02.2016 do 15.02.2016

Pracoviště, ze kterého/kterých bude zdravotnická dokumentace pacientů: Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie – dětská urologie

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci: operace, které pacientka prodělala, diagnózy,

Ostatní

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FN Brno – počet pacientů: z kterého pracoviště:

vedení rozhovoru se zaměstnancem FN Brno – počet zaměstnanců: povolání:

z kterého pracoviště:

5-292/15/5

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována:

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od:do:

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?: ANO NE

Poučení:

Žadatel bere na vědomí, získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu FN Brno pro jiný účel je považováno za neoprávněné.

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění pro účely této žádosti. Zavazuje se zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému řediteli FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Datum: 4.1.2016.....

Podpis: Michalčíková

Vyplňuje a potvrzuje FN Brno:

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 01-02-2016 pod číslem: 2016/05/18/FNBRNO-1032

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas/nesouhlas - útvar: 501 x 87

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti ředitele FN Brno postoupeno dne 03-02-2016

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: útvaru: na pozici:

Žadatel je rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:
Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

V Brně dne 03-02-2016

referent/vedoucí OOR

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

V případě placené služby dle Ceníku EO č. 45/2013-09.5:

souhlas žadatele s placenou službou nesouhlas žadatele s placenou službou, požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: na pokladně FN Brno
 fakturou na účet FN Brno

Částka připsána na účet FN Brno dne:

Požadovaná data medicínského/nemedicínského útvaru doručena na OOR

Požadovaná data postoupena

převzal žadatel osobně dne v počtu

Převzal:
(podpis žadatele)

Žádost uzavřena dne: 05-02-2016

podpis vedoucího/referenta OOR
Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Příloha C - Žádost o pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace

Žádost o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace / o pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace

Já,, narozen/a:
bytem:
telefon:; fax:; e-mail:

Žádám o^o:

- nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě
- o pořízení *výpisu, *opisu, *kopie zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě

- nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o tomto pacientu:
- o pořízení *výpisu, *opisu, *kopie zdravotnické dokumentace vedené o tomto pacientu:

.....
jméno a příjmení pacienta

.....
datum narození pacienta

Požaduji zpřístupnit zdravotnickou dokumentaci vedenou na tomto pracovišti (na těchto pracovištích) Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně:

.....
.....
.....

V případě výpisu, opisu nebo kopie zdravotnické dokumentace žádám o^o:

- pořízení veškeré zdravotnické dokumentace
- pořízení těchto částí zdravotnické dokumentace:

.....
.....
.....

Výpis, opis nebo kopii zdravotnické dokumentace^o:

- převezmu osobně
- požaduji zaslat na výše uvedenou adresu

Zavazuji se uhradit náklady spojené s pořízením vyžádaného výpisu, opisu nebo kopie zdravotnické dokumentace dle aktuálního ceníku placených služeb Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a dále případné poštovné.

V dne:

.....
podpis žadatele^o

*nehodící se škrtněte

^ozakřídíte Váš požadavek

^opodpis musí být úředně ověřen, je-li žádost zaslána poštou

Příloha D – Souhlas se zveřejňováním osobních informací a fotografií

Souhlas se zpracováním osobních údajů

Souhlasím s publikováním osobních údajů a informací a fotografií za účelem vypracování Bakalářské práce na téma „Ošetrovatelský proces u pacienta s vesicostomií“.

V Čejkovicích dne 10. 04. 2016

.....

podpis

Příloha E - Fotografie jizvy pacientky po Parascapularis dne 10. 04. 2016



Příloha F - Fotografie laloku z lopatky umístěného na podbřišek ze dne 10. 04. 2016



Příloha G - Vesicostomie pacientky



Příloha H – Úvodní list rešerše č. 1

Rešerše

Vezikostomie, urostomie

Z databází: katalog knihovny NCO NZO Brno
Bibliographia medica Čechoslovaca
MEDLINE
ProQuest

Časové vymezení: 2005-2015

Celkový počet záznamů: 85

4.2.2016

Zpracovala: Michaela Musilová

R e š e r š e

(Dokumentografická jednorázová rešerše)

Ošetrovatelský proces u pacientky s vesicostomií

Vypracovala:

Městská knihovna Znojmo
Zámečnická 288/9
669 26 Znojmo

Tel. 515 224 346

www.knihovnazn.cz
knihovna@knihovnazn.cz

Evidenční číslo: 15/2015

Datum vypracování: 8. 1. 2016

Celkový počet záznamů: 63

Zpracovala: Bc. Michaela Vrábelová