

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O UROSTOMII Z DŮVODU
NÁDORU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KRISTÝNA JALOVCOVÁ

Praha 2018

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O UROSTOMIE Z DŮVODU
NÁDORU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE**

Bakalářská práce

KRISTÝNA JALOVCOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

Praha 2018



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

JALOVCOVÁ Kristýna

3AVS

Schválení tématu bakalářské práce

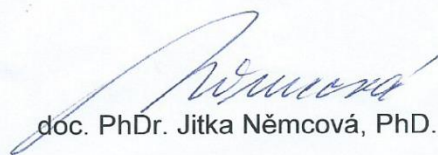
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacienta s urostomií z důvodu nádoru močového měchýře

Nursing Care of Patients with Urostomy Due to Urinary Bladder Tumors

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo neakademického titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 23. 2. 2018

Kristýna Jalovcová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Ivaně Jahodové, PhD. a odbornému garantovi MUDr. Marku Krolupperovi za jejich drahocenné rady, trpělivost a čas, který mi poskytovali při tvoření bakalářské práce.

ABSTRAKT

JALOVCOVÁ, Kristýna. *Ošetrovatelská péče o urostomie z důvodu nádoru močového měchýře*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Praha. 2018. 52 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o urostomii z důvodu nádoru močového měchýře. První je část teoretická, jež se věnuje pojmu urostomie, objasňuje důvody k vytvoření urostomií. Zabývá se především nádory močového měchýře, které jsou vysvětleny více než ostatní indikace k urostomii. Dále se teoretická část věnuje předoperační a pooperační péči po radikální cystektomii a následnému vytvoření urostomie. V teorii je popsán i život urostomiků, důležitost stomických klubů a limity urostomických pomůcek. Praktická část popisuje kazuistiku pacienta s urostomií z důvodu nádoru močového měchýře. Uvádím ošetrovatelský proces s posouzením, diagnostikou, plánováním, realizací a hodnocením poskytnuté pooperační péče. Součástí praktické části je i brožurka pro pacienty a jejich blízké a zdravotnický personál. V brožurce uvádíme, co je urostomie, komplikace a návod na péči o urostomii.

Klíčová slova

Derivace moče. Nádory močového měchýře. Ošetrovatelský proces. Urostomie.

ABSTRACT

JALOVCOVÁ, KRISTÝNA. *Nursing Care for a Urostomy due to a Urinary Bladder Tumor*. Medical College of Nursing. Level of qualification: Bachelor (Bc.). Thesis adviser: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Prague. 2018. 52 pages.

The theme of the thesis is Nursing Care for a Urostomy due to a Urinary Bladder Tumour. The first part is theoretical, it is concerned with the concept of urostomy and explains the reasons for formation of urostomies. It deals mainly with bladder tumours, which are explained more than the other indications for a urostomy. The theoretical part also deals with preoperative and postoperative care after radical cystectomy and the subsequent formation of a urostomy. The theory also describes the life of patients with a urostomy, the importance of stoma clubs and limits of care equipment (regarding a urostomy). The practical part describes the case report of a patient with a urostomy due to bladder tumour. I present the nursing process with an assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation of the provided postoperative care. The practical part includes a brochure for patients. In this brochure I mention information such as: what is a urostomy, complications and instructions for treating urostomy.

Keywords

Urine derivatives. Urinary bladder tumours. Urostomy. Nursing process.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	11
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....	12
SEZNAM TABULEK	14
ÚVOD.....	15
1 UROSTOMIE.....	16
1.1 DRUHY UROSTOMIÍ	17
1.1.1 EPICYSTOSTOMIE.....	17
1.1.2 PERKUTÁNNÍ NEFROSTOMIE	17
1.1.3 ILEÁLNÍ NEOVEZIKA	18
1.1.4 HETEROTOPICKÁ NEOVEZIKA	18
1.1.5 URETEROSIGMOIDEOSTOMIE	18
1.1.6 URETEROSTOMIE	19
1.1.7 URETEROILEOSTOMIE	19
1.2 INDIKACE UROSTOMIE	19
1.2.1 VROZENÉ VÝVOJOVÉ MALFORMACE	20
1.2.2 ZÁNĚTLIVÁ ONEMOCNĚNÍ.....	20
1.2.3 NÁDORY	21
2 NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE	22
2.1 PŘÍZNAKY NÁDORŮ.....	22
2.2 DIAGNOSTIKA NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE	23
2.3 LÉČBA NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE	23
2.3.1 CHEMOTERAPEUTICKÁ LÉČBA.....	23
2.3.2 RADIOLOGICKÁ LÉČBA.....	24

2.3.3	CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	24
3	PERIOPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	26
3.1.1	DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	26
3.1.2	KRÁTKODOBÁ PŘÍPRAVA	26
3.1.3	BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	26
3.2	PŘEDOPERAČNÍ PÉČE Z DŮVODU VYTVOŘENÍ UROSTOMIE.....	27
3.3	POOPERAČNÍ PÉČE	28
3.4	KOMPLIKACE	29
3.4.1	ČASNÉ KOMPLIKACE	30
3.4.2	POZDNÍ KOMPLIKACE	30
3.5	OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP PŘI PÉČI O UROSTOMII .	31
3.6	ŽIVOTNÍ STYL S UROSTOMIÍ.....	32
3.7	SEXUÁLNÍ ŽIVOT PACIENTŮ S UROSTOMIÍ.....	33
3.7.1	SEXUÁLNÍ PROBLEMATIKA MUŽSKÉHO POHLAVÍ.....	34
3.7.2	SEXUÁLNÍ PROBLEMATIKA ŽENSKÉHO POHLAVÍ.....	34
3.7.3	SEXUÁLNÍ PROBLEMATIKA PARTNERA STOMIKA.....	34
3.8	STOMICKÝ KLUB.....	34
4	UROSTOMICKÉ POMŮCKY	36
4.1	HISTORIE POMŮCEK.....	36
4.2	UROSTOMICKÉ POMŮCKY V DNEŠNÍ DOBĚ.....	36
4.3	LIMITY ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN NA UROSTOMICKÉ POMŮCKY	38
5	KAZUISTIKA PACIENTA S UROSTOMIÍ Z DŮVODU NÁDORU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE	39

6 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	62
.....	
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
SEZNAM PŘÍLOH	69
PŘÍLOHY	I

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CVP	centrální venózní tlak
CŽK	centrální venózní katétr
CPAP	ventilace pomocí trvalého přetlaku v dýchacích cestách
CRP	C- reaktivní protein
D	dechy
EKG	elektrokardiogram
mmHg	milimetr rtuťového sloupce
MM	močový měchýř
MC	močové cesty
NGS	nasogastrická sonda
NMM	nádory močového měchýře
O2 léčba	kyslíková terapie
P	pulsy
SpO2	saturace kyslíkem
TK	krevní tlak
TUR	transuretrální resekce
UPV	umělá plicní ventilace

(KAŠÁKOVÁ, VOKURKA, HUGO, 2015), (VOKURKA, HUGO, 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absces	chorobná dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem
Acidobazická rovnováha	rovnováha mezi kyselinami a zásaditými látkami v těle
Adhezivní	samolepící
Anastomóza	vzájemné propojení dvou cév, nervů či orgánu
Anémie	chudokrevnost
Anestezie	uměle vyvolané znecitlivění umožňující provedení chirurgických a jiných bolestivých zákroků
Apnoické pauzy	zástava dechu
Apoptóza	zánik buňky
Arytmie	porucha srdečního rytmu, způsobená postižením převodního systému řídicího srdeční činnosti
Aspirace	vdechnutí tuhého útvaru nejčastěji sousta nebo tekutiny
Benigní	nezhoubný
Body mass index	index tělesné hmotnosti
Cystektomie	chirurgické odstranění močového měchýře
Cytostatika	léky používané k léčbě chemoterapií zhoubných nádorů
Derivace	odvedení
Diabetik	pacient nemocný cukrovkou
Dilatace	roztažení
Dysfunkce	porucha funkce
Edukace	výchova
Extubace	vynětí endotracheální rourky z průdušnice
Flatulence	zvýšený odchod střevních plynů konečníkem
Hematurie	přítomnost krve v moči
Infiltrace	průnik do tkáně
Integrita	celistvost
Intubace	zavedení endotracheální rourky do průdušnice, které umožňuje mechanickou ventilaci
Katecholaminová podpora	léky používané při oběhové nestabilitě
Kontinence	schopnost udržení nejčastěji moče či stolice

Kreatinin	látko vznikající ve svalech, její koncentrace v krvi odráží funkci ledvin
Macerace	změknutí vzniklé působením tekutiny
Mandatorní dech	tlakově či objemově řízená plicní ventilace
Malformace	vrozená odchylka tvaru vzniklá za nitroděložního vývoje zárodku
Maligní	zhoubný
Metastáza	dceřiné filiální ložisko
Meteorismus	plynatost, nadýmání
Nekróza	intravitální odumření buňky, tkáně či části orgánu
Neovezika	chirurgicky nově vytvořený močový měchýř
Obstrukce	překážka, zamezení či ztížení průchodnosti dutým trubicovitým orgánem
Orotracheální	týkající se úst a průdušnice
Prolaps	vyhřeznutí určitého orgánu nebo jeho části směrem dolů nebo ven
Polakisurie	časté nucení na močení, provázené vymočením malého množství moči
Recidiva	návrat nemoci, která již byla vyléčená nebo u které vymizely příznaky
Rezervoár	úschovna
Reziduum	moč zbývající v močovém měchýři po vymočení
Sonografické vyšetření	vyšetření ultrazvukem
Splint	ureterální cévky
Subfebrilie	zvýšená tělesná teplota mezi 37 až 38 °C
Strangurie	bolest a řezavý pocit při močení

(KAŠÁKOVÁ, VOKURKA, HUGO, 2015), (VOKURKA, HUGO, 2009)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Vitální funkce při přijetí na oddělení JIP.....	43
Tabulka 2 Fyzikální vyšetření.....	43
Tabulka 3 Psychický stav	44
Tabulka 4 Každodenní aktivity.....	45
Tabulka 5 Výsledky vyšetření	46

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je urostomie. Informace o urostomii jsou velmi málo mezi populací známé. I přesto, že incidence nádorů močového měchýře jako jeden z důvodů tvorby urostomie roste, klesá počet úmrtí na toto onemocnění. Nádory se vyskytují častěji u mužského pohlaví než u žen. Urostomie je nejméně rozšířený druh stomie. Jde o derivaci moče jiným než fyziologickým způsobem. Operace urostomie činí podstatný přelom v životě člověka. Jde o velice citlivé a i v dnešní době tabuizované téma. Jedinec se musí s urostomií smířit po psychické, ale i tělesné stránce. Bakalářská práce vysvětluje pojem urostomie a vše, co s ní souvisí. Dále popisuje nádory močového měchýře, což je čtvrté nejčastější maligní onemocnění. Proto může být bakalářská práce přínosem nejen pro zdravotnický personál, ale i pro společnost.

Bakalářská práce je složena ze dvou částí, z části teoretické a praktické.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

- **Cíl 1:** Vysvětlit pojem urostomie, indikace k vytvoření urostomie, předoperační a pooperační péče, ošetrovatelská péče o urostomie.
- **Cíl 2:** Popsat nádory močového měchýře, jejich incidenci, diagnostiku a léčbu.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

- **Cíl 1:** Uvést kazuistiku u pacienta s nádorem močového měchýře.
- **Cíl 2:** Rozpracovat ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I taxonomie II.
- **Cíl 3:** Vytvořit brožurku s ošetrovatelskou péčí o urostomie.

Popis rešeršní strategie

Technika vyhledávání se orientovala na rešerše Národní lékařské knihovny. Rešerše byla uskutečněna v období 2005- 2017 až po současnost. I přes existenci nové literatury byla pro bakalářskou práci využita i starší literatura. Odborný garant bakalářské práce potvrdil, že je i starší literatura v dnešní době stále aktuální. Pomocí klíčových slov bylo vyhledáno 55 záznamů, z toho bylo 29 knih, 19 článků, 4 abstrakty a 3 kvalifikační práce.

Technika pro vyhledání literatury byla provedena prostřednictvím online databáze Medvik, Bibliographia medica Českoslovac, Theses.

1 UROSTOMIE

Urostomie je vyústění horních močových cest na povrch těla. Může být indikována v jakémkoliv věku. Vzhledově má růžovo červenou barvu, její tvar je buď kruhovitý, nebo oválný. Je velice dobře cévně zásobená. Nejsou v ní nervová zakončení, urostomie není citlivá na bolest. Urostomii vytváříme z důvodu překážky v močových cestách, kdy moč neodtéká z příčiny nádorové či benigní choroby, úrazu či kvůli radiačnímu poškození. Při většině maligních onemocnění je, kvůli infiltraci do okolní tkáně, radikálně odstraněn močový měchýř, močová trubice a lymfatické uzliny. Tento operační výkon se nazývá radikální cystektomie. Při radikální cystektomii je nutné zařídit derivaci moči. Derivací moče označujeme výkon, kdy jsou zajištěny nově cesty pro odvod moči jiným než obvyklým způsobem (DRLÍKOVÁ, ZACHOVÁ, KARLOVSKÁ, 2016).

Hlavními omezeními pro operační zákroky byla v dávné minulosti minimální znalost v oblasti anestezie. Kvůli tomu byly otevřené zákroky na břicho hazardní. K anestezii se využívaly například byliny, jejichž dým se vdechoval, nebo houby naložené v opiu. Tyto metody anestezie byly neúčinné. První derivační operace proběhla 5. července 1852 v Londýně, Sir John Simon vytvořil derivační cesty prostřednictvím střevní tkáně u třináctiletého hochy s extrofií močového měchýře. V roce 1853 vytvořil chirurg Brickner první ureteroileostomii. U původní ureteroileostomie byly uretry vyšité odděleně. Český chirurg Karel Pawlik realizoval v roce 1889 radikální cystektomii u ženy se zavedením močovodů do pochvy (DVOŘÁČEK, BABJUK, 2005).

1.1 DRUHY UROSTOMIÍ

Urostomie rozdělujeme na kontinentní či inkontinentní. Kontinentní derivace moče má nesporné přednosti v běžném životě. Tento typ derivace usiluje o co největší shodu s fyziologickou funkcí MC. Při inkontinentní derivaci je moč vyvedena na povrch těla rovnou, nebo pomocí střevní tkáně. Derivace členíme na stálé a dočasné. Pro dočasný odvod moči je vytvořena epicystostomie nebo perkutánní nefrostomie. Při trvalé derivaci je moč odváděna buď přes stěnu břišní, nebo přes tlusté střevo či neoveziku. Neovezika je v současné době špičkový urologický výkon, kdy napojíme svěrač z MM na část tenkého střeva a močové trubice. Jedinec bude plně kontinentní. V dnešní době již existují různé typy derivací: například epicystostomie, čistá intermitentní katetrizace, perkutánní nefrostomie, ureterostomie, ureteroileostomie, ureterosigmoideostomie, ileální neovezika (DRLÍKOVÁ, ZACHOVÁ, KARLOVSKÁ, 2016), (DVOŘÁČEK, BABJUK, 2005).

1.1.1 EPICYSTOSTOMIE

Epicystostomii využíváme v situacích, kdy není možná evakuace moči z MM přes močovou trubici a není možné využít permanentní močový katétr, tj. při poranění nebo zúžení močové trubice, úrazech malé pánve či u vybraných operačních zákroků. Je to dočasná možnost derivace moče. Do MM vstupujeme perkutánní epicystostomií přes břišní stěnu, 3cm nad symfýzou, do plného močového měchýře. Pokud je MM prázdný, nelze zákrok provést. Epicystostomický katétr nevytváří dekubity a jeho výměna se provádí po měsíci (ZACHOVÁ a kol., 2010), (DRLÍKOVÁ, ZACHOVÁ, KARLOVSKÁ, 2016).

1.1.2 PERKUTÁNNÍ NEFROSTOMIE

Nefrostomie je označení pro vývod z ledviny. Může být použita pro krátkodobou i dlouhodobou drenáž moče. Nefrostomický drén zavádíme v poloze na břicho přes kůži až do ledvinné pánvičky či kalichu pod neustálou sonografickou kontrolou, aby nedošlo k poškození okolní tkáně. Zavádíme punkční jehlu, přes jehlu je zaveden vodič, poté vpravíme dilatátory, které vytvoří postačující otvor pro zavedení nefrostomického katétru. Poté se nástřikem ověří umístění katétru. Po vhodném umístění vodič vytáhneme, tím se katétr stočí do tzv. „prasečího ocásku“. Je nezbytné je dodržovat

sterilitu kvůli možné infekci ledvin (SOCHOROVÁ, VIDLÁŘ, 2016), (DRLÍKOVÁ, ZACHOVÁ, KARLOVSKÁ, 2016).

1.1.3 ILEÁLNÍ NEOVEZIKA

U tohoto typu operace se vytváří z tenkého střeva náhrada za močový měchýř, takzvaná neovezika. Moč je derivována pomocí břišního lisu. Jde o kontinentní typ urostomie. V prvních dnech po operaci je nutné, aby pacient využíval z důvodu fyziologické produkce hlenu ve střevní sliznici, jenž může zapříčinit uzávěr močové trubice a následnou retenci moči, techniku čisté intermitentní katetrizace.

U tohoto typu je důležitý zvýšený příjem tekutin kvůli naředění hlenu. Nevýhodou je, že se moč v neovezice absorbuje přes sliznici nazpátek do těla a ledviny musí znovu škodliviny filtrovat, což je zatěžuje. Další problém nastává, když dojde k reziduu moči (UROLOGICKÉ LISTY, 2012).

1.1.4 HETEROTOPICKÁ NEOVEZIKA

Heterotopická neovezika je vytvořena sešitím tlustého a tenkého střeva do neoveziky, která je díky slepému střevu vyvedena na povrch břišní stěny. Díky přímému břišnímu svalu, přes nějž je vedeno slepé střevo, je zachována kontinence. U neoveziky není zapotřebí používat stomické pomůcky, moč je zachytávaná v rezervoáru. Při tomto typu musí docházet k pravidelnému vyprazdňování rezervoáru pomocí sterilní cévky. Vytváří se více u mladších jedinců (UROLOGICKÉ LISTY, 2012).

1.1.5 URETEROSIGMOIDEOSTOMIE

Operace ureterosigmoideostomie je v dnešní době již skoro nepoužívaná metoda, kvůli vysokému riziku infekce horních močových cest, kdy hrozí především pyelonefritida a porucha ledvinových funkcí. Rudolf Hohenfellner z Mainzu zdokonalil metodu nízkotlakého rektosigmoideoálního rezervoáru a snížil množství komplikací. Jde o kontinentní derivaci, kdy jsou do rezervoáru z části tlustého střeva svedeny oba močovody. Derivace moči a stolice je řízená análním svěračem. Moč odchází společně se stolicí většinou pětikrát až šestkrát za den. U ureterosigmoideostomie je zvýšený výskyt vzniku nádorů trávicího traktu, příčinou je dlouhodobé působení moči ve střevní

tkáni. Ureterosigmoideostomii využíváme jako možnou alternativu léčby u starších osob (UROLOGICKÉ LISTY, 2012).

1.1.6 URETEROSTOMIE

U ureterostomie vyústíují oba močovody na povrchu břišní stěny.

Ureterostomie je menší než střešní vývod, měří 0,5-1 cm a má růžovošedé zabarvení (STOMICI, 2011).

Vylučování moči je podřízené funkčnosti ledvin. U ureterostomie je velice důležitá hygiena z důvodu možného přenosu infekce do močových a ledvin. Kvůli vysokému riziku infekce je častěji využívána technika přes tenké střevo tzv. ureteroileostomie, kterou se tato práce zabývá (STOMICI, 2011).

1.1.7 URETEROILEOSTOMIE

Jde o inkontinentní typ urostomie, kdy jsou močovody zavedeny do rezervoáru vytvořeného z kličky ilea vyloučeného z trávicího ústrojí. Většinou se používá jako terminální typ urostomie. Tenké střevo se v terminální části resekuje. Jeden konec je sešit a druhý je vyveden na povrch stěny břišní. Do vzniklého tubusu jsou našity oba močovody. Tenké střevo vyvede díky své peristaltice moč na povrch těla. Ureteroileostomie se nachází v pravé dolní části břišní stěny. Moč odtéká do stomického sáčku, jde o nekontrolované vylučování. Přerušené tenké střevo bývá sešíváno anastomózou end-to-end. U této urostomie je nevýhodou dráždění kůže močí, zároveň je pro nemocného nejméně zatěžující. Zákrok se nazývá podle chirurga Eugena Bricknera. Poprvé byla operace provedena v roce 1953, kdy byly oba močovody vyšité odděleně. Wallace metodu zdokonalil, sešil močovody k sobě a pomocí anastomózy připojil tenké střevo. Tenké střevo je vyvedeno jako stomie (ZACHOVÁ a kol., 2010), (DVOŘÁČEK, BABJUK a kol., 2005), (BARTOŠKOVÁ, HUDCOVÁ, 2007), (ROVNÝ, ŠABACKÝ, 2001).

1.2 INDIKACE UROSTOMIE

Důvody k založení urostomie jsou nádorová onemocnění, neurogení léze, vrozené vývojové malformace a neléčené záněty močových cest. Založena je kvůli obstrukci

močových cest nebo kvůli úplnému odstranění močového měchýře. Jednou z nejčastějších příčin jsou nádorová onemocnění z urologické či gynekologické tkáně nebo z nádorů předstojné žlázy, rozpínající se u mužů do urologické soustavy (ZACHOVÁ a kol., 2010).

Vyvedení urostomie je radikální výkon, při němž musíme přemýšlet nad důsledky pro běžný život pacienta například v sexuální oblasti, proto musíme jedinci věnovat vyšší pozornost a psychickou podporu, aby se mohl s urostomií smířit (ZACHOVÁ a kol., 2010).

1.2.1 VROZENÉ VÝVOJOVÉ MALFORMACE

Do vrozených vývojových malformací patří stenózy, atrofie, ectopia vesicea, hydronefróza, rozštěp páteře a extrofie močového měchýře (MARKOVÁ, 2006).

Extrofie močového měchýře je vrozený vývojový defekt. U močového měchýře je vnitřní slizniční stěna na jeho povrchu.

Ectopia vesicea je stav nesprávného uložení močového měchýře jako důsledek vady v břišní stěně. Močový měchýř se nachází buď v břišní stěně, nebo před stěnou břišní. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

Rozštěp páteře vzniká vyhřeznutím míchy mimo páteřní kanál. Dochází k neurologickému defektu, který vede k inkontinenci.

Hydronefróza je stav, kdy moč nedochází z ledvinné pánvičky z důvodu bariéry. Pokud není hydronefróza léčena, dochází tlakem moči v ledvině k útlaku ledviny. Útlak způsobí nevratné poškození ledvin (MARKOVÁ, 2006), (FENDRYCHOVÁ, ŠEMOROVÁ, 2005).

1.2.2 ZÁNĚTLIVÁ ONEMOCNĚNÍ

Onemocnění rozdělujeme dle postiženého místa na zánět ledvin, močového měchýře, močové trubice a u mužského pohlaví navíc prostaty. Zánět se ve většině případů šíří z jednoho orgánu MC na druhý. Vstup infekce je většinou vzestupný od oblasti konečníku. Tato onemocnění postihují děti i dospělé (ROZSYPAL, HOLUB, KOSÁKOVÁ, 2013).

1.2.3 NÁDORY

Nádory definujeme jako nekontrolovatelné bujení poškozených buněk z důvodu selhání kontrolních systémů, jež mutaci odhalují, opravují, pokud není možná oprava, tak nařizují buněčnou smrt neboli apoptózu. Hlavní rozdělení karcinomů dle jejich biologických vlastností je na benigní a maligní. Benigní nádory jsou definovány jako pomalu rostoucí, ohraničené, opouzdřené, snadno operovatelné a rostoucí rozpínavě. Maligní nádory rychle rostou, prorůstají okolními tkáněmi, metastazují, nejsou opouzdřené a díky těmto znakům jsou špatně operovatelné. Další rozdělení je dle pokročilosti onemocnění rozdělení TNM. T představuje velikost prvotního ložiska, N popisuje, zda jsou poškozeny lymfatické uzliny, M označuje vytvoření metastáz. Příčiny vzniku nádorového onemocnění rozdělujeme na zvrátané a nezvrátané. Nezvrátané příčiny jsou stáří a genetika. Mezi zvrátané patří životní styl, strava, kouření, hormony. Léčba nádorů má tři možnosti. Chirurgickou možnost, kdy se nádor řeší invazivně. Druhá možnost terapie je chemoterapeutická léčba. Třetí možností je radiologická léčba (MAČÁK, MAČÁKOVÁ, DVOŘÁČKOVÁ, 2012).

2 NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Nádory močového měchýře jsou nejčastějším nádorem močového ústrojí. Incidence v posledních letech roste, daří se ale snižovat mortalitu onemocnění. Karcinom dominuje spíše u mužů než u žen v poměru 3:1. Hlavní výskyt onemocnění je nad 50 let. Jeden z nejčastějších nádorů močového měchýře je uroteliální karcinom. Rozlišujeme nádory primární a sekundární.

Primární jsou vznikající přímo v močovém měchýři. Primární karcinomy rozdělujeme na mezenchymální a epiteliální. Do mezenchymálního původu patří leiomyomy, hemangiomy, lymfomy, myxomy, feochromocytomy, jež jsou benigními nádory. Patří sem také maligní sarkom. Epiteliální typ vzniká z uroteliální výstelky. Do epiteliální skupiny řadíme benigní papilomy a maligní uroteliální epidermoidní nádory, adenokarcinomy a papilokarcinomy. Sekundární nádory vznikají v jiné tkáni než v urologické. Do MM se infiltrují z okolí, například z gynekologické či střevní tkáně, případně z metastáz. Při léčbě a prognóze je nejdůležitější rozlišení na povrchové a infiltrující nádory. Povrchový nádor neprorůstá k vrstvě lamina propria, tak je označená vrstva sliznice MM tvořená vazivem. Povrchové tumory jsou dle mezinárodní klasifikace označovány jako Tis, Ta, T1. Infiltrující nádory prorůstají do svaloviny MM. Jejich pojmenování je T2, T3a, T3b a T4 (DVOŘÁČEK, 1999), (DVOŘÁČEK, BABJUK, a kol., 2005).

2.1 PŘÍZNAKY NÁDORŮ

Příznaky nádoru močového měchýře členíme na specifické a nespecifické. Mezi specifické příznaky řadíme mikroskopickou hematurii v prvotní fázi zjistitelnou pouze při vyšetření moče na moč chemicky + sediment, pálení nebo řezání při močení, které odborně nazýváme strangurie, polakisurie neboli časté nucení k močení, makroskopická hematurie, kdy je v moči viditelná krev. Do nespecifických příznaků patří únava, anémie, subfebrilie, nechtěné snížení váhy, nechutenství, bolest v bedrech způsobená hromaděním moči před močovým měchýřem (DVOŘÁČEK, BABJUK, 2005).

2.2 DIAGNOSTIKA NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Diagnostika využívá základní diagnostické kroky zahrnující ověření diagnózy, stanovení rozsahu nemoci. Pro diagnostiku nádoru močového měchýře je důležitá anamnéza a celkové klinické vyšetření jedince. Mezi základní důležitá vyšetření patří vyšetření krve na krevní obraz ukazující na anémii, nádorové markery NMP22, BLCA4, BTA-stat. Krev vyšetřujeme i na ureu a kreatinin z důvodu zvýšeného rizika poškození ledvin, kvůli močovému městnání. Dále vyšetřujeme moč na kultivaci, chemicky a sediment. Sonografie močového měchýře je metoda zobrazující MM. Ultrazvukem se popisují patologie na močovém měchýři, bohužel se však malé nádory snadno přehlédnou. CT vyšetření provádíme z důvodu vyloučení poškození okolních orgánů metastázami. Urografie sice dokáže odhalit pouze 60 procent nádorů, ale vyšetření je dobré pro monitoraci stavu. Cystoureteroskopie je endoskopické vyšetření za pomoci cystoskopu, kterým se vyšetřuje močový měchýř a močovod. Provádí se bez narkózy, je-li stěžejní určit přesnou polohu nádoru. Pokud je zapotřebí odebrat i vzorky tkáně na histologii, je nutné provést výkon pod narkózou. Při výkonu je popsán vzhled, rozsah nádoru a okolní urotelová tkáň (DVOŘÁČEK, BABJUK, 2005), (BABJUK, 2008).

2.3 LÉČBA NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Léčba je vybrána dle typu postižené tkáně a záleží, zda je metastázami zasažen lymfatický systém nebo okolní tkáň. Důležité je zvážit i věk pacienta, vedlejší onemocnění, fyzickou zdatnost a recidivu nádorového onemocnění. Léčbu nádorů močového měchýře dělíme na radiologickou, chirurgickou a chemoterapeutickou léčbu (DVOŘÁČEK, BABJUK, 2005).

2.3.1 CHEMOTERAPEUTICKÁ LÉČBA

Chemoterapeutická léčba používá cytostatické látky likvidující nádorové buňky. K léčbě nádoru močového měchýře využíváme látku zvanou Thiotepa, Adriamycin, Epirubicin a Mitomycin C. Thiotepa je alkylační cytostatikum snižující aktivitu výměny nukleových kyselin. Adriamycin je antracyklinové proti nádorové antibiotikum. Epirubicin látka odvozená z Adriamycinu. Mitomycin C je látka antibiotického charakteru.

Chemoterapeutická léčba má dvě možnosti: systémovou a místní. Místní léčba nádoru MM je pouze v oblasti močového měchýře. Pacient bývá edukován o postupu a potřebě snížení příjmu tekutin před výkonem. Samotný postup začínáme katetrizací pacienta, poté přes cévku aplikujeme chemoterapeutikum přímo do močového měchýře. Chemoterapeutikum necháváme v močovém měchýři dvě hodiny, během nichž pacienti nesmí pít a bývají polohováni. Polohujeme postupem poloha na zádech, poloha na bocích a poloha na břiše. Po dvou hodinách se pacient vymočí. Aplikace chemoterapeutika je vždy jednou týdně po dobu osmi týdnů.

Systematické chemoterapeutické léčby využíváme u nádorů, které progredují do hlubších vrstev MM, lymfatických uzlin nebo okolních orgánů jako metastázy. Chemoterapeutikum je aplikováno intravenózní cestou do celého těla. Léčba je intervalová, délka intervalů je různá podle stavu jedince, rozsahu nádoru a typu chemoterapeutické látky. Při špatné reakci těla na terapii se využívá symptomatická léčba (DVOŘÁČEK, BABJUK, a kol., 2005).

2.3.2 RADIOLOGICKÁ LÉČBA

Radiologická léčba likviduje nádorové buňky pomocí ozáření ionizujícím zářením. Léčba je pouze lokální v oblasti ozáření. Radiologická léčba se využívá u nádorů, jež nelze operovat, například z důvodu prorůstání. Léčba je intervalová a většinou se využívá jako paliativní (DVOŘÁČEK, BABJUK, a kol., 2005).

2.3.3 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Chirurgická léčba má dva typy, prvním je transuretrální resekcí (TUR), druhým je radikální cystektomie.

TUR je endoskopický operační výkon. Realizuje se v pozici na zádech s dolními končetinami na podpěrách. Nohy se připevní popruhy. Dolní končetiny se roztáhnou a uloží do úhlu 45°. TUR léčbu využíváme u povrchového nádoru, který neprogreduje do hlubších vrstev. Zárok je proveden v spinální anestezii. Při zákroku se močový měchýř plní neelektrolytovým roztokem, aby nedošlo k popálení elektrickým proudem. Pacient musí mít nalepenou monopolární elektrodu kvůli proudění elektrického proudu pouze mezi elektrodou a místem pálení. K TUR operaci používáme resektoskop zakončený kuličkou nebo srpem s elektrickým proudem, kterým následně odstraníme

nádor do postižené hloubky s následným výplachem močového měchýře. Části nádoru jsou odsáty a odeslány na histologické vyšetření. Krvácení je zastaveno kauterem. Odebraný vzorek je histologicky vyšetřen. Pro větší úspěch léčby a snížení rizika návratu onemocnění podáváme lokální cytostatika do MM. Lokální anestetika se musí podat do 24 hodin od operace. Využívá se mitomycin C nebo epirubicin. Dle výsledku histologie může být zákrok opakován až šestkrát. Z důvodu velkého rizika recidivy nádoru musí být pacient sledován. Většinou v prvních šesti měsících nemocného pravidelně cystoskopicky vyšetřujeme z důvodu rizika recidivy nádoru. Za druhou možnost chirurgické léčby se považuje radikální cystektomie. Zákrok je využíván při infiltrujících nádorech nebo recidivujících nádorech nereagujících na lokální léčbu. V dnešní době jde o jedno z nejúčinnějších řešení s prognózou úplného uzdravení. Při radikální cystektomii bývá odstraněn močový měchýř s lokální lymfadenektomií. U žen jsou navíc odebrány vaječníky, děloha a vejcovody. Mužům je odstraněna prostata a semenné vajíčky. V dnešní době se diskutuje nad nutností odstranění pohlavních orgánů u svědomitě vybrané kategorie mužů a žen. Pohlavní tkáň nesmí být však zasažena nádorem. Operace je provedena v celkové anestezii. Operace má dvě části, první zahrnuje odstranění lymfatických uzlin v oblasti pánve a odstranění močového měchýře. Druhá část zajišťuje náhradní způsob derivaci moče. Operační zákrok je jeden z náročnějších výkonů. Délka operace bývá přibližně sedm hodin. Derivaci moče zajišťuje urostomie (DVOŘÁČEK, BABJUK, a kol., 2005), (MORÁVEK, VESELSKÝ, NAVRÁTIL, 2001).

3 PERIOPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Předoperační vyšetření rozdělujeme na dlouhodobou předoperační přípravu, krátkodobou předoperační přípravu v rámci nemocnice a bezprostřední předoperační přípravu (ZACHOVÁ, 2010).

3.1.1 DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Provádí se asi 14 dní před plánovanou operací. Praktický lékař nebo internista vyšetřuje nemocného a sepisuje posudek. Pokud se u nemocného objevují závažnější onemocnění, musí posoudit zdravotní stav před operací i specialista. Pacientovi se vyšetřuje krev na biochemické, hematologické, hemokoagulační vyšetření a krevní skupinu. Provádí se EKG, RTG srdce + plíce a ultrazvukové vyšetření. Jedinec je zvážen a přeměřeno se jeho tělesná výška (SKALICKÁ a kol., 2007), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

3.1.2 KRÁTKODOBÁ PŘÍPRAVA

Příprava se realizuje dvacet čtyři hodin před operací, kdy pacient podepisuje informovaný souhlas s operací a anestezií. Operační pole se připravuje umytím a oholením. Podává se nízkomolekulární heparin jako prevence tromboembolické nemoci. Pacient se zdravotní sestrou sepíše seznamu ceností, které následně uloží do trezoru. Od půlnoci pacient lační, nepije ani nekouří. Pokud je jedinec diabetik, musí místo snídaně dostat infuzi 10% glukózy, kdy se podle ranní glykémie přidává inzulin dle ordinace lékaře (SKALICKÁ a kol., 2007), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

3.1.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Uskutečňuje se dvě hodiny před operací. Probíhá kontrola celkové hygieny nemocného, navléknutí kompresních punčoch nebo provedení bandáží dolních končetin. Zavedení periferního venózního katétru. Pacientovi se podává ranní premedikace. Před odvozem na sál si pacient obléká jednorázovou halenu (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

3.2 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE Z DŮVODU VYTVOŘENÍ UROSTOMIE

Operace urostomie patří do plánovaných výkonů. Nemocný bývá většinou přijat k hospitalizaci jeden až dva dny před operačním výkonem. Před operací si je nutné projít základním předoperačním vyšetřením. Nutné je především interní vyšetření zahrnující elektrokardiogram srdce (EKG), RTG plic a srdce, laboratorní vyšetření. Internista posuzuje zdravotní stav pacienta z důvodu celkové anestezie.

Před operací je velice důležitá edukace nemocného lékařem, pokud má oddělení k dispozici, tak i specializovanou stomickou sestrou. Lékař edukuje pacienta o operačním výkonu, o jeho nutnosti a o možných komplikacích. Po této edukaci dá pacientovi podepsat informovaný souhlas s hospitalizací, zde se nachází i heslo pro telekomunikaci a informovaný souhlas s výkonem. Dále spolu se stomickou sestrou lékař zakreslí místo vývodu, při jehož lokalizaci se je důležité zamyslet nad zaměstnáním, proporcemi těla, kožními záhyby, ale také zručnost pacienta, aby zvládal následnou sebek péči.

Stomická sestra učí pacienta, co je urostomie, jak o urostomii pečovat, jaké jsou pomůcky a možnosti trhu, provádí alergickou zkoušku nalepením podložky a stomického sáčku, v němž je vložena tekutina. Nemocný si vyzkouší z žít s urostomií.

Dále je nemocný vyšetřen anesteziologem, který určí typ anestezie a premedikaci, dle zdravotního rizika. Pacient musí podepsat informovaný souhlas s anestezí (SKALICKÁ a kol., 2007).

Při radikální cystektomii odstraňujeme celý močový měchýř s následnou tvorbou ureteroileostomie, jedná se o větší chirurgicko-urologický zákrok. Nemocný dostává dva dny před výkonem bezsbytkovou dietu a den před operací pouze tekutiny. Ošetrovatelská péče se zabývá především důkladným vyprázdněním střeva pomocí vyprazdňovacích roztoků (dle zvyklosti oddělení se používá Fortrans nebo Picoprept) a přípravou operačního pole, které je důkladně zbaveno ochlupení. Důraz se klade i na premedikaci, která je tvořena z antibiotik a chemoterapeutik (MARKOVÁ, 2006).

Další příprava je již obecná. Nemocný musí být v den operace od půlnoci lačný a nesmí ani kouřit. Kvůli zvýšenému riziku vzniku tromboembolické nemoci v důsledku operace jsou pacientovi na dolní končetiny obléknuty kompresní punčochy nebo vytvořené bandáže a dle zvyklosti oddělení podán nízkomolekulární heparin. Před

odjezdem na sál si pacient odloží zubní protézu a jsou mu přeměřeny fyziologické funkce. Operační výkon trvá 4-8 hodin (MIKŠOVÁ, FROŇKOVÁ, ZAJÍČKOVÁ, 2006), (ZACHOVÁ a kol., 2010).

3.3 POOPERAČNÍ PÉČE

Po ukončení operace je pacient převezen na jednotku intenzivní péče, zde je napojen na monitorovací zařízení, které monitoruje EKG a fyziologické funkce, jako je krevní tlak, puls, dech, saturace kyslíkem a centrální venózní tlak ukazující hydrataci pacienta a velikost žilního návratu. Z důvodu operace bývá pacientovi už na sále zavedena orotracheální kanyla, kdy je pacient napojen k umělé plicní ventilaci. Operační výkon je pro organizmus dlouhý a náročný, proto se i na oddělení JIP ponechává pacient první dny na umělé plicní ventilaci. Důležitá je zvýšená pozornost u operační rány, tj. kontrola zda rána nekrvácí nebo zda nemá pacient bolesti (MIKŠOVÁ, FROŇKOVÁ, ZAJÍČKOVÁ, 2006), (KAPOUNOVÁ, 2007).

Bolest je řešena během prvních pěti dní kontinuálně pomocí epidurálního katétru. Pacientovi jsou zavedeny i další invazivní vstupy. Patří mezi ně centrální venózní katétre, díky němu může být podávána parenterální výživa nebo infuze a může být měřen centrální venózní tlak, arteriální katétre se využívá pro měření invazivního krevního tlaku a pro odběr arteriální krve na vyšetření acidobazické rovnováhy. Do arteriálního katétru nesmí být podány léčivé přípravky. Kvůli odvodu sekretu ze žaludku je již na operačním sále zavedena nasogastrická sonda (KAPOUNOVÁ, 2007).

Jedinec má většinou zavedeny dva drény, jež odvádí sekret z okolí operační rány. Zavedeny jsou do malé pánve po obou stranách. V prvních deseti dnech po operaci jsou pacientovi zavedeny ureterální cévky odvádějící moč z obou močovodů přes urostomii do urostomického sběrného sáčku. V urostomii je zavedena stomická cévka z důvodu dilatace. Urostomický sáček je připevněn sterilně již na sále, nejvhodnější je použít průhledný stomický sáček z důvodu kontroly stomie. Splinty je nutné proplachovat fyziologickým roztokem dle ordinace lékaře. Podle zvyklostí oddělení jsou splinty odstraněny většinou 10. pooperační den. Sestra kontroluje výdej u uretrálních cévek, stomické cévky, nasogastrické sondy a obou drénů, výsledek zapisuje do dokumentace (ČERVENKOVÁ, SNOPEK, 2013).

Operační rána je každodenně sterilně převazována, sestra hodnotí vzhled rány, její okolí a sekreci. Z důvodu větší operace jsou pacientovi každý den hodnoceny kvůli případné infekci zánětlivé parametry.

Důležitá je i rehabilitace, se kterou začínáme již druhý pooperační den zvýšenou polohou, posazením pacienta s nohama svěšenýma z lůžka a dechovou rehabilitací. Třetí pooperační den již nemocný vstává z lůžka a zkouší i chůzi. Rehabilitace pomáhá především k rozběhnutí střevní peristaltiky. Většinou je okolo osmého dne nemocný přeložen na standardní oddělení.

Velice důležitá je psychická podpora a opětovná edukace. S vytvořením stomie většinou vzniká i strach, proto je důležitá podpora rodiny. Stomická sestra zhodnotí znalosti, zručnost, návyky a postoje pacienta. Podle informací, které z rozhovoru získá, povede edukaci. Nutná je při edukaci trpělivost, podpora a pochvala pacienta. Pro úspěšnou edukaci je nutné zvolit správnou formu, metodu, cíl, ale i dobu trvání edukace. Stomická sestra učí a motivuje pacienta, aby byla péče o urostomii na co nejlepší úrovni podle možnosti jedince. Edukuje však i rodinu, jak převazovat urostomii, pomáhá určit množství pomůcek na měsíc, vysvětluje, na jaký příspěvek vzniká pacientovi nárok od pojišťovny a odboru sociální péče. Edukuje o nutnosti pitného režimu. Po předání informací pacientovi sestra postupy opakuje a upevňuje pacientovy znalosti, které je nutné ověřit. Před ukončením hospitalizace je nutné zvážit, zda pacient zvládá sebe péči. Při propuštění z nemocnice dostane jedinec Kartu stomika v níž je uveden kód i název pomůcek a kontakty na stomické sestry. Dále získá zásobu stomických pomůcek na několik dnů. Hlavním úkolem stomické nebo všeobecné sestry je empatie, soustředěnost a chápavost, pomocí níž sestra získá pacientovu důvěru. Pokud sestra získá důvěru, zjistí od nemocného jeho trápení. Sestra získá i informace, jak pacientovi pomoci s adaptací (ZEMAN, KRŠKA a kol., 2011), (MARKOVÁ, 2006), (ZACHOVÁ a kol., 2010), (BARTOŠOVÁ, HUDCOVÁ, 2007).

3.4 KOMPLIKACE

U urostomie mohou nastat komplikace, které dělíme na časně a pozdní. Všem komplikacím se nedá předcházet. Většina komplikací vzniká díky nevhodně zvolenému místu vývodu, špatné konstrukci stomie, nedodržování standardu při ošetřování urostomie. Mezi časně komplikace řadíme krvácení, otok urostomie, nekrózu okrajů,

parastomální absces. U pozdních komplikací popisujeme vtažení stomie, stenózu stomie, kontaktní iritační dermatitidu (MARKOVÁ, 2006).

3.4.1 ČASNÉ KOMPLIKACE

Slabší krvácení v místě okrajů stomie je běžným projevem. Pokud však nedojde k zastavení krvácení, vzniká velké riziko, že byla céva poraněna. Tento stav se musí neprodleně řešit konzervativním nebo chirurgickým postupem.

Nekróza okrajů urostomie je stav, kdy odumře tkáň v důsledku špatného zásobení krví, mění se barva urostomie z růžovo-červené nejprve na tmavě červené zbarvení, při trvání nekrózy na fialové zbarvení. Při tomto stavu už dochází k porušení vitálnosti urotomie. Léčba spočívá v odstranění nekrotické tkáně. Pacienta edukujeme o možnosti vzniku nekrózy i v důsledku nošení nevhodného oděvu.

Parastomální absces je lokální zánět, který může způsobit odloučení stomického vývodu od okrajů rány. Většinou se provádí derivace abscesu pomocí drénu. Důležitá je hygiena rány. Při pokročilém zánětu přistupujeme k nasazení antibiotické terapie.

Kontaktní iritační dermatitida je nejčastější komplikace stomie. Vzniká při kontaktu biologického obsahu s kůží nebo jako důsledek alergické reakce na stomické pomůcky. Dochází k poškození kůže a k propouštění látek do epidermální vrstvy. Vzniká kožní erytém, edém a macerace. Pomocí kožního testu je velice důležité určit, zda se jedná o alergickou reakci. Stomická pomůcka se nalepí na nepostížené místo. Při objevu dermatitidy a potvrzení, že jde o alergickou reakci, musí být zvolena jiná stomická pomůcka (ZACHOVÁ a kol., 2010), (MARKOVÁ, 2006).

3.4.2 POZDNÍ KOMPLIKACE

Vtažení stomie je stav, kdy se stomie nachází pod úrovní kůže. Je to velice vážná komplikace, dochází k podtékání biologického obsahu. Biologický obsah začne narušovat okolní tkáň. Musíme zvolit vhodný typ pomůcky, který se vmáčkne do kůže. Příčiny vtažení stomie jsou změny tělesné hmotnosti nebo špatný stav střeva při ureteroileostomii.

Stenóza stomie vzniká zúžením vývodu. Stenóza zabraňuje odtoku moči. Při menším uzávěru je stomie dilatována dilatátory nebo prstem. Pokud je stenóza

již pokročilá, musí být provedena chirurgická revize. Zúžení vzniká při hojícím procesu, kdy se vytváří kolagenová jizva, která stomický vývod sevře.

Metabolické komplikace vznikají, pokud je použita střevní tkáň na derivační cestu nebo rezervoár. Metabolické komplikace vznikají při dlouhodobém působení agresivní moči na střevní tkáň. Střevní tkáň si dál uchovává svoji funkci absorbovat, i když už plní jiný úkol. To má za následek zpětné vstřebání škodlivých látek a metabolitů zpět do těla, kdy dochází k elektrolytové dysbalanci. Nejčastější porucha je metabolická acidóza, která vzniká vstřebáváním chloridu amonného. Při absorbování chloridu amonného se snižuje pH. Stupeň acidózy je podmíněn stavem renálních funkcí.

V důsledku dlouhodobého působení moči na střevní tkáň roste i riziko vzniku adenokarcinomu. Riziko tvorby sekundární malignity je osmdesátkrát vyšší než u ostatní populace (DVOŘÁČEK, BABJUK, 2005), (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2006), (HYKLOVÁ, 2012).

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O UROSOTMIE

Ošetrovatelskou péčí o urostomii řadíme mezi náročnější dovednosti. Nejdůležitější je udržet pokožku v okolí čistou, suchou a nepoškozenou. Nevýhoda urostomie je, že moč je derivována neustále, to stěžuje lepení stomických pomůcek. U výměny se využívá malého tampónku nebo gázy, jež se přilepí na urostomii. Před samotnou výměnou je důležitá příprava pomůcek k očištění stomie, například žínky, pěna na mytí pokožky, odstraňovač náplastí. Pro edukaci i zrcátko, aby pacient na urostomii lépe viděl. Dále je nutné připravit urostomickou podložku, šablonku na určení velikosti stomie a sběrný sáček.

Podle šablony bude pacient vystřihovat otvor v urostomické podložce. Urostomie bude po operaci ještě měnit svůj tvar i velikost. Na tuto možnost musí být pacient upozorněn. Doporučení pro vystřížení otvoru na podložce je takové, že by měl být otvor větší o jeden až dva centimetry, než je stomie, aby nedocházelo k jejímu mechanickému poškození (ZACHOVÁ, 2011), (ZACHOVÁ a kol., 2010).

3.5 OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP PŘI PÉČI O UROSOTMII

Ošetrovatelství je vědecký obor, který aktivně hledá a uspokojuje individuální požadavky jedince ve zdraví i v nemoci. Údělem ošetrovatelství je péče o člověka.

Ošetrovatelský personál umožňuje ošetrovatelskou péči jedincům, rodinám i skupině lidí. Převazy nejprve realizuje stomická nebo všeobecná sestra, následně přenechává sebekéči na pacientovi. Nemocný je pobídnutý k poloze na zádech nebo vsedě. Výměna stomického sáčku by měla být provedena při naplnění sáčku z jedné jeho čtvrtiny.

Z urostomie odlepíme starou podložku, jež se opatrně odlepuje pomocí spreje odstraňujícího adheziva. Nikdy nesmí být podložka strhávána, mohlo by dojít k poškození integrity kůže. Urostomii opláchneme vlažnou vodou a pomocí mycí pěny omyjeme okolí. V případě, že se v blízkosti stomie nachází ochlupení, je třeba místo oholit. Po omytí kůži vysušíme, pro důkladné vysušení můžeme použít i fén na vlasy. Přiložíme na urostomii tampónek, který zachytává odtékající moč. Pokožku potřebe ochranným filmem, který zajistí lepší přilnutí podložky.

Prostřednictvím papírové šablony změříme velikost urostomie. Podle šablony vystříhneme otvor do podložky. Na trhu se dnes nachází i tvarovatelná podložka, tu pouze upravíme prsty do požadované velikosti. Novou podložku před nalepením prohřejeme v ruce. Po prohřátí podložku nalepíme, podložku lepíme odspodu. Po přilepení je nutné, aby zůstal pacient chvíli v klidu.

Výměna by se měla provádět nejlépe v ranních hodinách po probuzení z důvodu menšího odvodu moče. Ideálně by se měly pomůcky vyměňovat po třech dnech. Pokud je pokožka v okolí stomie nerovná nebo vlhká, může dojít k odlepení podložky a následnému protékání moči. Při nerovnosti kůže je nutno používat vyplňovací pastu, ta se používá ještě před nalepením podložky.

Sestra sleduje, zda nedochází k podtékání moči pod urostomii. Kromě toho sleduje funkčnost stomie, vzhled stomie, okolí stomie a tyto informace zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace (ZACHOVÁ a kol., 2010), (MARKOVÁ, 2006).

3.6 ŽIVOTNÍ STYL S UROSTOMIÍ

Každý člověk si kvalitní život definuje jinak. Všichni touží mít co největší kvalitu života. Kvalita pacientova života by po operaci urostomie měla být stěžejní pro urologa, chirurga i stomickou sestru. Pacienti chtějí mít po operaci stejně kvalitní život jako před operací. Další přání pacientů je, aby urostomie nepředstavovala komplikace v každodenním životě. Při zavedení urostomie se musí pacient smířit s novým vzhledem svého těla, ale i se změnou životního stylu. Nemocný musí jinak fungovat v zaměstnání,

při pohybovém režimu, při kontaktu s rodinou nebo životním partnerem. U většiny nemocných se před operací, ale především po operaci, dostavuje pocit vzteku, strachu, beznaděje, úzkosti. Vytvoření stomie je považováno za velice náročnou životní situaci. Důležitá je podpora rodiny i partnera. Většina pacientů má strach z reakce okolí, z tohoto důvodu se mohou začít vyhýbat společnosti. Pacienti mají pocity menší sexuální přitažlivosti. Tento problém může být vyřešen nošením fixačního prádla, které zpevňuje, ale i zakrývá. Pacient by se měl vyhýbat silovým činnostem v zaměstnání i sportu. Jako sport je vhodný například tenis nebo plavání.

U výživy by měli pacienti především zvýšit příjem tekutin. Nemocného ohrožuje zejména vznik infekce močových cest. Z tohoto důvodu by jedinci měli vypít dva a půl litru tekutin za 24 hodin. Je nutno vyhýbat se příjmu většího množství vitamínu C a kyselé stravě kvůli riziku vzniku konkrementů. Pacienti musí pomocí lakmusových papírků kontrolovat pH moči. Vyvarovat by se měli alkoholu a kofeinových nápojů. Každý nemocný dostane před propuštěním domů kontakty na stoma poradny. Stoma poradna pomáhá pacientům s výběrem a zajištěním pomůcek. Předepisují se zde poukazy na pomůcky. Při ukončení hospitalizace odchází pacient z nemocnice vybaven pomůckami na jeden měsíc kvůli možné změně velikosti a tvaru stomie. První rok po operaci se návštěvy ve stoma poradnách doporučují po třech měsících. Pokud se stav urostomie nezmění, jsou po jednom roce od operace návštěvy doporučeny po šesti měsících. Pro urostomiky je vhodná návštěva stomických klubů (MARKOVÁ, 2006), (ZACHOVÁ a kol. 2010).

3.7 SEXUÁLNÍ ŽIVOT PACIENTŮ S UROSTOMIÍ

Sexuální aktivity jsou jednou z hlavních problematik při vytvoření urostomie. Problémy mohou nastat v důsledku psychiky nebo s operačním výkonem a léčbou. U psychiky je hlavní změna vzhled těla, na kterou si jsou urostomici nuceni zvykat. Strach mívají především z přitažlivosti pro opačné pohlaví. Při operaci může být poškozená okolní tkáň. Každé pohlaví vnímá problematiku odlišně (ZACHOVÁ a kol., 2010).

3.7.1 SEXUÁLNÍ PROBLEMATIKA MUŽSKÉHO POHLAVÍ

Pro mužské pohlaví jsou obtížemi především poruchy erekce, předčasná ejakulace nebo se ejakulace nedostaví vůbec. Dysfunkce vzniká v důsledku operace, během zákroku je poškozená okolní cévní či nervová tkáň. Poruchy mají v důsledku psychiky za následek snížení sexuální touhy. Muži hodně podléhají bolesti více než ženy. U mužů léčených onkologicky vzniká neplodnost (ZACHOVÁ a kol., 2010).

3.7.2 SEXUÁLNÍ PROBLEMATIKA ŽENSKÉHO POHLAVÍ

Pro ženy je nejtěžší akceptovat vzhled nového těla. Na rozdíl od mužů je problematika ženského pohlaví orientovaná spíše na psychickou stránku. Ženy mají strach, že nejsou s urostomií přitažlivé pro opačné pohlaví. Projevy psychických obtíží jsou odtažitost od společnosti, snížení sexuální touhy, ale i nemožnost vzrušení. Potíže způsobuje odstranění pohlavních orgánů, což způsobuje nedostatek hormonů. Pokud jsou pohlavní orgány ponechány, může žena dva roky od operace urostomie otěhotnět. Během těhotenství musí chodit na pravidelné kontroly k urologovi a stomické sestře. V průběhu růstu těhotenského břicha může dojít k prolapsu stomie, žena pak musí měnit typ podložky (ZACHOVÁ a kol., 2010).

3.7.3 SEXUÁLNÍ PROBLEMATIKA PARTNERA STOMIKA

Pro partnera stomika není nově vzniklá situace lehká. Každý člověk je zvyklý být v intimní chvíli vyprazdňování v soukromí. Při založení urostomie tomu tak není. V případě, že partner pomáhá stomikovi v péči o urostomii, zaujímá roli, jež se špatně propojuje s rolí sexuálního partnera. Partneři mají strach, aby při sexuální činnosti stomikovi neublížili. Jediná možnost, jak problémy překonat, je hovořit o problému, komunikovat o pocitech (STOMICI, 2011).

3.8 STOMICKÝ KLUB

Stomické kluby jsou neziskové organizace spojující lidi s ileostomií, kolostomií nebo urostomií. Setkávají se tu aktivní stomici, lékaři a stomické sestry, všichni pomáhají novým pacientům smířit se s novou životní situací. Stomické kluby organizují kurzy, setkání, odborná školení. Při setkání si stomici předávají zkušenosti a mluví o problémech, které je trápí. Na kurzech získávají nové pomůcky, jež si mohou

i vyzkoušet. Učí se, jak zdokonalit postup v péči o urostomii, do níž je zařazena i rodina urostomika. Stomické kluby organizují i výlety pro rodiny urostomiků. V České republice je v dnešní době 27 místních spolků (ILCO, 2018).

Místní spolky kooperují se sdružením České ILCO. České ILCO vzniklo v prosinci 1992 v Brně. Název vznikl spojením dvou slov ileostomie (IL) a kolostomie (CO). Jedná se o celorepublikové sdružení stomiků, jehož hlavním úkolem je hájit zájmy stomiků u Ministerstva zdravotnictví ČR nebo pojišťoven, s nimiž sdružení jedná. Světový den stomiků připadá na druhého října. První stomický klub vznikl v Phoenixville v roce 1949, poté došlo v Nizozemsku v roce 1975 ke vzniku Mezinárodní organizace stomiků. (DRLÍKOVÁ, ZACHOVÁ, KARLOVSKÁ a kol., 2016). (ZACHOVÁ a kol., 2010),

4 UROSTOMICKÉ POMŮCKY

Na fyziologickém fungování urostomie se podílí především správný výběr urostomických pomůcek stomickou sestrou. Ty musí být pacientovi vybrány na míru podle určujících znaků.

4.1 HISTORIE POMŮCEK

V minulosti pomůcky v podstatě neexistovaly, a tak docházelo k úniku zápachu. Z tohoto důvodu byli v historii urostomici odloučeni od společnosti. V této době převládala předpojatost, že stomici nemohou žít plnohodnotný život.

První technika pro ošetření urostomie se zakládala na přiložení vaty na urostomii. Díky zápachu pacienti prožívali pocity méněcennosti, což jim znesnadňovalo smířit se s novým vzhledem těla, ale i se zařazením do běžného života. Vážnější problém představoval kontakt moče s pokožkou, což vedlo k velkým komplikacím. Vývoj pomůcek započal až v šedesátých letech dvacátého století, kdy se připevňoval urostomický sáček poutky kolem stomie. Jako pomůcka se využíval i Jánošíkův pás. Ten však omezoval pacienty ve volném pohybu. Hlavní nedostatek Jánošíkova pásu byl fakt, že nepřilnul k tělu, a tak docházelo k protékání obsahu. Změna nastala až s vynálezem lepicích urostomických sáček, které na sobě měly agresivní lepidlo. Častá výměna vyvolala podráždění kůže. Vývojem došlo k využití pryskyřice jako podložky. Postupným rozvojem došlo k úplnému zdokonalení urostomických pomůcek, pomůcka je nenápadná a šetrná (ZACHOVÁ a kol., 2010), (Historie a vývoj stomických pomůcek, 2009).

4.2 UROSTOMICKÉ POMŮCKY V DNEŠNÍ DOBĚ

Urostomické pomůcky rozdělujeme na dva systémy: jednodílný a dvoudílný. Typ urostomického systému vybírá stomická sestra dle zručnosti pacienta. Pomůcky by měly splňovat kritéria pro pohodlný život urostomika. Důležitá je především diskrétnost, ochrana kůže, jednoduchá péče. Všechny stomické podložky dobře přilnou na kůži, jsou z přírodních materiálů, jsou kombinované s ostatními látkami, které mají i lehce hojivé účinky.

V dnešní době figuruje na trhu mnoho výrobců stomických pomůcek, například firma ConvaTec, Coloplast, B.Braun, WELLAND Medical a další. Všechny firmy se specializují na multifunkčnost svých pomůcek. Pomůcky jsou různých tvarů, materiálů, velikostí, barev a systémů. Firmy distribuují kromě stomických podložek a sáčku i stomické doplňky (ZACHOVÁ, 2011), (ILCO, 2018).

Naprostá většina pomůcek je plně hrazena zdravotními pojišťovnami, u několika pomůcek je nutné schválení revizním lékařem (ILCO, 2018).

U jednodílného systému jsou podložky součástí sběrného sáčku. Sáčky jsou s výpustným ventilem, ale i nevýpustné. Moč se ventilem vypouští, a proto není potřeba při naplnění sáčku měnit celý systém. Jednodílný systém se mění po dvou dnech. Dvoudílný systém je složen z podložky a sběrného sáčku, jsou k sobě připojeny pomocí přírubového kroužku. Při naplnění sběrného sáčku se vymění pouze sáček. Podložka zůstává na těle tři až pět dní, kdy dochází k porušení přilnutí. Tento typ se využívá častěji i kvůli větší variabilitě podložek. Příkladem je plochá tvarovatelná podložka, u které se velikost a tvar otvoru upravuje pomocí prstů. Vhodná je v prvních dnech po operaci nebo pro lidi, kteří mají tukové záhyby. Konvexní podložka je vhodná při vtažení stomie pod úroveň kůže. Podložka se vmáčkne okolo stomie svou vystouplou částí, čímž zabráňuje podtékání biologického obsahu. Další možností je podložka, kde se musí otvor vystříhnout pomocí nůžek. Manipulace s podložkou je náročnější. U tohoto typu musí pacient vyměřit pomocí šablony velikost urostomie a podle toho vystříhnout na podložce otvor.

V noci mohou pacienti používat drenážní sáček, kam moč odtéká, čímž se snižuje riziko prasknutí urostomického sáčku. Stomický sáček má maximální obsah pět set mililitrů. Drenážní sáček bývá napojen na výpusť urostomického sáčku. Drenážní sáček musí být pod úrovní urostomie, aby nedošlo ke zpětnému návratu moči. Ochranný zásypový pudr je používán k ochraně a na podrážděnou pokožku pod podložkou. Adhezivní pasta se používá pouze k ochraně pokožky kolem urostomie. Tělová pěna opatrně čistí urostomii. Odstraňovač náplastí pomáhá odlepit přilepenou podložku, aniž by došlo k poškození pokožky. Tělové ubrousky vytváří ochrannou vrstvu na pokožce (MARKOVÁ, 2006), (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ a kol., 2006), (TELLEROVÁ, 2006), (MIKŠOVÁ, FROŇKOVÁ, ZAJÍČKOVÁ, 2006), (ZACHOVÁ, 2011)

4.3 LIMITY ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN NA UROSTOMICKÉ POMŮCKY

V České republice zdravotní pojišťovny plně hradí téměř všechny pomůcky. Z tohoto důvodu jsou vytvořena pravidla pro jejich čerpání. Měsíční limit pro plné hrazení pomůcek je patnáct urostomických podložek a třicet kusů urostomických sáčků, dle výběru (jednodílné či dvoudílné). Pudry a ochranné filmy mají maximální limit 1000 Kč za měsíc. Limit pro hrazení urostomických past je hrazen 100 %. Limit na odstraňovač náplastí činí 300 Kč na jeden měsíc, používá se poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku. Poukázku je možné vypsát maximálně na tři měsíce dopředu. Poukaz předepisuje praktický lékař nebo lékař se specializací v urologii, onkologii nebo chirurgii. Pokud je množství pomůcek v limitu nedostačující, je nutné napsat písemnou žádost, proč množství pomůcek nedostačuje. Žádost se odesílá reviznímu lékaři příslušné pojišťovny (ILCO, 2018).

5 KAZUISTIKA PACIENTA S UROSTOMIÍ Z DŮVODU NÁDORU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

V uvedené kazuistice uvádíme průběh ošetrovatelské péče o pacienta s urostomií z důvodu nádoru močového měchýře. Pacient byl informovaný o zpracování osobních údajů a souhlasil s jejich použitím pro účely bakalářské práce.

ANAMNÉZA

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:

- **Jméno a příjmení:** Z. R.
- **Věk:** 56
- **Pohlaví:** muž
- **Vzdělání:** maturitní
- **Stav:** ženatý
- **Státní příslušnost:** Česká republika

RODINNÁ ANAMÉZA

- **Matka:** léčena se srdcem přesně neví s čím a hypertenzí
- **Otec:** 68+ autonehoda
- **Sourozenci:** sestra 37 + cirhóza jater, bratr hypertenze
- **Děti:** syn má alergii, dcera astma bronchiále

OSOBNÍ ANAMNÉZA:

- **Překonaná a chronická onemocnění:** běžná dětská onemocnění, hypertenze, alergie
- **Hospitalizace:** žádná
- **Úrazy a operace:** zlomenina tibie v 10 letech
- **Transfúze:** na chirurgickém oddělení podány dva krevní deriváty
- **Očkování:** běžná povinná očkování

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:

- **Stav:** ženatý
- **Bytové podmínky:** v rodinném domě
- **Vztahy, role a interakce v rodině:** vztahy v rodině jsou bez obtíží
- **Vztahy, role a interakce mimo rodinu:** pacient je společenský

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA:

- **Potraviny:** jahody, jablko
- **Léky:** Omnic
- **Chemické látky:** není alergický na chemické látky
- **Jiné:** prach, pyl, peří

LÉKOVÁ ANAMNÉZA:

- Tenormin 50mg 1- 0- 0
- Xados 20mg 1- 0- 0

SPIRITUÁLNÍ ANAMÉZA: nemocný je ateista

RELIGIÓZNÍ PRAKTIKY: nemocný nemá žádné náboženské praktiky

KATAMNÉZA

7. 11. 2017

56letý pacient přichází pro infekci močových cest k praktickému lékaři. Pálí ho při močení. Praktický lékař nechal vyšetřit moč sediment a mikrobiologii nemocného, dále krev na hematologii a biochemické vyšetření. Zánětlivé parametry nebyly zvýšené, kultivace moči byla negativní. Výsledky vyšetření ukázaly, že je pacient anemický. Praktický lékař nemocnému navrhl vyšetření na urologické ambulanci.

13. 11. 2017

Pacient na doporučení přichází do urologické ambulance s nedostatkem informací o zdravotním stavu. Urolog pacienta palpačně vyšetřil i per rektum, kde nahmatal útvar na prostatě. Znovu bylo provedeno vyšetření moče i krve na nádorové markery. Nádorové markery vyšly pozitivně. Vyšetření krevního obrazu ukázalo, že byl hemoglobin pouze 85 g/l. Pacient bagatelizuje výsledky vyšetření, pořád se domnívá, že jde pouze o infekci. U pacienta se projevuje ošetrovatelská diagnóza neefektivní popírání skutečnosti. Urologický lékař vysvětlil pacientovi, jaký bude další postup, předal nemocnému žádanky na sonografické vyšetření a vyšetření CT. Výsledky CT vyšetření potvrzují tumor vesicae urinae s infiltrací do prostaty. Urolog domluvil s pacientem datum cystoskopického vyšetření s odběrem vzorku tkáně, která se odesílá na biopsii, na 20. 11. 2017 v 10:30 hodin. Pacient dostal žádanku na předoperační vyšetření kvůli svodné anestezii.

20. 11. 2017

Pacient přichází do nemocnice na odběr vzorku tkáně neboli biopsii. Vzorek se posílá na histologické vyšetření.

28. 11. 2017

Výsledky histologie potvrdily zhoubný útvar močového měchýře. Pacient truchlí kvůli vytvoření urostomie. Truchlení patří do ošetrovatelských diagnóz.

5. 12. 2018

Nemocný podstoupil scintigrafické vyšetření kvůli přítomnosti metastáz v kostech. Vyšetření bylo negativní. Pacient dostal od urologa žádanku na předoperační vyšetření kvůli celkové anestezii. Termín operace byl domluvený na 8. 1. 2018.

5. 1. 2018

Pacient nastoupil k hospitalizaci na standardní oddělení kvůli přípravě na operaci. Strach nemocného se prohlubuje. Pacient má nedostatek informací. Lékař na oddělení provedl vstupní vyšetření a edukaci pacienta. Naordinoval opětovné vyšetření krve. Pacient podepsal souhlas s hospitalizací. Všeobecná sestra sepsala ošetrovatelskou anamnézu a provedla pacienta po oddělení. Pacient byl ještě z důvodu operačního

výkonu vyšetřen anesteziologem. Nemocnému vysvětlili typ anestezie a význam epidurálního katétru. Pacient podepsal informovaný souhlas s celkovou anestezíí.

6. 1. 2018

U pacienta byla zahájena transfúzní terapie a předoperační příprava. Tento den má pacient bezobytkovou dietu. Nemocnému byly podané dva transfúzní přípravky. Pacient je úzkostný, má strach z operace a z nového životního stylu po operaci. U pacienta se projevuje ošetrovatelská diagnóza strach. Kontrolní vyšetření na krevní obraz ukázalo vzestup hemoglobinu z 85 g/l na 100g/l. Při večerní prohlídce lékař opět edukoval jedince o dalším postupu předoperační péče a naordinoval medikaci hypnotika na noc. Ve 21.00 je jedinci podána antikoagulační medikace Fraxiparinem 0.6ml.

7. 1. 2018

Den před plánovanou operací byly pacientovi zkontrolované zánětlivé parametry z odběru krve. Zánětlivé parametry byly negativní. Pacient má k obědu pouze bujón, od oběda smí jen pít. Všeobecná sestra připravila pacientovi roztok Picoprepu na vyprázdnění trávicího ústrojí, dále vyholila operační pole. Jako důsledek podávání vyprazdňujícího roztoku dochází u nemocného k dočasné inkontinenci stolice. Inkontinence stolice je ošetrovatelská diagnóza. Při večerní vizitě byl nemocný edukováno průběhu operace a pooperační léčbě, poté podepsal informovaný souhlas s operačním výkonem. Ve 21:00 je podán Fraxiparin 0,6 ml a hypnotika na spaní. Od půlnoci nemocný nesmí pít.

8. 1. 2018

Pacient se v den operace došel vysprchovat, oblékl se do jednorázového oblečení. U pacienta si připadá bezmocný, protože nemůže operaci zrušit. Nepřeje si mít urostomii. Bezmocnost je ošetrovatelská diagnóza. Dále všeobecná sestra pacienta premedikovala atropinem a morfinem podle ordinace anesteziologického lékaře. V 8:30 byl nemocný odvezen na operační sál. Po operaci v 16:30 byl zaintubovaný pacient převezen na jednotku intenzivní péče.

- **Datum a hodina přijetí:** 8. 1. 2018 16:30
- **Typ přijetí:** plánované
- **Oddělení:** JIP

- **Důvod přijetí udávaný pacientem:** operace

MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA HLAVNÍ

Tumor vesicae urinae s infiltrací do prostaty

Anémie

MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA VEDLEJŠÍ

Hypertenze

Alergie

INFORMAČNÍ ZDROJE

Pacient, ošetrovatelská dokumentace z oddělení a rodina.

Tabulka 1 Vitální funkce při přijetí na oddělení JIP

TK: 78/49	VÝŠKA: 180cm
P: 50 za min.	HMOTNOST: 90 kg
D: 17 za min. umělá plicní ventilace	Body mass index: 27, 8
TT: 36,1 °	Vědomí: tlumeno

Zdroj: vlastní

ZHODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU

10. 1. 2018 - druhý pooperační den.

Tabulka 2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření:		
	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
HLAVA A KRK	„ Mám nepříjemný pocit v krku, musím neustále kašlat, mám pocit sucha v puse. “	Hlava mezocefalická, oční štěrby souměrné, zornice izokorické s fotoreakcí, spojivky růžové barvy, bulby pohyblivé všemi směry, uši bez výtoků, v rty symetrické, suché, jazyk suchý, bez povlaku, plazi středem, v dutině ústní se nachází léze. Krk v přiměřené formě, pohyblivý všemi směry, štítná žláza a lymfatické uzliny bez zvětšení, karotidy pulzující bez patologických změn. Pacientovi se hůře mluví a pociťuje nepříjemný pocit z důvodu předchozí umělé plicní ventilace

HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTEM	„ Snažím se dýchat, je to pro mě zatím namáhavé. “	Pacient na sále zaintubován, první pooperační den snaha o odvyknutí od ventilačního přístroje. Odvykání nebylo úspěšné. Z tohoto důvodu pacient převeden na režim intermitentní zástupové ventilace s mandatorním dechem během noci. Dnes v 8:00 pacient extubován. Hrudník je symetrický při spontánním dýchání se rovnoměrně rozpíná. Na hrudníku se nachází monitorovací svody. Na posílení dýchacích svalů se používá po 6 hodinách neinvasivní ventilace CPAP na 30 minut.
SRDEČNĚ CÉVNÍ SYSTEM	„ Nevím, mám vysoký tlak“	Pacient má po operačním výkonu hypotenzi z tohoto důvodu je ordinována kontinuální katecholaminová podpora. Pacient má snížený centrální venózní tlak. Tekutiny jsou hrazeny intravenózně. Akce srdeční je pravidelná.
BŘICHO A GIT	„ Mám pocit nafouknutí. Mám křeče v břiše. “	Břicho nafouklé, měkké, prohmatné, na pohmat nebolestivé, vyšetření ledvin nebolestivé, játra bez patologií, peristaltika po operaci se rozbíhá. Již došlo i k flatulenci. Stolicе 0. Výživa parenterální výživou. Dnes snaha o sipping a kašovitou výživu dle tolerance.
MOČOVÝ A POHLAVNÍ SYSTEM	„ Nechci mít vývod moče na břiše.“	Pacient má vytvořenou urostomii, z ní vychází uretrální cévky, aby nedošlo k zatížení anastomóz. Urostomie je bez známek patologie. Moč odvádí uretrální cévky a urostomická cévka. Je sledována bilance tekutin po jedné hodině všech cévek zvlášť. Cévky jsou proplachovány po 6 hodinách 2 ml destilovanou sterilní tekutinou. Penis bez obtíží. Varlata symetrická.
KOSTERNÍ A SVALOVÝ SYSTEM	„ Po operaci si přijdu slabý. “	Dolní končetiny bez edému a varixů. Pohyblivost lehce omezená v důsledku operace. Pacient začíná rehabilitovat. Kosterní systém bez patologických změn.
NERVOVÝ SYSTEM A SMYSLY	„ Bojím se, že už nebudu moct normálně žít. “	Pacient je při vědomí, orientovaný všemi body testu, snaží se spolupracovat. Pacient je z nové situace úzkostný až lehce depresivní. Nelíbí se mu nový vzhled těla. Všechny smyslové vjemy jsou bez porušení. Hlas je lehce chraplavý po extubaci.
ENDOKRINNÍ SYSTEM	„ Nikdy jsem neměl nemocnou štítnou žlázu “	Pacient má endokrinní systém bez patologie.
IMUNOLOGICKÝ SYSTEM	„ Mám alergii na prach, pyl, peří.“	Alergie je na Omnic, jahody, jablka, prach, pyl, peří. Lymfatické uzliny jsou bez patologického zvětšení.
KŮŽE A JEJÍ DOPLŇKY	„ Operační rána mě bolí.“	Kůže je růžová, snížený kožní turgor, bez přítomnosti proleženin. Operační rána častěji prosakuje krvavým exudátem, okolí i rána bez známek infekce. Dnes se rána poprvé převazovala. Nehty přiměřené délky, vlasy jsou krátké.

Zdroj: vlastní

Tabulka 3 Psychický stav

Psychický stav

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
VĚDOMÍ	Posouzení bez pacienta.	Nyní při vědomí. Po operaci byl pacient tlumen z důvodu umělé plicní ventilace. Od prvního pooperačního dne byl jedinec bez tlumení.
ORIENTACE	„Jsem po operaci na jipovém oddělení.“	Orientován všemi body testu.
NÁLADA	„Už nikdy nebudu žít normální život.“	Pacient je úzkostný až lehce depresivní. Nechce přijmout nový vzhled těla.
PAMĚŤ	„Pamatuji si dobře.“	Bez obtíží
TYP OSOBNOSTI	„Mám rád společnost.“	Sangvinik
PERCEPCE ZDRAVÍ	„Už nikdy zdravý nebudu.“	Pacient se hůře adaptuje na nový životní styl v důsledku urostomie.
ADAPTACE NA ZMĚNU ZDRAVOTNÍHO STAVU	„Už nikdy nebudu žít jako dřív.“	Adaptace na zdravotní stav bude vyžadovat delší časové období. Bude nutná podpora zdravotního personálu a rodiny.
PROJEV PSYCHICKÉ PROBLEMATIKY	„Bojím se reakce okolí i blízkých lidí na urostomii.“	Pacient se bojí, že bude kvůli urostomii vyrazen ze společnosti. Bojí se být sám z důvodu přemýšlení nad budoucností.

Zdroj: vlastní

Tabulka 4 Každodenní aktivity

Každodenní aktivity		
	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
STRAVA A PITNÝ REŽIM	„Chci už normální jídlo. Doma jsem jedl třikrát denně a vypil jsem 1,5litru tekutiny.“	Pacient má parenterální výživu. Tekutiny hrazeny infuzní terapií. Dnes poprvé sipping a bujón dle tolerance.
VYLUČOVÁNÍ MOČE A STOLICE	„Před operací jsem neměl žádný problém. Teď mi moč odchází na břicho a budu muset nosit pytlíky. Stolice bez problémů.“	Pacient má vytvořenou ureteroileostomii dle Brickera. Z obou ledvin jsou vyvedeny ureterální cévky přes urostomii vyvedeny na povrch. V urostomii je zavedena i urostomická cévka. Přes cévky je moč derivována. Moč a plyny odchází. Stolice ještě nebyla.
SPÁNEK	„Doma vstávám okolo 7 hodiny a spát chodím nejčastěji v 21:00. Tady jsem hodně unavený, spím dobře.“	Pacient bývá hodně unavený, usíná již v 19:00 hodin. Pospává i během dopoledne.
DENNÍ ČINNOSTI	„Jsem zvyklý chodit na procházky. Dny trávím aktivně. Tady už se nudím a musím přemýšlet nad budoucností.“	Pacient tráví dny méně aktivně, má hodně času na přemýšlení, pak začíná být lehce depresivní. Pacient musí být hodně motivován. Každý den za pacientem chodí rodina.
HYGIENA	„Každý den jsem se sprchoval, tady mě umývají na posteli. Stydím se za své tělo.“	Ranní hygiena se provádí na lůžku. Kdy se pacient snaží o co největší sebekpéči i za pomoci zdravotnického personálu. Další dny už bude hygiena ve sprše.
SOBĚSTAČNOST	Vše jsem před operací zvládal	Pacient je téměř soběstačný,

	sám, nyní mi pomáhají sestřičky, když něco nezvládnou. Doufám že, budu co nejdřív soběstačný.	jen občas potřebuje pomoci. S postupným zahojením operační rány bude pacient opět soběstačný.
--	---	---

Zdroj: vlastní

MEDICÍNSKÝ MANAGMENT

Ordinovaná vyšetření

Krevní obraz (erytrocyty, leukocyty, hemoglobin, trombocyty), biochemické vyšetření krve (kalium, c- reaktivní protein (CRP), urea, kreatinin, glykémie, albumin)

vyšetření moče (chemické a sedimentační), vyšetření krevních plynů z arteriální krve pH krve, parciální tlak oxidu uhličitého (dále pCO₂), parciální tlak kyslíku (dále pO₂).

Sonografické vyšetření

Kontinuální monitorace: EKG, krevního tlaku pomocí arteriálního katétru, pulsu, tělesné teploty, saturace kyslíkem, dechy monitorace diurézy po jedné hodině a bilance tekutin po šesti hodinách, Fowlerova poloha, podpora dýchacích svalů, převazy operační rány dle potřeby, péče o dutinu ústní, monitorace bolesti.

Tabulka 5 Výsledky vyšetření

Vyšetření krevního obrazu	Vyšetřená hodnota	Fyziologické rozmezí
Leukocyty	19,48×10 ⁹ /l	(4,00 – 10,00)
Erytrocyty	4,2×10 ¹² /l	(4,00 – 5,80)
Trombocyty	250×10 ⁹ /l	(150,0 – 400,0)
Hemoglobin	140 g/l	(135,0 – 175,0)
Biochemické vyšetření	Vyšetřená hodnota	Fyziologické rozmezí
Kalium	3,70 mmol/ l	(3,50 -5,00)
CRP	20,40 mg/ l	(0,00 – 5,00)
Glykémie	5,1 mmol/ l	(3,5 – 6,9)
Urea	6,3 mmol/l	(2,8 – 7,5)
Kreatinin	68 mmol/ l	(35 - 110)
Albumin	39 g/ l	(35 – 53)
Vyšetření moče	Vyšetřená hodnota	Fyziologické rozmezí
Ph	5,7	(5,5 – 6)
Vyšetření krevních plynů	Vyšetřená hodnota	Fyziologické rozmezí
pH krve	7,38	(7,36 – 7,45)
pCO ₂	5,3 kPa	(4,8 – 5,9)
pO ₂	11,4 kPa	(10 –13)

Zdroj: dokumentace pacienta

Ordinace lékaře

Inhalace 1× za 6 hodin, neinvazivní plicní ventilace CPAP 2 × za 12 hodin.

Měření centrálního venózního tlaku po 3 hodinách.

- **Dieta:** bujón
- **Výživa:** per os a parenterální
- **Pohybový režim:** rehabilitační
- **Rehabilitace:** minimálně 2 × za den
- **Medikamentózní léčba:** zatím bez perorální medikace

Intravenózní

- Plasmalyte 1000ml kontinuálně 80 ml/ hodinu.
- Noradrenalin 6mg + 60 ml 5% glukózy kontinuálně s úpravou dávky, dle krevního tlaku.
- Controloc 40mg + 100 ml NaCl 0,9% roztoku na 30 minut v 9 – 21hodin.
- Degan 2ml/ 10mg + 100 ml NaCl 0,9% roztoku na 30 minut v 7 – 14 – 21 hodin.
- Paracetamol kabi 100 ml/ 1000mg roztoku na 30 minut při teplotě 38 °C.
- Antikoagulační terapie: Fraxiparine 0,4 ml.

Epidurální terapie: 0,5% Marcain 60ml + 100 mcg Sufentanil 2 ml + 240 ml NaCl 0,9% kontinuálně s úpravou dávky dle bolesti.

SITUAČNÍ ANALÝZA

8. 1. 2018 v 16:30 byl na oddělení intenzivní péče přijat pacient po plánové operaci radikální cystektomie. Z důvodu dlouhotrvající operace byl pacient zaintubovaný s tlumeným vědomím Fentanylem. Endotracheální kanyla byla fixována u pravého koutku u čísla 22. Glasgow Coma scale bylo 9. Pacient byl hned napojen na ventilační přístroj a na monitorovací zařízení. Monitorování krevního tlaku probíhalo přes arteriální katétr. Hodnoty krevního tlaku byly nízké, z tohoto důvodu byla pacientovi nasazena kontinuální katecholaminová podpora noradrenalinem a infuzní terapie Plasmalytem 1000 ml rychlostí 80ml/ hodinu. Na tlumení bolesti je využit epidurální katétr Sufentanilu. Zápis krevního tlaku do ošetrovatelské dokumentace probíhal po pěti minutách po dobu dvou hodin, nadále po 15 minutách.

V 17:10 byla pacientovi zahájena infuzní terapie z důvodu ztrát tekutin při operaci. Pacientovi byl odsávaný sekret pravidelně po třech hodinách sekret z dýchacích cest, pečováno o dutinu ústní pomocí zředěného roztoku Stopangínu, pečováno o oči, aby nedošlo k jejich vysychání. Pokud bylo odsávání po třech hodinách nedostačující, odsávalo se častěji.

Měření centrálního venózního tlaku probíhalo zpravidla po třech hodinách. Bilance tekutin byla měřena po jedné hodině. Všechny hodnoty byly zapsány do ošetrovatelské dokumentace. Ureterální i urostomická cévka byly napojeny na sběrný systém pro sledování hodinové diurézy. Moč odchází lehce hematurická. Stav moče byl nahlášen lékaři. Stolice neodešla. Pacient byl přes noc hemodynamicky nestabilní, proto se upravovala podávaná dávka katecholaminu. Jinak nenastaly během noci žádné obtíže. První pooperační den proběhla velká vizita, kde se domluvil léčebný plán péče a nový dekurz. Ranní hygiena byla provedena na lůžku. Po ranní hygieně se pokračovalo převazem epidurálního katétru, arteriálním katétrem, centrálním venózním katétrem a v léčebném plánu odvykáním od ventilačního přístroje. Endotracheální kanyla byla přeložena k levému koutku u čísla 22 kvůli prevenci vzniku dekubitů. Pacient přestal být medikamentózně tlumen a byl uložen do Fowlerovy polohy. Před změnou ventilačního režimu byly provedeny arteriální náběry na krevní plyny z arteriálního katétru, zapsány fyziologické funkce. Pacient byl edukováno průběhu odvykacího procesu. Během odvykání byl pacient psychicky podporován a utěšován. Byly monitorovány fyziologické funkce, především množství dechů, saturace kyslíkem a provádíme odběr na vyšetření krevních plynů. Při poklesu saturace a kvůli apnoickým pauzám byl pacient sterilním odsávacím katétrem odsáván, i přesto byla saturace nízká. Odvykání od umělé plicní ventilace bylo neúspěšné. Nemocný se ponechal dále na ventilačním režimu nazývaném jako synchronizovaná intermitentní zástupová ventilace s mandatorním dechem. Tento režim podporuje spontánní dýchání pacienta, pokud nedojde k spontánnímu dechu, ventilátor sám zapojí dechovou podporu. Při noční službě bylo minimální využití ventilátoru bez obtíží. Druhý pooperační den byl po velké vizitě v 8:00 pacient extubován. U extubace jsme asistovaly lékaři, připravily jsme pomůcky k extubaci, ale i reintubaci pro případ, kdyby došlo ke komplikacím. Posléze došlo k odsání obturační manžety a vypnutí ventilátoru s následným vytažením endotracheální kanyly. Pacientovi byla nasazena kyslíková maska a byly kontrolovány jeho fyziologické funkce.

URČENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II 2015-2017 A JEJICH SEŘAZENÍ PODLE PRIORIT

Ošetřovatelské diagnózy byly určeny dle NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3

Stanovili jsme veškeré ošetřovatelské diagnózy, které byly u pacienta shledány druhý pooperační den hospitalizace. Prvních pět diagnóz založených na problému a jedna riziková ošetřovatelská diagnóza jsou rozpracovány podrobněji. Ošetřovatelskou péči jsem prováděla pod dozorem všeobecné sestry s pomocí ostatních nezdravotnických pracovníků pracujících na oddělení. Vyhodnocení ošetřovatelské péče zpracováváme po pěti dnech, což je osmý den hospitalizace.

DIAGNÓZY ZAMĚŘENÉ NA PROBLÉM

00029 SNÍŽENÝ SRDEČNÍ VÝDEJ

- **Definice:** Srdce pumpuje nedostatečné množství krve pro metabolické potřeby těla.
- **Určující znaky:** Změny srdeční frekvence, změny afterload, změny srdečního rytmu.
- **Související faktory:** Bradykardie, změny hodnot krevního tlaku.

00132 AKUTNÍ BOLEST

- **Definice:** Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození, náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.
- **Určující znaky:** změny ve fyziologických funkcích- krevní tlak, výraz bolesti v obličeji, expresivní chování.
- **Související faktory:** fyzikální původci zranění- operace.

00027 SNÍŽENÝ OBJEM TEKUTIN

- **Definice:** Snížení intravaskulárních, intersticiálních nebo intracelulárních tekutin. Vztahuje se k dehydrataci, samotná ztráta vody je beze změn v koncentraci sodíku.
- **Určující znaky:** suchá kůže, snížený krevní tlak, změna kožního turgoru
- **Související faktory:** aktivní pokles objemu tělesných tekutin

00044 NARUŠENÁ INTEGRITA TKÁNĚ

- **Definice:** Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascie, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/ nebo vazů.
- **Určující znaky:** poškozená tkáň
- **Související faktory:** chirurgický zákrok

00018 NARUŠENÝ OBRAZ TĚLA

- **Definice:** Zmatek v mentálním obrazu fyzického já.
- **Určující znaky:** změna stavby těla, vyhýbání se pohledu na vlastní tělo skrývání části těla, strach z reakce okolí
- **Související faktory:** změna tělesné funkce- operace

00045 POŠKOZENÍ SLIZNICE ÚSTNÍ

- **Definice:** Poškození rtů, měkké tkáně, dutiny ústní a/ nebo orofarynxu.
- **Určující znaky:** léze v dutině ústní
- **Související faktory:** mechanické faktory- nepřijímání potravy ústy déle než 24 hodin, nedostatečná ústní hygiena

00059 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

- **Definice:** Stav, při kterém jedinec zažívá změnu v sexuálním fungování během sexuálních reakčních fází touhy, vzrušení nebo orgasmu, který je vnímán jako neuspokojující, neobohacující či neadekvátní.
- **Určující znaky:** změny v sexuálním vzrušení, snížení sexuální touhy, vnímané sexuální omezení

- **Související faktory:** změněná funkce těla- operace, změněná struktura těla- operace

00053 SOCIÁLNÍ IZOLACE

- **Definice:** Osamělost zažívaná jedincem a vnímaná jako negativní stav nebo stav ohrožení, který byl vyvolán druhými.
- **Určující znaky:** nejistota na veřejnosti, uzavřenost
- **Související faktory:** neschopnost zapojit se do uspokojujících osobních vztahů, změny tělesného vzhledu

00148 STRACH

- **Definice:** Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.
- **Určující znaky:** pociťuje obavy, pociťuje strach, vyhýbavé chování
- **Související faktory:** neznámé prostředí

00088 ZHORŠENÁ CHŮZE

- **Definice:** Omezení nezávislého pohybu v prostředí při chůzi.
- **Určující znaky:** zhoršená schopnost ujít požadované vzdálenosti
- **Související faktory:** zhoršená rovnováha, nedostatečná svalová síla

RIZIKOVÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

00004 RIZIKO INFEKCE

- **Definice:** Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.
- **Rizikové faktory:** invazivní postupy, změna integrity kůže

00155 RIZIKO PÁDU

- **Definice:** Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.
- **Rizikové faktory:** farmaka, pooperační zotavení

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY S NEJVYŠŠÍ PRIORITYOU

00029 SNÍŽENÝ SRDEČNÍ VÝDEJ

- **Priorita:** vysoká
- **Dlouhodobý cíl:** Pacient je hemodynamicky ustálený a již nebude potřeba katecholaminové podpory do 7 dnů.
- **Krátkodobý cíl:** U pacienta se snižuje hladina katecholaminové podpory do 2 dne.
- **Kritéria pro hodnocení výsledků:**
 - Pacient bude oběhově kompenzovaný do 12hodin.
 - Pacient je schopen vyšší fyzické zátěže do 4 dnů.
 - U pacienta dojde ke zmírnění arytmie do 1 dne.
 - U pacienta dojde ke snižování hladiny katecholaminu do 1 dne.
- **Intervenční plán:**
 - Posud' fyziologické funkce u pacienta - všeobecná sestra - do 3minut.
 - Vyhodnoť srdeční rytmus u pacienta - všeobecná sestra - do 5 minut.
 - Oznam zdravotní změnu lékaři - všeobecná sestra - do 5 minut.
 - Asistuj lékaři při vyšetření - všeobecná sestra - dle potřeby.
 - Zajisti podání medikace dle ordinace lékaře - všeobecná sestra - do 3 minut.
 - Zachovávej aseptické postupy při péči o invazivní vstupy - všeobecná sestra - vždy.
 - Pozoruj efekt medikace- všeobecná sestra- do 20 minut.
 - U pacienta jsou měřeny fyziologické funkce- všeobecná sestra- po 15 minutách.
 - Monitoruj srdeční rytmus- všeobecná sestra- po 5 minutách.
 - Sleduj psychický stav pacienta- všeobecná sestra- nepřetržitě.
 - Sleduj bilanci tekutin u pacienta- všeobecná sestra- po 1 hodině.
 - Proplachuj arteriální katétr- všeobecná sestra- 2 × během 12 hodin.
 - Měř centrální venózní tlak- všeobecná sestra- 4 × během 12 hodin.
 - Uspokojuj základní potřeby pacienta- všeobecná sestra- dle potřeby jedince.

- Veškeré informace zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace- všeobecná sestra- nepřetržitě.

Realizace ošetrovatelské péče:

Při začátku směny v 7:00 byly informovány ostatními sestrami o změnách zdravotního stavu pacienta. Poté jsem v 7:30 asistovala lékařům u velké vizity. Podle aktuálního dekurzu je připraven rozvrh, o kterém jsem informovala pacienta. Z důvodu nízkého krevního tlaku 78/ 49 mmHg byla pacientovi zvýšena katecholaminová léčba v 7:35. Krevní tlak jsem měřila invazivní metodou pomocí arteriálního katétru a zapisovala po 5 minutách. Tlak stoupl na 97/60 mmHg. Poskytovala jsem medikaci dle ordinace lékaře zapsané v dekurzu. Léčebný účinek medikace zhodnotíme. Sledujeme množství zbývajících léků z důvodu rychlé výměny. Vše jsem zapisovala do dokumentace. Po celý den sledujeme zdravotní stav, fyziologické funkce a psychické rozpoložení pacienta. Celý den pomáháme jedinci s uspokojováním základních potřeb. Po třech hodinách jsem měřila centrální venózní tlak pomocí centrálního žilního katétru a výsledky zapsala do ošetrovatelské dokumentace v 9, 12, 15, 18 hodin. Dvakrát během služby jsem propláchla arteriální katétr. Každý intravenózní příjem tekutin zapisujeme do dokumentace a po jedné hodině monitorujeme diurézu tekutin, kterou zapisujeme také do ošetrovatelské dokumentace. Při změně zdravotního stavu je zhodnocen a okolnosti o všem je lékař informován. Od druhého operačního dne mohla být dávka katecholaminu postupně snižována. Z důvodu dobré adaptability pacienta na snižování katecholaminové podpory došlo čtvrtý pooperační den ke zrušení katecholaminové léčby.

Hodnocení: Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl úspěšně splněn. Pacient zvládá větší fyzickou zátěž i bez katecholaminové podpory.

00027 SNÍŽENÝ OBJEM TEKUTIN

- **Priorita:** vysoká
- **Dlouhodobý cíl:** U pacienta nedošlo ke snížení kožního turgoru a dehydrataci po celou dobu pobytu v nemocnici.
- **Krátkodobý cíl:** Pacient nemá symptomy dehydratace do 2 dnů.
- **Kariéra pro hodnocení výsledků:**
 - Pacient rozumí rizikům dehydratace do 12 hodin.

- Pacient rozumí důležitosti dodržování pitného režimu do 12 hodin.
- Pacient nemá suchou kůži a sliznice do 6 hodin.
- Pacient vypije minimálně 1,5 litrů za 24 hodin do 2 dnů.
- Pacient má fyziologickou bilanci tekutin do 2 dnů.
- Pacient má hodnoty centrálního venózního tlaku v normě do 2 dnů.
- Pacient má hodnoty fyziologických funkcí v normě do 12 hodin.
- Pacientův kožní turgor je v normě do 3 dnů.

▪ **Intervenční plán:**

- Definuj příčinu dehydratace - všeobecná sestra - do 2 hodin.
- Urči rozsah dehydratace - všeobecná sestra - do 2 hodin.
- Edukuj pacienta o nutnosti pitného režimu - všeobecná sestra - do 6 hodin.
- Pobízej pacienta k napití - všeobecná sestra - pravidelně během směny.
- Zapisuj každý příjem tekutin - všeobecná sestra - pravidelně.
- Zapisuj diurézu tekutin po jedné hodině - všeobecná sestra - po jedné hodině.
- Podávej infuzní medikaci - všeobecná sestra - dle ordinace lékaře.
- Monitoruj centrální venózní tlak - všeobecná sestra - po 3 hodinách.
- Monitoruj bilanci tekutin po 3 hodinách - všeobecná sestra - během každé směny.
- Pečuj o pokožku a dutinu ústní - všeobecná sestra - dle potřeby.
- Zaopatři, aby měl pacient tekutin v dosahu končetiny - všeobecná sestra - po dobu hospitalizace.
- Zajisti pro pacienta dostatek tekutin - všeobecná sestra - nepřetržitě.
- Informuj lékaře o stavu hydratace - všeobecná sestra - dle potřeby.
- Zapisuj pravidelně do ošetrovatelské dokumentace - všeobecná sestra - dle potřeby.

Realizace:

Po převzetí služby v 7:00 u pacienta provádíme dezinfekci dutiny ústní. Poté proběhla velká vizita, kde byl hodnocená bilance tekutin u pacienta. Po operačních ztrátách tekutin byl turgor kůže pořád snížený, tato informace je lékařům předána na velké vizitě. Po extubaci v 8:00 jsme pacienta s lékařem edukovali o nutnosti pitného režimu. Dle ordinace nadále pokračovala léčba v kontinuálním podání roztoku

Plasmalytu 1000ml rychlostí 80 ml/ hodinu. Dále jsme promazali pokožku hydratačním krémem. V 9:00 se pacient poprvé po extubaci napil. První napití proběhlo bez obtíží. Přeměřili jsme centrální venózní tlak, výsledek stále ukazoval na dehydrataci. Za hodinu v 10:00 pacient vypil 150 ml vody. V 11:30 nemocný vypil celý kelímek o obsahu 200 ml. V poledne dostal pacient k obědu bujón o množství 300 ml. Pacientův centrální žilní tlak byl 2 mmHg. Po rehabilitaci byl pacient žíznivý. Vypil kelímek a půl o obsahu 200 ml. Během dne jsme pacientovi pravidelně nápoj dolévali. Fyziologické funkce jeví stále známky dehydratace, bilance tekutin vykazovala stále větší výdej než příjem. O stavu přetrvávající dehydratace jsem informovala lékaře. Lékař naordinoval 500 ml fyziologického roztoku 80 ml/ hodinu. V 13:00 jsem podala pacientovi infuzi fyziologického roztoku. Pacienta jsme museli častěji pobízet k pitnému režimu. V 14:30 jedinec vypil 200 ml vody. V 15:00 byl centrální žilní tlak 3 mmHg. Sliznice byla vlhká s růžovým zbarvením. Pokožku jsme v 16:00 opět promazali hydratačním krémem. Pacient vypil 300ml vody. Pacientův krevní tlak vystoupil ze 78/49 mmHg na 97/60 mmHg. Nemocný se snažil zapojit do léčebného procesu a snažil se vypít minimálně 2 litry tekutin. Během hospitalizace došlo k zlepšení kožního turgoru, zvlhčení sliznic bilance tekutin je v normě a došlo k vymizení projevů dehydratace.

Hodnocení: Krátkodobý cíl byl splněn, u dlouhodobého cíle nedošlo k jeho naplnění, intervence pokračují do doby splnění dlouhodobého cíle.

00132 AKUTNÍ BOLEST

- **Priorita:** vysoká
- **Dlouhodobý cíl:** Pacient nebude mít klidovou bolest do 7 dnů.
- **Krátkodobý cíl:** U pacienta se sníží hladina bolesti a dojde ke stabilizaci fyziologických funkcí do 3 hodin.

▪ **Kritéria pro hodnocení výsledků:**

- Pacient rozumí důvodu bolesti do 1 hodiny.
- Pacient dokáže zhodnotit výši bolesti dle hodnotící škály do 1 hodiny.
- U pacienta dojde k úlevě bolesti do 30 minut.
- Pacient se naučí najít úlevovou polohu do 1. dne.
- Pacientovi může být snižována dávka epidurální anestetika od 3 dnů.
- Pacientovi se zruší epidurální anestetikum do 5 dnů.
- Pacient bude dostávat medikaci na bolest dle potřeby do 6 dnů.

▪ **Intervenční plán:**

- Vysvětli jedinci důvody vzniku bolesti - všeobecná sestra - do 1 hodiny.
- Edukuj pacienta o hodnotící škále bolesti - všeobecná sestra - do 1 hodiny.
- Ukaž pacientovi možnosti úlevových poloh - všeobecná sestra - do 1 dne.
- Reguluj podávané množství epidurálního anestetika dle bolesti a ordinace lékaře - všeobecná sestra - dle potřeby.
- Pravidelně hodnot' stav bolesti - všeobecná sestra - několikrát denně.
- Sleduj neverbální vyjádření pacienta - všeobecná sestra - pravidelně při komunikaci.
- Pozoruj změnu fyziologický funkcí - všeobecná sestra - nepřetržitě.
- Zhodnot' projevy bolesti - všeobecná sestra - do 2 minut.
- Pokud bolesti neustupují při zvýšení epidurální anestetika, informuj lékaře - všeobecná sestra - do 5 minut.
- Asistuj lékaři při vyšetření pacienta - všeobecná sestra - dle potřeby.
- Aplikuj medikaci dle nové ordinace lékaře - všeobecná sestra - do 5 minut.
- Sleduj účinek medikace - všeobecná sestra - do 20 minut.
- Zapiš vše do ošetrovatelské dokumentace - všeobecná sestra - v průběhu celé směny.

Realizace:

Kvůli náročné operaci zavedl anesteziologický lékař před operací pacientovi epidurální katétr. Z důvodu náročné operace jsou přes epidurální katétr podáváná kontinuálně analgetika. Při příchodu do směny v 7:00 bylo nastavené epidurální

analgetikum KEDA na rychlosti 5ml/ hodinu. Pacienta jsem pobídla, aby zhodnotil intenzitu bolesti. Nemocný zhodnotil bolest na numerické škále číslem čtyři, lokalizoval ji v oblasti operační rány. Bolest je nahlášena lékaři a analgetikum je zvýšené o 1ml za hodinu více, tudíž podávané množství epidurálního analgetika bylo 6 ml/hodinu. Vše jsem zapsala do ošetrovatelské dokumentace. Dále je zkontrolován vstup epidurálního katétru, který nejevil žádné známky patologie. Epidurální katétr jsem sterilně převázala. Po 30 minutách jsou zkontrolovány fyziologické funkce, především krevní tlak, který se snížil. Následně jsem od pacienta zjišťovala, zdali je bolest mírnější. Podle hodnotící škály bolesti zhodnotil pacient bolest číslem dva. V 12:00 pacient bolest neudával. Dávka analgetika se snížila o 1 ml/hod. Po rehabilitaci v 15:00 je pacient pobídnut, ať zhodnotí bolest dle numerické škály. Pacient udával bolest číslo jedna, proto jsme pomohli nemocnému zaujmout úlevovou polohu. Plánem léčby bylo postupné snižování až úplné zrušení epidurálního anestetika od třetího operačního dne. Během každé směny je pacient pobídnut k zhodnocení intenzity bolesti po třech hodinách. Vždy, když pacient neudával bolest, snižuje se rychlost podávaného epidurálního anestetika na injekční pumpě o 1 ml/hodinu. Díky postupnému snižování rychlosti podávaného epidurálního anestetika při denní i noční směně došlo k přerušení podávání epidurálního anestetika pátý operační den. Lékař naordinoval odstranění epidurálního katétru. U tohoto výkonu jsem lékaři asistovala. Po vyjmutí epidurálního katétru je vstup sterilně převázán. Vše je průběžně sledováno a zapisováno během celé směny do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Krátkodobý cíl byl splněn, u dlouhodobého cíle ke splnění kritérií nedošlo, a bude potřeba delší časový interval.

00044 NARUŠENÁ INTEGRITA TKÁNĚ

- **Priorita:** střední
- **Dlouhodobý cíl:** Pacient má zhojenou operační ránu per primam do 10 dnů.
- **Krátkodobý cíl:** Pacientovi se hojí operační rána per primam po dobu 1 týdne.
- **Kritéria pro hodnocení výsledků:**
 - Operační rána nemá symptomy infekce po dobu hojení rány.
 - Operační rána nemá příznaky nekrózy po dobu hojení rány.
 - Pacient rozumí postupu léčby operační rány do 1 dne.
 - Operační rána začne srůstat do 5 dnů.

- Operační rána bude zacelená do 10 dnů.
- **Intervenční plán:**
 - Edukuj pacienta o postupu léčby operační rány - všeobecná sestra - do 1 dne.
 - Od druhého operačního dne ránu sterilně převazuj - všeobecná sestra - pravidelně, dle potřeby.
 - Při převazu sleduj vzhled rány, zápach, exudát a vzhled okolí rány - všeobecná sestra - každý den.
 - Při přítomnosti exudátu, odeber vzorek a odešli ho na mikrobiologické vyšetření - všeobecná sestra - dle potřeby.
 - Zajišťuj pacientovi přísun proteinu a živin - všeobecná sestra - dle potřeby.
 - Prováděj odběry krve na vyšetření po 6 hodinách - všeobecná sestra - každý den.
 - Sleduj výsledky krevních testů především zánětlivé markery a prealbumin - všeobecná sestra - po 6 hodinách.
 - Po třech dnech převazuj stomický systém - všeobecná/ stomická sestra.

Realizace:

Druhý pooperační den je odstraněno sterilní krytí, aby se při velké vizitě mohl zhodnotit stav operační rány a urostomie. V 8:00 při ranní hygieně je urostomie i operační rána opláchnutá vlažnou vodou. Poté je operační rána sterilně dezinfikována třemi tahy, poté jsou přidány vrstvy Inadinových pruhů a překryty sterilním čtvercem s lepením. Opláchnutou urostomii a okolní kůži vysušíme pomocí teplého vzduchu fěnu. Na urostomii přilepíme sterilní tampón, aby nedošlo k úniku moči. Podle šablony určíme velikost urostomie a vystříháme otvor na podložce. Podložku v rukách prohřejeme. Po zahřátí podložku přilepujeme a přihladíme ke kůži. Na nalepenou podložku nasadíme urostomický sáček. Čerstvá operační rána mírně prosakovala, a proto jsme během směny operační ránu třikrát převazovali. O prosakování operační rány byl vždy informován lékař a byl proveden záznam do ošetřovatelské dokumentace. Pro doplnění živin byla pacientovi podávána sterilně parenterální výživa do centrálního žilního katétru. Infuzní pumpa byla nastavena rychlost 80 ml/hodinu. Podání živin nahrazovalo normální příjem stravy, proto byla od 19:00 do 7:00 nastavena večerní pauza. Přerušování podání infuze bylo zaznamenáno do ošetřovatelské diagnózy. Pacient

byl edukován o postupu převazování urostomie. Při další převazu byla přítomna rodina, aby dokázali i oni pacientovi pomoci. Operační rána během pobytu nejevila známky infekce. Operační rána se hojila per primam.

Hodnocení: Krátkodobý cíl byl splněn, operační rána se hojí. Cíl dlouhodobý potřebuje delší časové období, než bude splněn.

00018 NARUŠENÝ OBRAZ TĚLA

- **Priorita:** střední
- **Dlouhodobý cíl:** Pacient se dokáže adaptovat na vzhled a funkce svého těla do 14 dnů.
- **Krátkodobý cíl:** Pacient se dokáže podívat na své tělo do 5 dnů.
- **Kritéria pro hodnocení výsledků:**
 - Pacient rozumí tělesným změnám do 2 dnů.
 - Pacient projeví své pocity a strach do 4 dnů.
 - Pacient se dokáže podívat na nový vzhled svého těla do 5 dnů.
 - U pacienta ustupuje sebelítost do 6 dnů.
 - Přijímá změny ve svém životě do 6 dnů.
 - Pacient přijímá vzhled svého těla do 14 dnů.
 - Pacient dokáže pečovat o své tělo do 14 dnů.
- **Intervenční plán:**
 - Edukuj pacienta o novém vzhledu - všeobecná sestra - do 1 dne.
 - Zhodnoť psychické rozpoložení pacienta - všeobecná sestra - 1 dne.
 - Pozoruj úzkostné či smutné chování pacienta - všeobecná sestra - každý den.
 - Naslouchej pacientovi - všeobecná sestra - každý den.
 - Ukazuj pacientovi změny na jeho těle - všeobecná sestra - od 2 operačního dne.
 - Pomáhej pacientovi s adaptací na nové tělo - všeobecná sestra - každý den.
 - Pomoz rodině pacienta se adaptovat na nový vzhled jedince - všeobecná sestra - od 1 operačního dne.
 - Nauč pacienta účastnit se na ošetrovatelské péči - všeobecná sestra - od 3 operačního dne.

- Nauč rodinu jedince účastnit se ošetrovatelské péče - všeobecná sestra - do 3 operačního dne.

Realizace:

První den kdy jsme měli u pacienta realizovat ošetrovatelskou péči, nám byli předány potřebné údaje o zdravotním i psychickém stavu. Pacient se projevoval úzkostně a občas až depresivně. Pacienta byl motivován v péči o své tělo dle aktuálních možností. Pacienta byl postupně seznamován s novým vzhledem jeho těla. Pomocí zrcátka si mohl pacient prohlédnout urostomii, postupně jsme přes první dotek přešli k sebeděči o urostomii. K pacientovi je přistupováno s respektem bez lítosti. Snažili jsme se udržovat empatický kontakt, aby nám prozradil svoje obavy z nové životní situace. Do ošetrovatelské péče jsme se snažili zapojit i rodinu, aby mohla nemocnému v péči o urostomii pomoci. Manželka byla požádána, aby zkusila urostomii převázat sama, aby jedinec měl pocit, že manželka urostomii nevnímá jako komplikaci. O psychickém stavu pacienta byl lékař informován, který naordinoval novou medikaci. Ordinaci jsem splnila a zapsala do ošetrovatelské dokumentace a dekurzu. V průběhu každé směny byli zaznamenány všechny činnosti do ošetrovatelské dokumentace. Během hospitalizace se pacient naučil, co je urostomie, jak o urostomii pečovat. V průběhu osvojování ošetrovatelské péče se u pacienta začala objevovat i optimističtější nálada.

Hodnocení: Krátkodobý cíl byl splněn, pacient se dokázal podívat na nový vzhled těla, na úplnou adaptaci bude potřeba více času, proto není dlouhodobý cíl splněn.

00039 RIZIKO ASPIRACE

- **Priorita:** vysoká
- **Cíl:** Nedojde k aspiraci cizorodé látky do tracheobroncheálních cest během umělé plicní ventilace, odvykání od ventilátoru ani při kritické době po extubaci.
- **Intervenční plán:**
 - Urči faktory vedoucí k aspiraci cizorodé látky - všeobecná sestra - do 10 minut.
 - Zajisti přítomnost odsávacího přístroje a odsávacích katétrů - všeobecná sestra - do 10 minut.
 - Předcházej faktorům vedoucím k aspiraci - všeobecná sestra - celý den.

- Sleduj fyziologické funkce především tlak, dechy a saturaci kyslíkem - všeobecná sestra - celý den.
- Udržuj pacienta ve Fowlerově poloze - všeobecná sestra - celý den.
- Podporuj pacienta při odvykání z umělé plicní ventilace - všeobecná sestra - dle potřeby.
- Všechny zdravotní změny pacienta nahlas lékaři - všeobecná sestra - dle potřeby.

Realizace:

Před začátkem ošetrovatelské péče byli určeny rizikové faktory aspirace. Snahou při ošetrovatelské péči bylo snížit rizika na minimum. Pacienta jsme uložili do Fowlerovy polohy. Podporovali a motivovali jsme pacienta při odvykání od umělé plicní ventilace i následné extubaci. Fyziologické funkce byly monitorovány. Bylo sledované i zbarvení kůže. Vše bylo pečlivě zaznamenáváno do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: Během pěti dnů nedošlo k aspiraci tekutin ani cizího tělesa do tracheobronchiálních cest.

6 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacient, kterému bylo diagnostikované nádorové onemocnění močového měchýře, byl přijat k plánovanému operačnímu výkonu 5. 1. 2018 na chirurgické oddělení.

Pacient byl podle Barthelova testu v plné míře soběstačný. Na standardním oddělení prošel pacient bezprostředním předoperačním vyšetřením a přípravou. 8. 1. 2018, v den operace před odjezdem na sál, byl nemocný premedikovaný na oddělení. Na operačním sále mu byl zaveden centrální žilní katétr, arteriální katétr, epidurální katétr a byl za intubován z důvodu dlouhotrvající operace. Operace trvala 8 a půl hodiny. Po operaci byl zaintubovaný pacient převezen na oddělení JIP, kde byl napojen na ventilační přístroj a monitorovací systém s nastavenými alarmy. Krevní tlak byl měřen invazivní metodou pomocí arteriálního katétru. Kvůli nízkému krevnímu tlaku byla pacientovi nasazená hned po operaci katecholaminová léčba. První operační den začal odvykací proces od ventilačního přístroje, pacient měl však apnoické pauzy a nízkou saturaci. Z tohoto důvodu byl ponechán na umělé plicní ventilaci do druhého operačního dne. Druhý den po operaci bylo v léčebném plánu opět odvykání pacienta od ventilačního přístroje a naučení se dechovému cvičení během odvykání. Pacient byl druhý pooperační den v 8:00 extubován s podáním kyslíkové terapie pomocí kyslíkové masky dle potřeby a po 6 hodinách CPAP neinvazivní ventilaci. Od druhého dne, kdy měl krevní tlak opět fyziologické hodnoty, mohlo dojít k postupnému snižování katecholaminové léčby. Druhý den začal nemocný s rehabilitací nejprve posazením v lůžku, poté se pacient učil sedat si přes bok, aby nedošlo k poškození stehů na břicho, dále se pokračovalo posazením s nohama z postele a stoj vedle lůžka. Další den byla rehabilitace důraznější, jedinec se již postavil vedle postele a udělal pár kroků vedle lůžka. Čtvrtý pooperační den byla díky předchozímu snižování katecholaminové léčby podpora úplně přerušena. Pacient se učil postupnému adaptování na svůj nový vzhled a péči o urostomii. Rodina se do ošetrovatelské péče zapojila také. Čtvrtý pooperační den chodil nemocný s pomocí chodítka po boxu a došel i do umývárny. Pátý pooperační den chodil nemocný bez chodítka, ale s pomocí její a rehabilitační terapeutky. Ze začátku byl pacient úzkostný až depresivní, ale v průběhu hospitalizace se měnila nálada v optimističtější. Pacient zvládá chodit po oddělení s personálem. Některé ošetrovatelské cíle z důvodu hodnocení po pěti dnech nebyly naplněny, a proto intervence pokračují dál i po předání pacienta na standardní oddělení.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI:

Informace o urostomii jsou v povědomí populace málo rozšířené. Je to nejméně častý typ ze všech stomií. Z tohoto důvodu není pro urostomiky a jejich blízké, ale i zdravotnický personál, kteří se na péči podílejí, snadné získat informace o urostomii. Doporučení do praxe se zabývá základními ošetrovatelskými postupy v péči o urostomii. Popisuje komplikace urostomie, které mohou vzniknout. Jako přílohu bakalářské práce jsme vytvořili brožurku, která obsahuje základní ošetrovatelské postupy a komplikace urostomií.

CO JE UROSTOMIE?

Urostomie je vyústění močových cest na povrch těla. Způsob derivace moče je inkontinentní. Urostomie se vytváří z důvodu obstrukce na močových cestách, kdy moč neodtéká.

Typy urostomie:

- Ureterostomie
- Ureteroileostomie

POMŮCKY PRO OŠETŘOVÁNÍ UROSTOMIE:

Sprej nebo ubrousky odstraňující adheziva, čistící pěna či dětské mýdlo, žínka na umytí, vysušující hadřík nebo fén, sterilní tampónek, igelitový sáček na odpad, šablonu, nůžky, ochranné pomůcky, urostomická podložka, při dvojdílném systému navíc sběrný urostomický sáček.

OŠETŘOVATELSKÉ POSTUPY V PÉČI O UROSTOMII:

- První krok je umytí a dezinfikování rukou.
- Pomocí spreje odstraňujícího adheziva odlepíme starou podložku.
- Urostomii omyjeme vlažnou vodou a pomocí mycí pěny omyjeme.
- Pokud se v okolí urostomie nachází ochlupení, je ho nutné oholit.
- Moč z urostomie vytéká neustále a z tohoto důvod lepíme přes ústí urostomie sterilní tampónek.
- Urostomii vysušíme vysušujícím hadříkem nebo teplým vzduchem fénu. Při použití fénu pokožku nedřeme, navíc pokožku prohřejeme, takže podložka lépe přilne.
- Připravíme si podložku, do které podle šablonky vystříhneme otvor o 1 cm větší, než je urostomie.

- Poté podložku v rukách prohřejeme, aby lépe přilnula k pokožce.
- Odstraníme z podložky ochrannou fólii.
- Podložku lepíme zesponu nahoru a kontrolujeme přilnutí.
- Poté podložku uhladíme směrem od urostomie ven.
- Na nalepenou podložku přidáme urostomický sběrný sáček.
- Vydržte ještě pár minut v klidu sedět, aby se podložka neodlepila.

KOMPLIKACE UROSTOMIE:

I u urostomie mohou nastat komplikace. Komplikace jsou časné a pozdní.

Časné komplikace:

- Krvácení
- Otok urostomie
- Nekróza okrajů
- Parastomální abces

Pozdní komplikace:

- Vtažení urostomie
- Stenóza stomie
- Kontaktní iritační urostomie

ZÁVĚR

Vytvoření urostomie je náročné životní období pacienta i jeho rodiny. Problém nastává jak po psychické, fyzické, tak i sociální stránce. Při ošetrovatelské péči je potřebné uvažovat nad bio- psycho- sociálním souladem jedince. Jednou z nejpodstatnějších úloh ošetrovatelské péče pacienta s urostomií je adaptace na nový vzhled a změnu vylučovacích funkcí. Při ošetřování pacienta je nutná oboustranná důvěra mezi pacientem a personálem podílejícím se na léčbě pacienta.

Hlavním cílem této práce bylo přiblížit problematiku urostomie a poukázat na důležité aspekty ošetrovatelské péče při ošetřování urostomie. V první části vysvětlujeme pojem urostomie, její typy, indikace k vytvoření urostomie (jako nejčastější důvod pro tvorbu urostomie, popisujeme nádory močového měchýře), předoperační a pooperační péči a život s urostomií. V praktické části bakalářské práce rozpracováváme ošetrovatelské postupy, zhodnocujeme fyzický stav pacienta k určitému dni. Diagnózy jsou založené na dané problematice a rizikových diagnózách. Ošetrovatelské diagnózy jsou hodnoceny po 5 dnech, kdy byl pacient v naší ošetrovatelské péči. Naším přání by bylo, aby se tento ošetrovatelský proces stal modelem pro totožně nemocné pacienty. Doufáme, že se bakalářská práce stane studijním materiálem pro ostatní kolegy ve zdravotnictví.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BABJUK, M., *Endoskopická diagnostika nádorů močového měchýře*. Zdravotnické noviny. 2008. **57**(14). 25-27. ISSN 0044 – 1996.
- BARTOŠKOVÁ, I. a E. HUDCOVÁ, 2007. *Radikální cystektomie*. Diagnóza v ošetrovatelství. **3**(9). 343-344. ISSN 1801- 1349.
- DVOŘÁČEK, J., 1999. *Urologie, Obecná a speciální urologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80- 7184- 745- 3.
- DVOŘÁČEK, J. a M. BABJUK a kol., 2005. *Onkourologie*. Praha: Galén. ISBN 80- 246- 1108- 2.
- DRLÍKOVÁ, K., V. ZACHOVÁ a M. KARLOVSKÁ a kol., 2016. *Praktický přehled stomika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5712-4.
- FENDRYCHOVÁ, J. a H. ŠEMOROVÁ, 2005. *Ošetrování stomií u dětí*. Druhé vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. IBSN 80- 7013- 426- 7.
- HYKLOVÁ, J., 2012. *Nejčastější komplikace stomiků*. Radim časopis stomiků. **12**(1), 30-31. ISSN 140 – 400.
- ILCO [online]. Pavel Kreml 2018. [12. 01. 2018]. Dostupné z: <http://ilco.cz/pomucky.php>
- KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978- 80- 247- 1830- 9.
- KAŠÁKOVÁ, E., M. VOKURKA a J. HUGO, 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf. ISBN 978- 80-7345-424-1.
- MAČÁK, J., J. MAČÁKOVÁ a J. DVOŘÁČKOVÁ, 2012. *Patologie*. Druhé vydání. Praha: Grada. IBSN 978- 80- 247- 3530- 6.
- MARKOVÁ, M., 2006. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Brno:Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80- 7013- 434-8.
- MIKŠOVÁ, Z., M. FROŇKOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče2 svazek*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 80- 247- 1443- 4.

- NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Čtvrté vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.
- OTRADOVCOVÁ, I. a L. KUBÁTOVÁ, 2006. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén. ISBN 978- 80- 726- 2432- 4.
- SKALICKÁ, H. a kol., 2007. *Předoperační vyšetření*. Praha: Grada. IBSN 978- 80- 247- 1079- 2.
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii 1*. Praha:Grada. IBSN 978- 80- 247- 3129- 2.
- SOCHOROVÁ, N. a A. VIDLÁŘ, 2017. *Základy obecné urologie nejen pro sestry*. Olomouc: ISBN 978- 80- 7471- 142- 8.
- STOMICI.CZ [online]. 2011. [02. 01. 2018]. Dostupné z: <http://www.stomici.cz/clanky/sexualita-po-zavedeni-stomie-1>
- ROVNÝ, A. a I., ŠABACKÝ. 2001. *Derivace moče po radikální cystektomii*. Urologie pro praxi. **2**(4), 158 – 161. ISSN 1213- 1768.
- VOKURKA, M. a J. HUGO a kol., 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-70-8.
- ZACHOVÁ, V. a kol., 2010. *Stomie*. Praha: Grada. ISBN 978-80- 247- 3256- 5.
- ZACHOVÁ, V., 2011. *Stomik v ordinaci praktického lékaře*. Medicína pro praxi. **8**(5), 246 -248. ISNN 1214 – 8687.
- ZEMAN, M. a Z. KRŠKA a kol., 2011. *Chirurgická propedeutika*. Třetí vydání. Praha: Grada. IBSN 978- 80- 247- 3770- 6.

ZDRAVÍ. EURO [online]. 2012. [02. 03. 2018]. Dostupné z:
<https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/problematika-osetrovani-stomii-se-zamerenim-na-onkologicke-pacienty-464249>


ZDRAVÍ. EURO [online]. 2010. [02. 03. 2018]. Dostupné z:
<https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/zasady-bezbolestne-pece-o-stomiky-454248>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A- Informovaný souhlas pacienta s provedením cystektomie, radikálním odstranění močového měchýře a derivace moče.....	I
Příloha B- Informovaný souhlas s anestezií	III
Příloha C- Informovaný souhlas s epidurální katétr	V
Příloha D- Brožurka UROSTOMIE	VII
Příloha E- průvodní list k rešerši	IX
Příloha G- Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	X

PŘÍLOHY

Příloha A- Informovaný souhlas pacienta s provedením cystektomie, radikálním odstranění močového měchýře a derivace moče

	Nemocnice Na Bulovce Budínova 2, 180 81 Praha 8, IČ 00064211, tel. 266 081 111	NNB-FORM-039 Strana 1 z 2 Verze číslo: 2
Informovaný souhlas pacienta (souhlas s poskytnutím zdr. výkonu)		

Pracoviště (klinika, oddělení): Urologické oddělení

Lékař, který provedl poučení: M. K.

Pacient: Z. B.

Jméno, příjmení, rodné číslo nebo datum narození, číslo pojištění, kód zdr. pojišťovny

Dnešního dne jsem byl lékařem poučen o povaze svého onemocnění a o prognóze dalšího vývoje mého zdravotního stavu:

Nádorové onemocnění močového měchýře.

Zároveň jsem byl poučen o povaze zdravotního výkonu, který mi má být proveden.

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

CYSTEKTOMIE A DERIVACE MOČE

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

1. operační odstranění močového měchýře, v některých případech společně s prostatou a semennými vajíčky /u muže/ nebo s dělohou a částí pochvy /u ženy/
2. Vytvoření náhradního odtoku moče-obykle za použití částí tlustého nebo tenkého střeva

Předpokládané následky tohoto zdravotního výkonu:

Cystektomie a derivace moče jsou velmi náročnou a komplikovanou operací. Operační výkon by měl za nekomplikovaného průběhu odstranit základní onemocnění pro které je operace provedena /nádor měchýře, chronický zánět a svrážštění měchýře, porucha vyprazdňování při neurologickém onemocnění/. Současně ale dochází k zásadnímu zásahu do organismu, při kterém je moč trvale odváděna mimo močové cesty. Podle zvoleného typu derivace pak dojde k různě závažnému zásahu do zdravotního stavu a způsobilosti.

Předpokládaný prospěch tohoto zdravotního výkonu (léčby) je tento:

Odstranění základního onemocnění močového měchýře, pro které je výkon proveden.-viz výše

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Operace je náročný výkon trvající několik hodin. V celkovém znecitlivění je otevřena břišní dutina, nejprve se odstraní močový měchýř s přilehlými orgány-viz výše-a poté se vytvoří náhradní odvod moče. Podle zvolené operační metody může být kontinentní nebo inkontinentní s vnitřním či vnějším typem odtoku. Váš ošetřující lékař Vás bude o typu výkonu podrobně informovat, detailní poučení v tomto formuláři nelze realizovat.

Byl jsem poučen, že jako alternativa místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést:

Cystektomie a derivace nemá rovnocennou alternativní metodu, pokud má být výkon dostatečně radikální /v závislosti na charakteru onemocnění měchýře/-zejména, jedná-li se o nádorové onemocnění.

Vzal jsem na vědomí, že lékařem doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:

Viz výše-v rozsahu tohoto formuláře nelze vyjmenovat všechny alternativní možnosti-vždy záleží na základním onemocnění postihující močový měchýř, jeho rozsahu, event. přítomnosti dalších onemocnění, které postihují Váš organismus. Váš ošetřující lékař Vás bude o všech možnostech léčby podrobně informovat a navrhne Vám nejprospěšnější léčebný postup.

ale současně tyto nevýhody:

Viz výše



Nemocnice Na Bulovce
Budínova 2, 180 81 Praha 8, IČ 00064211, tel. 266 081 111

Informovaný souhlas pacienta
(souhlas s poskytnutím zdr. výkonu)

NNB-FORM-039

Strana 2 z 2
Verze číslo: 2

Byl jsem dále poučen, že lékařem **doporučený výkon má následující rizika:**

1. Časné komplikace: vznikají brzo po operačním výkonu, nejpozději do 4 týdnů a jsou v příčinné souvislosti s operačním výkonem. Jejich četnost je asi 10%. patří sem: plicní embolizace, střevní neprůchodnost, krvácení po odstranění měchýře, infekce močových cest, povolení stehů na střevech. Počet komplikací stoupá s věkem pacienta a přidruženými chorobami

Byl jsem také poučen o **dalším léčebném režimu**, resp. **preventivních opatřeních**, vyplývajících z provedení lékařem doporučeného výkonu, jakož i o nutnosti **kontrolních zdravotních výkonů**:

Pooperační péče je velmi náročná a dlouhá, pacient je obvykle po výkonu hospitalizován na oddělení intenzivní péče. Je zajišťována umělá výživa, péče o operační ránu, drény, cévky odvádějící moč. Zvýšená péče v tomto rozsahu trvá nejméně týden, teprve poté je pacient přeložen na lůžkovou část. Součástí léčby je prevence embolie a podávání antibiotik a tlumení bolestí v operační ráně a průběžná rehabilitace.

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu **budu takto omezen/a v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:**

V rozsahu tohoto poučení nelze přesně popsat rozsah omezení a eventuální snížení pracovní schopnosti. Záleží na charakteru Vašeho základního onemocnění, jeho prognóze a typu operačního výkonu i pooperačním průběhu. U řady močových derivací je možno posoudit výsledný efekt až po delším časovém odstupu. Váš ošetřující lékař Vás bude podrobně informovat

Možná **změna zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti** v důsledku zdravotního výkonu:

Operační výkon může trvale ovlivnit Váš zdravotní stav i pracovní způsobilost. Vždy však záleží na konkrétním charakteru onemocnění, dalších přidružených chorobách i zvoleném typu operace

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním **podpisem potvrzují**, že lékař, který mi poskytl poučení, mi **osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu** a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem byl poučen o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevyklučují.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení **plně porozuměl** a výslovně a svobodně **souhlasím s provedením zdravotního výkonu:**

CYSTEKTOMIE A DERIVACE MOČE

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Praze dne:

.....
vlastnoruční podpis pacienta
nebo zákonného zástupce

.....
podpis lékaře, který poučení provedl

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta,
pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat

.....
.....

Důvod, proč pacient není schopen / nechce podepsat:

Způsob projevu jeho svobodné vůle:

Příloha B- Informovaný souhlas s anestezií

Nemocnice Na Bulovce Budínova 67/2, 180 81 Praha 8, IČ 00064211, tel. 266 081 111	NNB_FORM_039 Strana 1 z 2 Verze číslo: 4
Informovaný souhlas pacienta (souhlas s poskytnutím zdr. výkonu)	

Pracoviště (klinika, oddělení): Z.K.

Pacient: Z.R.

Jméno, příjmení, rodné číslo, datum narození*, číslo pojištěnce, kód zdr. pojišťovny

Dnešního dne jsem byl/a lékařem poučen/a o povaze zdravotního výkonu, který mi má být proveden.

Označení zdravotního výkonu:

Anestézie (znečitlivění), která je nezbytná k provedení operačního zákroku, diagnostického vyšetření.

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Chystáte se k operačnímu či diagnostickému zákroku, který bude proveden v anestézii, za použití některého z níže popsaných postupů, které zajišťují vyloučení vnímání bolesti, zabraňují rozvoji stresu a nechtěných reakcí organismu, které by znemožnily provést daný výkon nebo by Vás mohly ohrozit na zdraví či životě.

Předpokládané následky tohoto zdravotního výkonu:

Před výkonem v anestézii musíte podstoupit důkladné předoperační interní vyšetření včetně laboratorních krevních testů či vyšetření zobrazovacími metodami (např. RTG, ultrazvuk). Anesteziolog (lékař se specializací v tomto oboru) prostuduje a zhodnotí všechna vyšetření a všechny dostupné informace o Vašem zdravotním stavu. Určí míru rizika a vyhodnotí, který způsob anestézie je pro Vás a Váš výkon nejhodnější. Současně rozhodne o Vaší premedikaci. Jde o podání léků před lékařským výkonem (většinou ve formě tablet nebo injekce), které vede ke zklidnění, působí proti bolesti a usnadní úvod do anestézie.

Zdravotní výkon bude probíhat takto (zaškrtnuta varianta u Vašeho operačního/diagnostického výkonu):

Celková anestézie – narkóza je uměle navozená ztráta vědomí a farmakologické vyřazení bolesti. V průběhu celkové anestézie bývá vyřazeno samovolné dýchání hlubokou narkózou nebo podáním léků způsobujících svalové uvolnění (relaxaci) a do dýchacích cest je zavedena speciální rourka (výkon se označuje jako intubace). Tato rourka je napojena na dýchací přístroj, který po dobu operace zajišťuje umělé dýchání. Celková anestézie je prováděna pomocí léků podávanými do žíly a vdechováním anesteziologických plynů.

Místní anestézie – jde o způsob svodné anestézie, které po určitou dobu vyřadí vnímání bolesti v různých částech těla. Provádí se tak, že do okolí nervu nebo nervové pleteně se jehlou a stříkačkou podají léky (lokální anestetika, analgetika), které dočasně zablokují převod bolestivých nervových vzruchů. Nejčastěji se lokální anestetikum podává speciálními jehlami do prostorů páteřního kanálu. U některých typů výkonů na horní nebo dolní končetině je možné provádět periferní blokády, které přeruší vedení vzruchů z operované končetiny. Operační anestézie rovněž může být dosaženo opíchem nervových pletení včetně zavedení katétru pro podávání léků proti bolesti léků po operaci.

V průběhu místní anestézie je pacient při vědomí, nebo- je-li to pro něj nepříjemné - je možné podat lehký uspávací prostředek, v tomto případě hovoříme o sedaci.

V některých případech je vhodné obě techniky (celkovou a místní anestézii) kombinovat. Techniky místní anestézie je potom možné využít pro tlumení bolesti v pooperačním období.

Analgesedace (= monitorovaná anesteziologická péče) je stav sníženého vnímání bolesti a útlumu vědomí, ze kterého je pacient probuditelný silným podnětem. Nejčastěji se užívá u nepříjemných vyšetřovacích metod.

Byl/a jsem poučen/a, že jako alternativa místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést (zaškrtnuta varianta/y):

- Celková anestézie
 Místní anestézie se zachováním vědomí
 Místní anestézie s celkovým útlumem vnímání
 Není rozumná alternativa

Vzal/a jsem na vědomí, že lékařem **doporučený výkon** má oproti uvedené alternativě **tyto výhody/nevýhody**:

Volba typu anestézie závisí na rozsahu lékařského výkonu, Vašem zdravotním stavu, požadavcích operátora a také na Vás. Anesteziolog přihlédne k Vašemu přání ohledně typu anestézie, pokud to plánovaný výkon a Váš zdravotní stav umožňuje. Platí zásada, že vždy je zvolen takový způsob anestézie, který je nejvíce bezpečný.

Byl/a jsem dále poučen/a, že lékařem **doporučený výkon má následující rizika**:

Odhad rizika vychází z hodnocení Vašeho celkového zdravotního stavu, zhodnocení zátěže Vašeho organismu operačním zákrokem a z hodnocení zátěže Vašeho organismu anestézií. Závažné komplikace během anestézie jsou v dnešní době našťastí velice vzácné.

K nejčastějším komplikacím celkové anestézie patří:

nevolnost a zvracení, škrábání a dočasná bolest v krku, poškození chrupu, bolesti svalů, zánět žil nebo modřina v místě vpichu žilního katétru, možnost vdechnutí žaludečního obsahu, těžká alergická reakce nebo atypická reakce na podaná léčiva, pokles nebo zvýšení krevního tlaku, poruchy srdečního rytmu, srdeční infarkt, v extrémním

* datum narození se vypisuje u cizinců, kterým nebylo přiděleno rodné číslo

případě ohrožení na životě

K nejčastějším komplikacím místní anestézie patří:

výše uvedené komplikace a dále technické problémy při lokalizaci správného místa pro provedení místní anestézie s nutností provést operační výkon v celkové anestézii, bolesti v zádech bolest hlavy – platí pouze pro anestézii s aplikací lokálního anestetika do míšního moku

Byl/a jsem také poučen o **dalším léčebném režimu, resp. preventivních opatřeních**, vyplývajících z provedení lékařem doporučeného výkonu:

Každá anestézie je zásahem do organismu. Pro bezpečný průběh Vašeho operačního výkonu v anestézii dodržte prosím následující pokyny:

1. V akutním stavu infekčního onemocnění bude Váš operační výkon odložen, obdobně proděláte-li 14 dnů před plánovaným výkonem nějaké akutní infekční onemocnění (např. angína).
2. Pokud kouříte, omezte několik dní před výkonem kouření a nejméně den před výkonem nekuřte vůbec.
3. Dodržte prosím náš požadavek lačnění před výkonem. Na oddělení budete přesně instruováni, kdy můžete naposledy jíst a pít. Tímto opatřením předejdete riziku zvracení během anestézie a nebezpečí zatečení žaludečního obsahu do plic.
4. Před výkonem sejměte zubní protézu, oční čočky, protézy a brýle, šperky, sponky a vlasové paruky. Delší vlasy si stáhněte gumičkou.
5. Před anestézií nepoužívejte make-up, oční stíny a řasové linky- hrozí riziko zánětu očních spojivek, lak na nehty – znemožňuje Vaše monitorování během výkonu.
6. Je-li plánováno Vaše propuštění z nemocnice do domácí péče v den operačního výkonu či vyšetření, nesmíte tento den řídit motorová vozidla, provádět právní úkony, činit důležitá rozhodnutí a je vhodné se vyvarovat práce s nebezpečnými nástroji či přístroji. Zajistěte si již dopředu doprovod dospělou osobou do domácí péče a její dohled nad Vámi do následujícího dne.

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu **budu takto omezen/a v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:**

Viz výše

Možná **změna zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti** v důsledku zdravotního výkonu:

Viz výše

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi **osobně vysvětlil vše, o zdravotním výkonu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.**

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevylučují.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně a svobodně souhlasím s provedením zdravotního výkonu:

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Praze dne: 5.1.2018.....

.....
vlastnoruční podpis pacienta/ky nebo
jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce

.....
jménovka a podpis anesteziologa


Pokud pacient/ka není schopen/a vyjádřit svůj souhlas podpisem, uvede se způsob, jakým pacient/ka projevil/a svou vůli:

Zdravotní důvody bránící podpisu pacienta:

Jméno, příjmení svědka:

.....
vlastnoruční podpis svědka

Příloha C- Informovaný souhlas s epidurální katétre

	Nemocnice Na Bulovce Budínova 2, 180 81 Praha 8, IČ 00064211, tel. 266 081 111 Informovaný souhlas pacienta (souhlas s poskytnutím zdr. výkonu)	
---	--	--

Pracoviště (klinika, oddělení): ARO – ambulance bolesti.....

Lékař, který provedl poučení: Z. K.

Pacient: Z. R.

Jméno, příjmení, rodné číslo nebo datum narození, číslo pojištěnce, kód zdr. pojišťovny

Dnešního dne jsem byl lékařem poučen o povaze svého onemocnění a o prognóze dalšího vývoje mého zdravotního stavu:

Diagnóza: *tumor varice uzínanie infiltrační do prosady -> O. P. rozšíření cyste sklenice*

Podezření na diagnózu:

Zároveň jsem byl poučen o povaze zdravotního výkonu, který mi má být proveden.

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

jednorázová, příp. kontinuální spinální blokáda (epidurální nebo subarachnoidální)

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

zmírnění bolesti způsobené patologickým procesem v oblasti zásobované spinálním nervstvem (patologické změny v souvislosti s onkologickým onemocněním, těžké ischemické změny končetin, závažné pooperační a poúrazové stavy, výhřezy plotének...) – přerušením bolestivé stimulace z místa postížení do vyšších etáží nervového systému

Předpokládané následky tohoto zdravotního výkonu:

přechodná bolestivost v místě vpichu

Předpokládaný prospěch tohoto zdravotního výkonu (léčby) je tento:

zmírnění bolestivého stavu

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Před výkonem nutno vyšetřit krvácivé parametry, dle typu výkonu i krevní obraz a CRP, stav bederní páteře v místě předpokládaného vpichu. Pacient dle doporučení vysadí léky snižující srážlivost krve. Před výkonem se zajistí žilní vstup, samotný výkon se provádí v poloze na boku nebo v sedě, po desinfekci vybrané oblasti a znecitlivění vstupního místa se speciální jehla zavede do páteřního kanálu (epidurálně nebo subarachnoidálně) a postupně se aplikuje anestetikum, příp. analgetická směs v potřebné dávce, po dobu výkonu jsou u pacienta sledovány základní životní funkce. V případě potřeby dlouhodobější analgetizace je do vybraného prostoru zaveden katetr - tenká hadička, jejíž vyvedení se zanoří do podkoží (hadička je ukončena antibakteriálním filtrem k umožnění pravidelné aplikace analgetické směsi). Po výkonu je pacient po potřebnou dobu sledován na lůžku. Výkon většinou probíhá za krátké hospitalizace.

Byl jsem poučen, že jako alternativa místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést:

Konzervativní léčbu, většinou farmakologickou.



Nemocnice Na Bulovce
Budínova 2, 180 81 Praha 8, IČ 00064211, tel. 266 081 111

Informovaný souhlas pacienta (souhlas s poskytnutím zdr. výkonu)

Vzal jsem na vědomí, že lékařem **doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:**

rychlý nástup účinku, resp. rychlejší úlevu od bolesti, cílené ošetření postižených struktur, při zavedení katetru komfortní tlumení bolesti většinou s možností omezení ostatní analgetické medikace

ale současně tyto **nevýhody:**

nutnost invazivního vstupu do páteřního kanálu, možné přechodné oslabení svalové síly dolních končetin po dobu působení anestetika, nutnost fyzického klidu v den výkonu, trvalý kontakt se zdravotnickým zařízením pro kontrolu zavedeného katetru s určitým fyzickým omezením

Byl jsem dále poučen, že lékařem **doporučený výkon má následující rizika:**

u citlivých osob možný přechodný pokles krevního tlaku, zánětlivá reakce v místě vpichu, příp. V prostoru páteřního kanálu, alergická reakce po podání farmak, poruchy močení při podávání opioidních analgetik

Byl jsem také poučen o **dalším léčebném režimu, resp. preventivních opatřeních**, vyplývajících z provedení lékařem doporučeného výkonu, jakož i o nutnosti **kontrolních zdravotních výkonů:**

po výkonu je třeba ležet v poloze na zádech nebo na boku, je možno pohybovat končetinami, délku klidu na lůžku stanoví lékař podle stavu pacienta, dbát pečlivě poučení při samoaplikaci léčiv do katetru, absolvovat doporučené kontroly zavedeného katetru

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu **budu takto omezen/a v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:**

výkon je prováděn většinou za hospitalizace, po výkonu je nutno dodržet několikahodinový klidový režim, délka pracovní neschopnosti je závislá na povaze onemocnění, nutnost kontaktu se zdravotnickým zařízením při zavedení katetru

Možná **změna zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti v důsledku zdravotního výkonu:**

zmírnění bolesti, zlepšení kondice

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním **podpisem potvrzuji**, že lékař, který mi poskytl poučení, mi **osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu** a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem byl poučen o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevylučují.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení **plně porozuměl** a výslovně a svobodně **souhlasím s provedením zdravotního výkonu:**


Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Praze dne: 5.1.2018

.....

.....
vlastnoruční podpis pacienta
nebo zákonného zástupce

.....
podpis lékaře, který poučení provedl



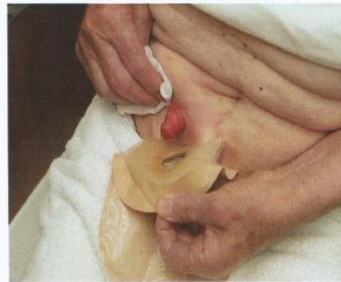
Brožurka byla vytvořena jako příloha k bakalářské práci o ošetrovatelské péči o urostomie z důvodu nádoru močového měchýře. Brožurka by měla pomoci v ošetrovatelské péči urostomikům, jejich rodinám a zdravotnickému personálu.

UROSTOMIE

Urostomie je vyústění močových cest na povrch těla. Způsob derivace moče je inkontinentní. Urostomie se vytváří se z důvodu obstrukce na močových cestách, kdy moč neodtéká.

Typy urostomie:

- Ureterostomie
- Ureteroileostomie



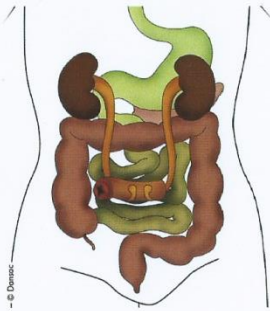
(Zdroj: životsestomii.cz, 2010)

POMŮCKY PRO OŠETŘOVÁNÍ UROSTOMIE

Sprej nebo ubrousky odstraňující adheziva, čistící pěna či dětské mýdlo, žínka na umytí, vysušující hadřík nebo fén, sterilní tampónek, igelitový sáček na odpad, šablonu, nůžky, ochranné pomůcky, urostomickou podložku, při dvojdílném systému navíc sběrný urostomický sáček.



(životsestomii.cz 2012)



(životsestomii.cz, 2010)

Ošetrovatelské postupy v péči o urostomii

- První krok je umytí a dezinfikování rukou.
- Pomocí spreje odstraňujícího adheziva odlepíme starou podložku.
- Urostomii omyjeme vlažnou vodou a pomocí mycí pěny omyjeme.
- Pokud se v okolí urostomie nachází ochlupení, je nutné ho oholit.
- Moč z urostomie vytéká neustále a z tohoto důvod přes ústí urostomie lepíme sterilní tampónek.
- Urostomii vysušíme vysušujícím hadříkem nebo teplým vzduchem fěnu.
- Připravíme si podložku, podle šablony vystříháme otvor o 1 cm větší, než je urostomie.
- Poté podložku v rukách prohřejeme, aby lépe přilnula k pokožce.
- Odstraníme z podložky ochrannou fólii.
- Podložku lepíme odspodu nahoru a kontrolujeme přilnutí.
- Poté podložku uhladíme směrem od urostomie ven.
- Na nalepenou podložku přidáme urostomický sběrný sáček.
- Vydržte ještě pár minut v klidu sedět, aby se podložka neodlepila.

Komplikace urostomie

I u urostomie mohou nastat komplikace.

Komplikace rozdělujeme na časné a pozdní.

ČASNÉ KOMPLIKACE:

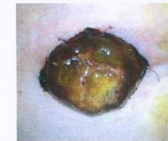
- Krvácení
- Otok urostomie
- Nekróza okrajů
- Parastomální absces

POZDNÍ KOMPLIKACE:

- Vtažení stomie
- Stenóza stomie

Kontaktní iritační dermatitida

Nekróza urostomie



(Zdroj: zdravi.euro.cz 2012)

Otok urostomie



(Zdroj: zdravi.euro.cz 2010)

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Kristýna Jalovcová

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s urostomií z důvodu nádoru močového měchýře

Jazykové vymezení:

čeština

Rešeršní strategie:

Deskriptory MeSH: Derivace moči, Nádory močového měchýře, Ošetrovatelský proces, Urostomie

Časové vymezení: 2005-2017

Druhy dokumentů:

(v záznamech viz pole „PT“, popř. „RT“)

KNIHY (=monografie), sborníky, ČLÁNKY, popř. kapitoly knih či články ze sborníků, abstrakta, kvalifikační (bakalářské a diplomové práce)

Počet záznamů: 55

České zdroje: záznamů: knihy: 29; články: 19; abstrakta: 4; kvalifikační práce: 3

Základní prameny:

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Českoslovaca (BMČ – články, abstrakta)

Theses - registr vysokoškolských kvalifikačních prací

Internet

Zpracovala: Mgr. Jana Hercová

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb

Sokolská 54

121 32 Praha 2


E-mail:hercova@nlk.cz

Tel. 296 335 918

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče o urostomii z důvodu nádoru močového měchýře v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 20. 3. 2018



Jméno a příjmení studenta