

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav Ošetřovatelství*



**Petra Garaiová**

**Ošetrovatelská péče o pacienta po radikální  
cystektomii**

*Nursing care of a patient after radical cystectomy*

*Bakalářská práce*

Praha, 2020

Autor práce: Petra Garaiová

Studijní program: Všeobecná sestra kombinovaná

Bakalářský studijní obor: Ošetřovatelství

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav Ošetřovatelství 3. LF UK**

Odborný konzultant: **MUDr. Jaroslav Jarabák**

Pracoviště odborného konzultanta: **Urologická klinika 3. LF UK,  
Thomayerova nemocnice**

Předpokládaný termín obhajoby: **Červen 2020**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne .....

Petra Garaiová

## **Poděkování**

Chtěla bych touto cestou poděkovat Mgr. Janě Holubové, která vedla mou bakalářskou práci a primáři MUDr. Jaroslavu Jarabákovi jako mému konzultantovi, za cenné připomínky a rady. A samozřejmě velké poděkování paní O. Š., která svolila k využití svých osobních informací k sepsání mé bakalářské práce.

<b>1</b>	<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1</b>	<b>Anatomie a fyziologie</b> .....	<b>6</b>
2.1.1	Vylučovací ústrojí.....	6
<b>3</b>	<b>NÁDORY</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1</b>	<b>Obecná charakteristika</b> .....	<b>8</b>
<b>3.2</b>	<b>Příčiny vzniku nádorů</b> .....	<b>8</b>
<b>3.3</b>	<b>Třídění nádorů</b> .....	<b>9</b>
3.3.1	Benigní nádory.....	9
3.3.2	Maligní nádory.....	9
<b>4</b>	<b>NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE</b> .....	<b>9</b>
<b>4.1</b>	<b>Epidemiologie</b> .....	<b>9</b>
<b>4.2</b>	<b>Etiopatogeneze</b> .....	<b>10</b>
<b>4.3</b>	<b>Symptomatologie</b> .....	<b>10</b>
<b>4.4</b>	<b>Diagnostika močového měchýře</b> .....	<b>10</b>
	Magnetická rezonance.....	12
	Endoskopické metody.....	13
	Diagnostická cystoskopie.....	13
<b>4.5</b>	<b>Klasifikace nádorů močového měchýře</b> .....	<b>13</b>
<b>4.6</b>	<b>Terapie</b> .....	<b>15</b>
4.6.1	Transuretrální resekce močového měchýře (TURM).....	15
4.6.2	Radikální cystektomie.....	15
	Klasifikace a typy derivací moče.....	15
4.6.3	Radioterapie.....	17
4.6.4	Chemoterapie.....	17

<b>4.7</b>	<b>Komplikace po radikální cystektomii .....</b>	<b>17</b>
<b>4.8</b>	<b>Recidiva po radikální cystektomii.....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>KAZUISTIKA.....</b>	<b>19</b>
<b>5.1</b>	<b>Anamnéza .....</b>	<b>19</b>
5.1.1	Lékařská anamnéza.....	19
5.1.2	Ošetrovatelská anamnéza.....	21
<b>5.2</b>	<b>Průběh hospitalizace.....</b>	<b>23</b>
5.2.1	První den hospitalizace .....	23
5.2.2	Druhý den hospitalizace.....	24
5.2.3	Třetí den hospitalizace, 0. operační den .....	25
	Pooperační péče .....	26
5.2.4	Čtvrtý den hospitalizace, 1. den po operaci .....	28
5.2.5	Pátý den hospitalizace, 2. den po operaci .....	30
5.2.6	Šestý den hospitalizace, 3. den po operaci.....	32
5.2.7	Sedmý den hospitalizace, 4. den po operaci .....	34
5.2.8	Osmý den hospitalizace, 5. den po operaci, překlad na standardní oddělení .....	35
5.2.9	Čtrnáctý den hospitalizace, 11. den po operaci, dimise.....	36
<b>5.3</b>	<b>Ošetrovatelské problémy.....</b>	<b>37</b>
5.3.1	Stomie – Urostomie .....	37
5.3.1.1	Urostomické pomůcky .....	38
5.3.1.2	Výživa urostomiků.....	39
5.3.2	Psychologická problematika .....	40
<b>5.4</b>	<b>Dlouhodobá péče .....</b>	<b>44</b>
<b>6</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>45</b>
<b>7</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>47</b>
<b>8</b>	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>48</b>

<b>9</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>52</b>
----------	---------------------------	-----------

# 1 Úvod

Téma své bakalářské práce „Ošetrovatelská péče o pacienta po radikální cystektomii“ jsem si vybrala na základě svého zájmu o tuto problematiku.

Svou bakalářskou práci jsem zaměřila na pacientku, která byla plánovaně přijata k hospitalizaci. Důvodem přijetí byla radikální operace nádoru močového měchýře. Operační výkon spočíval odstraněním močového měchýř, dělohy, vaječníků, části pochvy, spádových mizních uzlin a derivace moči dle Brickerera.

Práci jsem zaměřila na dvě části – na teoretickou a praktickou. V teoretické části je základní popis obecné charakteristiky onemocnění, diagnostika, klasifikace nádorů, léčba, komplikace a recidiva onemocnění.

Do praktické části jsem zahrnula ošetrovatelský model péče podle Marjory Gordonové, dvanáct vzorců zdraví. Dále je tu popsána lékařská anamnéza s prvotním výskytem onemocnění a kompletní ošetrovatelská anamnéza, která se odebírala v den příjmu pacientky do nemocnice.

Zaměřila jsem se také na celý průběh hospitalizace a dlouhodobou péči pacientky. V práci jsou také popsány dva ošetrovatelské problémy.

## **2 Teoretická část**

### **2.1 Anatomie a fyziologie**

#### **2.1.1 Vylučovací ústrojí**

Vylučovací ústrojí u člověka se skládá z ledvin, močovodů, močového měchýře a močové trubice. Sousedí s pohlavním ústrojím.

##### **Ledvina**

Ledvina je párový orgán, uložený v retroperitoneálním prostoru po stranách páteře Th12 až L2, má vzhled fazolového bobu a je červenohnědě zbarvena. Pravá ledvina je uložena o 1 – 2 cm níže kvůli játrům. Ledvina je obalena tukovým pouzdrém. Na povrchu má kůru, pod ní dřeň a společně se podílejí na stavbě základní funkční jednotky – nefronu, kde se tvoří moč. Vytvořená moč pak teče přes sběrací kanálky a kalichy do pánvičky, poté močovodem do močového měchýře. Ledvina je zásobena ledvinnou tepnou ústící z břišní aorty, krev z ledviny odvádí ledvinná žíla ústící do dolní duté žíly. (9)

##### **Močovod**

Močovod je 25 -30 cm dlouhá a silná trubice vedoucí moč z ledvinné pánvičky do močového měchýře. Stěnu močovodu tvoří hladká svalovina, která zajišťuje přesun moči z pánvičky do močového měchýře.

Podle průběhu jsou na močovodu rozlišovány tři části – pars abdominalis, pars pelvina a pars intramuralis. Dále je na třech místech zúžený – v místě výstupu z pánvičky ledvinové, při zkřížení s ilickými cévami, a pak v místě vstupu do močového měchýře. Cévní zásobení močovodu zajišťují větve arteria renalis, aorty, arteria testicularis, arteria ductus deferentis a arteria uterina a identické žilní pleteně. (9)

##### **Močový měchýř**

Močový měchýř je dutý svalový orgán uložený v malé pánvi za symfýzou. Tvar močového měchýře závisí na množství náplně. (9) Cévní zásobení močového měchýře je z větví pánevní tepny, žíly tvořící pleteně, odtékají do vnitřní pánevní žíly a dále do dolní duté žíly. (8)

Na měchýři rozlišujeme:

- **Spodinu měchýře** – fundus vesicae – obrácenou dorzokaudálně, u muže k prostatě a rektu a u ženy k děložnímu hrdlu a k pochvě.
- **Tělo** – corpus vesicae.
- **Vrchol** – apex vesicae, uložený více vpředu.
- **Trojúhelníkové pole** – trigonum vesicae, tvořící ústí obou močovodů a vchod do močové trubice. (9)

Stěna močového měchýře se skládá z:

- **Sliznice** – tunica mucosa, je tvořená vícevrstevným přechodným epitelem, urotelem, je složena v řasy s výjimkou trigonu.
- **Podslizničního vaziva** – tela sub mucosa, je řídké a vysoké, umožňuje skládání a natahování sliznice dle náplně.
- **Svaloviny** – tunica muscularis je hladkého typu, skládající se ze zevní podélné vrstvy, střední cirkulární svaloviny a vnitřní podélné vrstvy. Dohromady tvořící souborný vyprazdňovací sval – mutulus detrusor. Střední cirkulární vrstva je nejzřetelnější ve fundu a kolem krčku vytváří svěrač, jehož pokračováním je hladký svěrač močové trubice. S vnější svalovou vrstvou souvisejí a fixují měchýř ve správné poloze. Dalším velice důležitým souborem svalů je – mutulus trigonalis, zajišťující otevírání a zavírání ústí močovodů a močové trubice.
- **Adventicie** – je blána z kolagenního vaziva v místech, kde močový měchýř není kryt peritoneem. (7)

### **Močení a definitivní moč**

Močový měchýř se postupně naplňuje až do objemu 200 – 300 ml. Po překročení této fyziologické kapacity intravezikální tlak stoupá a vyvolává pocit nucení na močení, náplň 400 ml už vyvolává mikční reflex. Množství moči vytvořené za 24 hodin se označuje diuréza. Normální diuréza je 1500 – 2500 ml za 24 hodin. (23)

Moč je zlatožlutá kapalina zbarvená urochromem, která je charakteristicky zapáchající. pH moči je většinou lehce kyselé, na logaritmické stupnici v rozsahu 5 – 6, může se ale pohybovat od 4,5 do 8. Moč obsahuje: sodík 100 – 250 mmol/l; draslík 25 – 100 mmol/l; chlor 135 mmol/l; vápník; kreatinin 2g/24 hod. V moči

je přítomna také amyláza, kyselina vanilmandlová, kyselina močová, močovina a další látky. Zdravý člověk ztrácí maximálně 150 mg bílkoviny za 24 hodin, norma je 50 - 300 mg/24 hod., vylučování albuminu nepřevyšuje 30 mg/24 hod. (25)

### **Močová trubice**

Močová trubice odvádí moč z močového měchýře. Mužská močová trubice je dlouhá 20 cm. Začíná ve stěně močového měchýře, prochází prostatou, pánevní částí, penisem a končí ústím na vrcholuglans penis.

Ženská močová trubice je přibližně 4 cm dlouhá, začíná ve stěně močového měchýře, prochází pánevním úsekem a ústí na perineální části zhruba 2 cm pod klitorisem. (9)

## **3 Nádory**

### **3.1 Obecná charakteristika**

*„ Nádor je geneticky podmíněný abnormální přírůstek buněčné tkáňové hmoty klonálního charakteru. Jeho růst není v koordinaci s růstem okolních tkání a rovnovážným stavem organismu. Nádorová proliferace přetrvává i po odstranění základního etiologického momentu.“* (Rejthar a Vojtěšek, 2002, str. 16)

Vznik nádorů se vymyká z kontrolních mechanismů, které řídí normální růst tkání. Mezi lidmi se používá název karcinom (rakovina), i když se z většiny případů nejedná o zhoubný nádor. Jednotlivé typy nádorů označujeme typem tkáně, ze kterého nádor vychází. (19)

### **3.2 Příčiny vzniku nádorů**

Faktory podílející se na vzniku nádoru:

- Chemické látky zevního prostředí
- Fyzikální vlivy

- Viry
- Hormony
- Genetika
- Dietetické zvyklosti
- Vliv prostředí (19)

### **3.3 Třídění nádorů**

Nádory třídíme podle biologického i klinického chování na benigní a maligní.

#### **3.3.1 Benigní nádory**

Benigní (nezhoubné) nádory nemají buněčné povrchy změněny proti jiným proliferujícím buňkám organismu. Jejich růst je expanzivní. Nádory tohoto typu rostou pomalu, jsou homologní, zůstávají ohraničené. Jsou vazivově opouzdrěné. Vyoperování bývá snadné, neopakující se a netvoří se metastázy.

I přes svou relativní neškodnost, může benigní nádor ohrozit organismus svou nepříznivou lokalizací (CNS), endokrinní aktivitou (toxické nádory štítné žlázy) a velikostí. (22)

#### **3.3.2 Maligní nádory**

Maligní (zhoubné) nádory rostou rychle. Nejsou zpočátku ohraničeny a rostou invazivně a destruktivně. Můžou se šířit do okolí, a to jak přímo (prorůstáním) nebokrevními respektive lymfatickými cévami (vzdálené metastázy). (19)

## **4 Nádory močového měchýře**

### **4.1 Epidemiologie**

Zhoubné nádory MM postihují většinou muže ve věku nad 50 let. Jde o 6. nejčastější nádorové onemocnění u mužů, u žen je to 13. nejčastější nádorové onemocnění. Více než 90 % nádorů MM má původ v přechodném epitelu (urotelu), zbytek tvoří nádory z jiných epiteliálních buněk. (2)

## 4.2 Etiopatogeneze

Mezi rizikové faktory patří aromatické aminy (výroba kovů, barev, práce s asfaltem, dehtem). Další rizikový faktor je kouření cigaret, které zvyšuje vznik nádoru MM a celkově se kouření podílí na vzniku karcinomů MM. (11)

## 4.3 Symptomatologie

Nejčastějším příznakem je krev v moči, dysurie a bolestivé močení. Pozdními příznaky jsou nechutenství, nevěle, hubnutí a svědčí pro pokročilé nebo generalizované onemocnění. (12)

## 4.4 Diagnostika močového měchýře

Diagnózu rakoviny močového měchýře stanovíme na základě provedení následujících vyšetření:

- Anamnéza
- Laboratorní vyšetření
- Fyzikální vyšetření
- Zobrazovací vyšetření (USG, CT, MRI, RTG srdce a plic)
- Endoskopické vyšetření (cystoskopie)
- Histologické vyšetření

### **Anamnéza**

Anamnéza je prvním krokem v diagnostickém řetězci u každého pacienta. Je zaměřena na subjektivní potíže pacienta, které jsou vyvolané onemocněním.

### **Laboratorní vyšetření**

- Chemické vyšetření moče a močového sedimentu
- Bakteriologické vyšetření moči s citlivostí
- Cytologické vyšetření moči
- Základní biochemické vyšetření
- Hematologické vyšetření

### **Chemické vyšetření moče**

U každého ambulantního vyšetření pacienta s urologickým problémem je nutné vyšetření moče s použitím diagnostických proužků. Zobrazují patologické komponenty moče, změnou barvy příslušného pole. Vyšetřujeme pH moče, přítomnost bílkovin, krve, žlučových barviv, leukocytů, glukózy. (11)

### **Vyšetření močového sedimentu**

Vyšetření se provádí na speciálním automatickém analyzátoru. Vyšetřujeme pyurii (zkalenou moč), erytrocyturii (přítomnost červených krvinek), leukocyturii (přítomnost bílých krvinek) krystaly v moči.

Rozlišujeme:

1. Semikvantitativní vyšetření močového sedimentu po odstředění moče za standardních podmínek.
2. Kvantitativní vyšetření močového sedimentu dle Hamburgera.(10)

### **Bakteriologické vyšetření moče**

Odběr moči provádíme při podezření na specifickou nebo nespecifickou infekci v močových cestách. Na vyšetření se posílá střední proud moči ve sterilní zkumavce. (10)

### **Cytologické vyšetření**

Vyšetření hodnotící morfologické charakteristiky buněk v moči. Preparát pro cytologické vyšetření se barví podle Papanicolaoua (PAP). Normální nalez urotelií (negativní) je hodnocena jako PAP I a II. Jako suspektní je hodnocen nalez PAP III. V případě nálezu nádorových buněk je hodnocen jako PAP IV a V (pozitivní nalez).

Cytologie je významná pro stanovení primární diagnózy a je nezastupitelná v rámci sledování pacientů s nádory močového měchýře. (11)

### **Biochemické vyšetření**

Biochemické vyšetření se provádí odběrem krve do zkumavky.

Mezi základní komponenty patří sledování elektrolytů a minerálů (sodík, draslík, chloridy, vápník), renálních parametrů (kreatinin, urea), zánětlivých parametrů (CRP, prokalcitonin), vyživovacích parametrů (albumin, celková bílkovina) a jaterních funkcí (AST, ALT, GMT). (3)

### **Hematologické vyšetření**

Krevní obraz– patří mezi základní vyšetření. Usnadňuje diagnostiku zánětu, počet a morfologii erytrocytů, morfologii leukocytů, hodnotu trombocytů (3)

Koagulační vyšetření – vyšetřovaným materiálem je krevní plazma, někdy plná krev. Vyšetřujeme tromboplastinový test dle QUICKA (QUICK), aktivovaný parciální tromboplastinový test (APTT), fibrinogen, trombinový čas (TT), D-diméry, Anti-Xa. (3)

### **Fyzikální vyšetření**

Fyzikální vyšetření by mělo zahrnovat vyšetření břicha, rektální a vaginální palpaci. U pacientů s pokročilým tumorem můžeme nalézt palpační rezistenci v podbřišku, močový měchýř je během zánětu citlivý až bolestivý. Za fyziologických okolností je jinak nehmatný a nebolestivý. (11)

### **Zobrazovací vyšetření**

#### **USG**

Umožňuje diagnostiku nádorového postižení měchýře a detekci obstrukce v horních močových cestách a také jako nenákladný způsob pro detekci metastáz v játrech. (12)

#### **CT vyšetření**

Jde o kontrastní vyšetření dutiny břišní a malé pánve po intravenózním nebo perorálním podáním kontrastní látky. Před radikální cystektomií slouží jako stagingové vyšetření rozsahu nádoru. U pacientů po cystektomii slouží CT k detekci možné recidivy.(12)

#### **Magnetická rezonance**

MRI se provádí u pacientů s anamnézou alergie na jódovou kontrastní látku a u pacientů s poruchou renálních funkcí, či v těhotenství. (17)

### **RTG srdce a plic**

Toto vyšetření patří mezi rutinní vyšetření hrudníku. Jde o vyloučení metastáz plic.

## **Endoskopické metody**

### **Diagnostická cystoskopie**

U pacientů s podezřením na nádor močového měchýře. Cystoskopii realizujeme ambulantně, u mužů flexibilním a u žen rigidním cystoskopem. Při vysokém podezření na nádor močového měchýře je možné cystoskopii realizovat v anestezii.(11)

### **Histologické vyšetření**

Odběr materiálu na histologické vyšetření se odebírá buď část z podezřelého nádoru, nebo při menší velikosti celý útvar. (26)

## **4.5 Klasifikace nádorů močového měchýře**

TNM (STAGING) Klasifikace TNM – tumor, uzlina, metastázy (tumor, node, metastases)

### Potřebná vyšetření pro stanovení T, N, M:

*Kategorie T – fyzikální vyšetření, zobrazovací metody a endoskopie*

*Kategorie N – fyzikální vyšetření, zobrazovací metody*

*Kategorie M – fyzikální vyšetření, zobrazovací metody*

### Nádory močového měchýře dle TNM dělíme na:

#### ***T – primární nádor***

- *TX – primární nádor nelze posoudit*
- *T0 – bez známek primárního nádoru*
- *Ta – papilární neinvazivní nádor*
- *Tis – karcinom in situ (plošný, preinvazivní karcinom)*

- *T1 – nádor postihuje subepiteliálnípojivovou tkáň*
- *T2 – nádor infiltrující svalovinu měchýře*
  - T2a – nádor se šíří do povrchové svaloviny*
  - T2b – nádor se šíří do hluboké svaloviny*
- *T3 – nádor infiltrujeperivezikální tkáň*
  - T3a – mikroskopicky*
  - T3b – makroskopicky*
- *T4 – šíření nádoru d některého z okolních orgánů: prostata, děloha, pochva, pánevní stěna, břišní stěna*
  - T4a – šíření do okolních orgánů (prostaty, dělohy, pochvy)*
  - T4b – infiltrace pánevní stěny nebo stěny břišní*

#### ***N – regionální lymfatické uzliny***

- *NX – regionální mízní uzliny nelze hodnotit*
- *N0 – bez metastáz v regionálních lymfatických uzlinách*
- *N1 – metastáza v jedné uzlině s průměrem  $\leq 2$  cm*
- *N2 – metastáza v jedné nebo více uzlinách s průměrem 2 – 5 cm*
- *N3 – metastáza/y v lymfatických uzlinách  $> 5$  cm*

#### ***M – vzdálené metastázy***

- *MX – přítomnost vzdálených metastáz nelze posoudit*
- *M0 – žádné vzdálené metastázy*
- *M1 – přítomnost vzdálených metastáz (Babjuk a kol, 2009, str. 98- 100)*

#### **GRADING**

Veličina stupně diferenciacie. Rozlišujeme 4 stupně diferenciacie:

*G1 – dobře diferencovaný*

*G2 – středně diferencovaný*

*G3 – špatně diferencovaný*

*G4 –nediferencovaný (Becker a kol. 2005, str. 24)*

## 4.6 Terapie

### 4.6.1 Transuretrální resekce močového měchýře (TURM)

TURM je endoskopický výkon, prováděný v celkové anestézii, pod zrakovou kontrolou operátora, kdy se přes močovou trubici do dutiny močového měchýře zavádí optický přístroj vybaven elektrickou kličkou, kterou se celý nádor postupně kousek po kousku odstraňuje. (11)

### 4.6.2 Radikální cystektomie

*„Radikální cystektomie je standardní operační léčbou u nemocných s invazivním karcinomem měchýře při absenci vzdálených metastáz. Prognóza závisí zejména na stagingu, gradingu a histologickém typu nádoru. Po radikální cystektomii dosahuje 5leté přežití nemocných bez postižení lymfatických uzlin 70 – 80 %. Při infiltraci uzlin nádorem se přežití pohybuje mezi 15 – 35 %.“* (Kawaciuk, 2009, str. 371)

U mužů znamená odstranění celého močového měchýře a prostaty. U žen odstranění celého močového měchýře, dělohy s adnexy a přední stěny poševní. Součástí radikální cystektomie je i pánevní lymfadenektomie. U standardní lymfadenektomie se současně odstraňují lymfatické uzliny kolem zevních ilických cév, obturatorní jámy oboustranně. Uretrektomie (odstranění močové trubice) – je indikována při nálezů makroskopického nádoru nebo karcinomu in situ v močové trubici..

Provedení radikální cystektomie dokáže zlepšit prognózu pacientů. Radikální cystektomie má vysoké procento komplikací. Operace by měla být provedena do 12 týdnů od diagnózy invazivního karcinomu močového měchýře. (11)

### **Klasifikace a typy derivací moče**

V praxi je velké množství derivačních metod a jejich modifikací. Jednotlivé typy derivací klasifikujeme podle různých kritérií.

Typy derivací: dočasné x trvalé

zevní x vnitřní

přímé x nepřímé

### **Inkontinentní derivace:**

Ureteroileostomii (Brickerova derivace): je nejčastější formou inkontinentní derivace moči po odstranění močového měchýře. Pro transport moči se používá exkludovaný, 15 centimetrů dlouhý segment ilea, do jehož orálního konce jsou implantovány oba močovody. Konec kličky tenkého střeva je vyveden navenek.

Výhodou této derivace je její jednoduchost a menší množství metabolických komplikací. Nevýhodou je nošení jímacích pomůcek.

Mezi dlouhodobé komplikace patří parastomální hernie, úniky moče při netěsnosti stomických pomůcek, poškození horních močových cest (hydronefroza, litiáza, pyelonefritida). (14)

### **Kontinentní derivace:**

Ortotopické rezervoáry (kontinentní náhrady močového měchýře): jedná se o náhradu močového měchýře. Neovezika vytvořená z detubulizovaného střevního segmentu je anastomozována na močovou trubici se zachovaným a funkčním svěračem. Na tvorbu neoveziky je nejpoužívanějším úsekem preterminální ileum. Nově vytvořený rezervoár má tvar koule. Střevo se modeluje do tvarů písmen M, W nebo U.

Nejpoužívanější typy rezervoárů jsou - neovezika dle Hautmanna (modeláž ve tvaru W) nebo neovezika dle Studera (modeláž ve tvaru U). (14)

Rezervoáry s kontinentním kutanním stomatem – jsou charakterizovány jako nitrotělní, vysokokapacitní, nízkotlaké a cévkovatelné rezervoáry. Kutanní stoma slouží k zabezpečení kontinence a vyprazdňování neoveziky intermitentní katetrizací. Jako střevní úsek se používá preterminální ileum nebo ileocekální oblast. Stoma lze vytvořit z appendixu nebo z tubulizované části tenkého střeva a umísťuje se do pupku nebo oblast podbřišku.

Rezervoár si v průběhu několika měsíců postupně zvětšuje svůj objem, pak je v ideálním případě nutnost katetrizace jen každých 6 hodin.

Kontinentní derivace moči kontrolované análním sfinkterem – k jímání moči se využívá rektum a sigma. Zachování kontinence je dosaženo díky funkci análního svěrače. Močovody jsou implantovány do rezervoáru.

Tento typ sedí více ženám, neboť jsou zvyklé močit vsedě oproti mužům. (14)

#### **4.6.3 Radioterapie**

Kurativní (radikální) radioterapie zajistí 5leté přežití se zachováním vlastního měchýře. Nešetrné ozařování vysokými dávkami může způsobit těžkou postiradiační cystitidu s následným svažujícím se měchýřem. (17)

#### **4.6.4 Chemoterapie**

Chemoterapie může být aplikována předoperačně (neadjuvantní léčba), nebo po operaci jako léčba adjuvantní. Rozlišujeme:

1. neadjuvantní chemoterapii (před operací) – potenciální snížení státního karcinomu považovaného za inoperabilní. Nevýhodou je zbytečný odklad definitivní léčby. Neoadjuvantní chemoterapie může zlepšit celkové přežití o 5 – 6 % u nemocných s lokálně pokročilým onemocněním
2. adjuvantní chemoterapii (po operaci) – po cystektomii s pokročilým karcinomem měchýře a postižením lymfatických uzlin může dosáhnout zlepšení přežití. (17)

#### **4.7 Komplikace po radikální cystektomii**

Komplikace v souvislosti s derivací moče vzrůstá s dobou od operace. Nejčastější komplikace jsou uroinfekce, urolitiáza, stenózy v ureterointestinálních anastomózách s následnou ztrátou funkcí ledvin, stenózy stomie, močová inkontinence nebo močová retence.

U pacientů s ortotopickou náhradou močového měchýře může dojít k metabolické acidóze. Pokud není metabolická acidóza korigována, může být příčinou osteomalacie.

U pacientů s ortotopickou ileální neovezikou může dojít k hypovitaminóze B<sub>12</sub>, která se projeví megaloblastickou anémií a periferní neuropatií. (11)

## **4.8 Recidiva po radikální cystektomii**

Recidiva tumoru po radikální cystektomii se může projevit jak ve formě vzdálených metastáz, tak v lokální recidivě. Ke vzniku lokální recidivě může dojít do 5 let po cystektomii. Přežití pacientů s lokální recidivou je do 4 – 8 měsíců. Ke vzniku vzdálených metastáz může dojít až u 50 % pacientů do dvou let od výkonu. Přežití pacientů léčených systémovou chemoterapií se pohybuje v rozmezí 9 – 26 měsíců. Nejčastější postižená místa jsou kosti, játra a plíce. (11)

## 5 Kazuistika

### 5.1 Anamnéza

Data pro sepsání mé práce jsem sbírala ze zdravotnické dokumentace Urologické kliniky, která mi k tomu dala souhlas a od samotné pacientky formou pohovoru v den příjmu. Pacientka podepsala souhlas, že mohu použít informace do své bakalářské práce a souhlas je u mě k dispozici k nahlédnutí.

V mé kazuistice se zaměřuji na konkrétní pacientku, která pro makroskopickou hematurii a bolesti v podbřišku podstoupila v září operační výkon TURM. Pro velikost nádoru byl výkon neradikální a vzhledem k objektivnímu nálezu pacientka podstoupila další operační výkon a tím byla radikální cystektomie dle Brickerova.

#### 5.1.1 Lékařská anamnéza

Pacientka O. Š., rok narození: 1949

OSOBNÍ ANAMNÉZA: 69 - letá pacientka prodělala běžné dětské nemoci. Meningeom temporálně vpravo, st. p. operaci v roce 2009. Vasospastická angina pectoris. Do medikace zaveden Amplodin, edukována o zásadním významu zanechání kouření.

St.p.endoskopické polypektomii 5 polypků, histologicky hyperplastické polypy sliznice tlustého střeva.

St. p. otevřené zlomenině bérce LDK v roce 1996

St. p. APPE

St. p. CHCE 2010

Grav. Extrauterina 2x

RODINNÁ ANAMNÉZA: žije se synem a vnukem

ALERGICKÁ ANAMNÉZA: aviváže

ABUSUS: kouří 3 cigarety denně

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA: Neurol 1mg 1x denně, Betaloc ZOK 25 mg 1x denně, Tritace 2,5mg ½ denně, Rosuvastatin 10 mg 1x denně, Amplodin 5 mg 1x denně, Godasal 100 mg 1x denně.

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ: pacientka plánovaně přijata k R-CYE + derivace moče dle Brickerova pro Tumor močového měchýře.

OBJEKTIVNĚ: Pacientka orientovaná, spolupracuje, bez ikteru, cyanózy, afebrilní, bez klidové dušnosti, oběhově kompenzována,

TK 121/81mmHg

P /min 84

váha 52 kg

výška 156 cm

Břicho - měkké, volně prohmatné, nebolestivé

DK - bez otoků, bez trofických změn

USG:

Ledviny bilaterálně normotopické, hladkých kontur, bilaterálně bez známek dilatace, močový měchýř s malou anechogenní náplní.

CT s kontrastní látkou:

Vyšetření provedeno po podání kontrastní látky p. o. nativně a postkontrastně v arteriální a portovenózní fázi s i. v. aplikací 100 ml neionické jodové kontrastní látky (IOMERON 400) bez reakce + vylučovací fáze.

Závěr: objemný tumor močového měchýře, těsně naléhá na dělohu. Myom dělohy. Cysty ledvin.

Histologie:

Dodaný materiál je tvořen krevními koaguly s nekrózou a úseky sliznice močového měchýře.

Závěr: Low grade papilární urotelový karcinom s invazí do suburotelového pojiva. pT1 v tomto odběru.

### PŘÍJMOVÉ DIAGNÓZY:

Tumor močového měchýře cT3 susp. NX, cM0

St. p. TURM non radicalis v září – pT1 LG (31)

### **5.1.2 Ošetřovatelská anamnéza**

Ošetřovatelskou anamnézu jsem sepisovala s pacientkou v den příjmu ve 12:00 hodin na standardním oddělení Urologické kliniky. Ošetřovatelská anamnéza viz. příloha č. 1. Použita ošetřovatelská anamnéza Ústavu ošetřovatelství 3. LF UK.

Pacientka byla přijata k plánovanému operačnímu výkonu radikální cystektomie dle Brickera, na základě předešlého operačního neradikálního výkonu TURM.

Vybrala jsem si ošetřovatelský model podle Marjory Gordon.

Ošetřovatelský model Marjory Gordon má 12 funkčních vzorců zdraví.

### DVANÁCT FUNKČNÍCHVZORCŮ ZDRAVÍ:

#### 1. Vnímání zdraví

V minulosti pacientka netrpěla závažnými onemocněními. Jako dítě prodělala běžné dětské nemoci a v průběhu života podstoupila několik operací, které jsem již zmínila v osobní anamnéze.

S postupem času začala mít pacientka problémy s močením jako je například hematurie doprovázená s bolestmi v podbříšku. Proto to začala řešit a docházela pravidelně na urologii, aby se problém vyřešil. Podstoupila různá vyšetření a operační výkon TURM, ze kterého byl diagnostikován tumor močového měchýře. V září byla diagnóza pacientce sdělena. Byl to pro pacientku šok, který doprovázel deprese, načež byl pacientce od praktického lékaře předepsán Neurol 1 mg 1x denně.

Pacientce byla diagnóza sdělena včas, a proto měla prostor pro vstřebání informací a adaptaci na novou životní situaci. Porozuměla i dlouhodobému

pooperačnímu sledování a možnými komplikacemi, které mohou nastat po operačním výkonu.

## 2. Výživa – metabolismus

Pacientka váží 52 kg a měří 156 centimetrů. Její váha je optimální výšce s BMI 21,5 (hmotnost v normě).

Do hospitalizace v nemocnici pacientka neměla žádnou specifickou dietu, stravovala se normálně bez omezení a za den pacientka vypila 1,5 litru tekutin (voda, džus, čaj, minerální voda).

Nutriční skóre při příjmu: 0 (žádné riziko malnutrice)

## 3. Vylučování

Pacientka nyní neudávala žádné obtíže při močení, barva moči byla lehce růžová na základě tumoru močového měchýře. Vyprazdňování stolice bylo také bez obtíží, s pravidelnou frekvencí a normální konzistencí.

## 4. Aktivita – cvičení

Pacientka byla při příjmu k hospitalizaci plně soběstačná. Pacientka žije aktivní život, chodí plavat, hraje si se svým vnukem, jezdí na kole.

Barthel test při příjmu: 100 bodů (plná soběstačnost)

## 5. Spánek – odpočinek

Pacientka udává problémy se spánkem, hlavně problém s usínáním. Od září 2018 jí byl naordinovaný Neuro 1 mg p. o. na úzkost od praktického lékaře, kdy byl pacientce diagnostikován tumor močového měchýře.

## 6. Vnímání – poznávání

Pacientka neudává obtíže se sluchem, jen se zrakem, kdy používá brýle na čtení.

Co se týče operace a pooperační péče, tak bylo vše vysvětleno a pacientka nekladla žádné jiné dotazy. Všem porozuměla.

### 7. Sebepojetí – sebeúcta

Pacientka řekla, že se s diagnózou smířila. Když pacientce bylo oznámeno, že po operaci ji bude vytvořená urostomie, kdy si bude muset pravidelně vyměňovat a vypouštět stomický sáček, tak se k tomu postavila s velkým nadhledem a byla smířená s určitými omezeními, které s urostomií souvisejí. Například estetické omezení. Kdy pacientka bude mít nalepený urostomický sáček a bude muset přizpůsobit oblékání, vyprazdňování sáčku na veřejnosti mimo domov a celkovou péči o urostomii.

### 8. Role – vztahy

Pacientka žije v bytě v Praze se synem a vnukem. Mají velmi hezké vztahy mezi sebou. Syn pacientce pomáhá s domácností, vaří, uklízí, chodí na společné procházky a společně vychovávají synova syna.

### 9. Stres, zátěžové situace – zvládnání, tolerance

Pacientka sděluje, že má velkou oporu ve svém synovi, který ji se vším pomáhá, uklidňuje ji a snaží se, aby nebyla ve stresu.

### 10. Víra – životní hodnoty

Pacientka nemá spirituální potřeby. Tvrdí o sobě, že je realistka a žije přítomností

## **5.2 Průběh hospitalizace**

Během hospitalizace pacientky jsem o paní O. Š. pečovala na JIP Urologické kliniky, kam byla převezena po operačním výkonu. Zde ležela po výkonu 5dní.

### **5.2.1 První den hospitalizace**

Pacientka byla plánovaně přijata v říjnu ve 13:00 hodin na standardní oddělení lůžkové části, kde bylo pro ni připraveno volné lůžko. Pacientka byla obeznámena s řádem oddělení a následně seznámena s oddělením. Dále proběhlo sepsání ošetřovatelské anamnézy a vyhodnocení rizik pacientky (viz. příloha č. 1). Na předloktí dostala pacientka identifikační náramek se svým jménem, rokem

narození a názvem oddělení. Dále jsem pak pacientce ukázala celé oddělení. Kde se nachází toalety se sprchami, společenská místnost s televizí, kuchyňka a sesterna.

Poté, co byla pacientka se vším obeznámena, tak svým podpisem stvrdila všechny souhlasy, které se týkají příjmu do nemocnice. Při příjmu na ambulanci pacientka lékaři podepsala informovaný souhlas s hospitalizací, s operačním výkonem, souhlas o podání transfúze. Na oddělení pacientka podepisovala soupis věci včetně cenností, vyplněnou ošetřovatelskou anamnézu standardního oddělení.

Od příjmu do nemocnice byla pacientka do doby operace na lačno, směla pouze pít tekutiny jako je voda nebo čaj, neboť měla dvoudenní přípravu střeva pro operaci.

Ve 13:30 hodin sestra donesla pacientce 1 litr vody, do kterého vysypala 1 sáček Fortransu, pro vyprázdnění střeva a pacientka to měla vypít po dobu 1 hodiny.

Tím, že pacientka měla plánovaný výkon, tak interní a ani anesteziologické vyšetření nemusela znovu podstupovat, neboť všechny výsledky měla pacientka ze září, kdy podstoupila operaci TURM. Pouze podepsala anesteziologovi souhlas s celkovou anestezií.

Večer v 18:00 hodin si pacientka vzala svou chronickou medikaci (Rosuvastatin 10mg p. o.) a na noc ve 22:00 hodin dostala Neurol 1 mg dle ordinace lékaře a byl jí aplikován Fraxiparine 0,3 ml s. c. do břicha.

### **5.2.2 Druhý den hospitalizace**

Ráno okolo 7 hodiny byla vizita s lékařem, kdy se kontroloval stav pacientky. Pacientka udávala lékaři, že nemá bolesti a spala celou noc.

Dnes měla naordinovanou dietu 0S (čaj).

V 8 hodin šla pacientka do sprchy.

V 9 hodin ráno dostala pacientka od sestry konvičku s litrem vody, do kterého vysypala 1 sáček Fortransu, protože i v tento den se pokračovalo s vyprazdňováním střeva.

V 15 hodin sestra přinesla pacientce poslední džbánek s litrem vody s jedním sáčkem Fortransu, který musela vypít po dobu dvou hodin.

Pacientka podstoupila důkladné vyprázdnění střeva pro plánovou operaci R – CYE.

Pacientce byl během dne anesteziologem vysvětlen postup anestezie a byla poučena o premedikaci před operací, kterou jí bude podávat sestra v 22:00 hodin večer a následně pacientka podepsala informovaný souhlas s celkovou anestézií, o které jí informoval anesteziolog.

Večer v 18:00 hodin byla pacientce podána chronická medikace (Rosuvastatin 10 mg p. o.).

V 19:00 hodin pacientka informovala sestru o stolici, která byla řídké konzistence. To měl následek Fortrans, který pacientka pila během dne.

V 19:30 byla vizita s lékařem, který vysvětlil pacientce postup zítřejší operace a pooperační péče na JIP.

V 21:00 hodin byl pacientce aplikován s. c. Fraxiparine 0,3 ml do břicha a podána premedikace dle anesteziologů Zolpinox 1 tbl p. o.

Pacientce se během dne měřil krevní tlak: 137/84 Pulsy 76' a tělesná teplota 36,6 °C.

### **5.2.3 Třetí den hospitalizace, 0. operační den**

Brzy ráno okolo 6 hodiny ranní byla pacientce zavedena periferní žilní kanyla (20G) do pravého předloktí, do které byly aplikovány ATB (Sefotak 1g, Metronidazolium 500 mg, Gentamycin 240 mg), Sefotak 1 g byl naředěn 5 ml FR 1/1 a po rozpuštění by přestříknut do lahvičky se 100 ml FR 1/1. Všechny ATB byly aplikovány rychlostí 250 ml/ h. Po dokapání ATB byl podán z chronické medikace pouze Betaloc ZOK 25 mg p. o., který mohla zapít s malým množstvím vody.

V 7:00 hodin šla pacientka do sprchy, kde si měla oholit genitálie, třísla a břicho. Po osprchování šla pacientka na svůj pokoj, kdy zavolala sestru, která oholení zkontrolovala, popřípadě dooholila dané místo. Dále sestra přiložila vysoké bandáže na obou dolních končetinách a změřila krevní tlak a puls (137/84 76') a změřila teplotu 36,6 °C. Poté podala pacientce 500 ml Isolytu do periferní žilní kanyly rychlostí 150 ml/h. Sestra pacientce nabídla uložení cenností do boxu, který bude uschován v trezoru na sesterně.

Hodinu před výkonem byla pacientka pobídnuta jít naposledy na toaletu, vyjmout zubní náhrady, které si uložila do své krabičky a vložila tuto krabičku do boxu s cennostmi. Následně byla pacientce podána premedikace Dormicum 7,5 mg p. o., který mohla zapít s malým množstvím vody dle ordinace anesteziologa.

Odjezd na operační sál: 8:20

Začátek operace: 9:15

Konec operace: 15:15

Příjezd na JIP: 16:15

### **Pooperační péče**

Po 6 hodinách operace jsme si pacientku přebírali od anesteziologického lékaře při vědomí v poloze vleže na zádech. Pacientku jsme si převezli na Urologickou JIP v 16:15 hodin. Byla zde napojena na monitor, kde se jí měřili fyziologické funkce (TK, TP, DF, saturace) v intervalu 15 minut dvě hodiny a po dalších dvou hodinách v intervalu 30 minut a po dalších dvou hodinách v intervalu á hodina. Všechny fyziologické hodnoty se zapisovaly do zdravotnické dokumentace pacientky. Dále jsme označily všechny sběrné sáčky PU, LU, Ileo, tyto sáčky sbíraly moč z vytvořené stomie, dále Robinsonův drén do pánve, který byl vyveden z levého dolního kvadrantu. NGS byla zavedena na operačním sále a byla na spád. Pacientce byl podán na operačním sále přes perfusor kontinuálně Morphinsulphate 50 mg v 50 ml FR 1/1 rychlostí 1 – 2 ml/h dle VAS, ve kterém jsme pokračovali na JIP.

Za sálu přijela pacientka na JIP s rozkapanou infúzí 1000 ml Plasmalytu a po dokapání v 17:30 se dle ordinace lékaře pacientce podal Isolyte 1000 ml rychlostí 150 ml/h.

Všechny infúze, které se pacientce podávaly, byly aplikovány do CŽK(vena subclavia l. dx.), který byl zaveden na operačním sále.

Během směny se kontroloval odpad z drénu a z NGS.

Okolo 18:00 hodiny pacientka měla teplotu 38,2 °C, proto byl pacientce pravidelně po 6 hodinách naordinovaný Paracetamol 1 g i. v.

V 18:15 jsem vypustila každý sběrný sáček zvlášť do odměrného džbánu a hodnotu zapsala do zdravotnické dokumentace pacientky. Močové vývody PU + LU + Ileo jsem každý zvlášť propláchla stříkačkou s 2 ml FR 1/1.

V 18:30 byl pacientce nalit hrnek s 250 ml vody a pomocí brčka se pacientka napila.

Tabulka č. 1 fyziologické funkce po operaci

ČAS	KREVNÍ TLAK	TEPOVÁ FREKVECE	DECH	SATURACE	APLIKACE O2	TEPLOTA
16:15	110/60mmHg	90/min	16/min	96 %	5 l/min	36,1 °C
16:30	108/70mmHg	82/min	16/min	94 %	5 l/min	36,2°C
16:45	100/55mmHg	80/min	16/min	96 %	5 l/min	36,3°C
17:00	90/56mmHg	90/min	15/min	97 %	5 l/min	36,9°C
17:15	100/60mmHg	90/min	14/min	98 %	5 l/min	37,5°C
17:30	100/60mmHg	92/min	16/min	95 %	5 l/min	37,6°C
17:45	108/59mmHg	88/min	16/min	94 %	5 l/min	37,9°C
18:00	100/60mmHg	88/min	14/min	96 %	5 l/min	38,2°C
18:15	110/63mmHg	90/min	15/min	93 %	5 l/min	38,3°C

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky

Ordinace lékaře:

Sefotak1g i. v. á 8 hodin (22 – 6)

Metronidazol 500 mg i. v. á 8 hodin (22 – 6)

Gentamicin 240 mg i. v. á 24 hodin (6)

Fraxiparine 0,3 ml s. c. (22)

Omeprazol 20 mg i. v. á 12 hodin (18 – 6)

Paracetamol 1000 mg i. v. á 6 hodin (18 – 24 – 6)

Analgin 1 amp i. v. á 8 hodin při VAS nad 2

Od doby, kdy jsem pacientku přivezla na JIP, tak jsem se každou hodinu dotazovala na bolesti, kdy jsem použila VAS hodnotící škálu bolesti (od 0 do 10). Pacientka neudávala žádné bolesti, neboť jí byl kontinuálně aplikován Morphin sulphate 50 mg v 50 ml FR 1/1 rychlostí 2 ml/h, který pacientce na bolesti postačoval.

Dále jsem při příjezdu na JIP pacientku přehodnotila (Barthel test: 5 bodů = vysoce závislá). Tím, že pacientka byla čerstvě po operaci, tak pacientka zvládla s pomocí se pouze napít čaje, ostatní složky v Barthel testu neprovedla.

#### **5.2.4 Čtvrtý den hospitalizace, 1. den po operaci**

Pacientce byla ráno v 5:30 odebírána krev na krevní obraz + hematologie (Quick, APTT) a biochemie (iontogram, CRP, urea, kreatinin, glykémie, bilirubin, jaterní testy), které se odebíraly z CŽK. Kultivace + citlivost ze všech močových sáčků (PU, LU, Ileo) se odebírala zvlášť do sterilních zkumavek na moč pomocí 2 ml sterilní stříkačky, stříkací dezinfekce a sterilní růžové jehly. Kdy se část hadičky od sběrného močového sáčku odezinfikovala a pomocí jehly se stříkačkou se moč odebrala a poté sterilně přestříkla do sterilní zkumavky na moč. Tímto způsobem se odebraly všechny vzorky na moč z močových sáčků zvlášť.

V 6:00 hodin proběhla u pacientky na lůžku hygiena se sestrou a sanitářem. Po hygieně se pacientce převléklo lůžko, napoložovala se na záda a byl jí podán jednorázový zubní kartáček s pastou, kelímkem vody, emitní miskou a buničinou na utření úst.

V 7:00 ráno byla vizita s vedoucím lékařem JIPU Urologické kliniky a zároveň operatérem pacientky. Při vizitě lékař odkryl obvaz z operační rány na břicho, která vedla od pupku k podbříšku a obsahovala 15 stehů. Lékař ránu zhodnotil, břicho prohmatl a pomocí fonendoskopu si poslechl peristaltiku.

Lékař naordinoval dietu 0S (čaj). NGS se zaštípla pomocí kolíčku, neboť pacientka neměla žádný odpad z NGS. Lékař s asistencí sestry za aseptických podmínek převázal operační ránu. Operační ránu jsme nezinkovali pomocí sterilního peanu se sterilními tampóny s Braunolem, pak jsme ránu zakryly sterilními čtverci a zafixovaly náplastí. Břišní drén jsme také odezinkovali sterilním tampónem s Braunolem a přelepili sterilním nastřiženým čtvercem a přifixovali náplastí. Z vytvořené urostomie jsme sterilními čtverci vytřeli sekret, který stomie vytváří. Dále jsme pomocí jednorázové sterilní pinzety na urostomii přiložili kousek masného tylu, zakryli sterilními čtverci a přifixovali náplastí.

V 7:30 jsem převázala za aseptických podmínek CŽK. Opatrně jsem odlepila náplast, která zakrývala CŽK. Místo vpichu jsem ostříkala dezinfekčním prostředkem CITROclorex2%. Sterilními tampóny a jednorázové sterilní pinzety jsem dezinfekci otřela. Po osušení jsem nalepila nové krytí na CŽK. Popsala jsem to datumem zavedení, datumem ošetření a vše zapsala do zdravotnické dokumentace pacientky. Krytí na CŽK je průhledné, tak jsem mohla v průběhu směny kontrolovat případné komplikace, změny na CŽK.

Pacientka měla naordinovanou dietu 0S (čaj), který mohla pít po malých doušcích.

V dopoledních hodinách okolo 10:30 se pacientka s pomocí fyzioterapeuta učila posazovat v lůžku a postavit se u lůžka. Fyzioterapeut edukoval pacientku, že se má posazovat v posteli přes bok. Má se opřít o loket, pokrčit nohy a pomalu se zvedat a následně nohy spouštět z lůžka dolů na zem. Když toto pacientka zvládla, tak se postavila na nohy a na místě přešlapovala nohama. Po této rehabilitaci následovala dechová rehabilitace pomocí Acapelly.

Stále se pokračovalo v kontinuálním podávání Morphinu sulphate 50 mg v 50 ml FR 1/1 přes perfusor 1 ml/h. Pacientka se během dne cítila dobře, neudávala žádné bolesti. NGS byla stále uzavřena bez pocitu nauzey. PU + LU + Ileo se každý zvlášť pravidelně po šesti hodinách proplachoval stříkačkou s 2 ml FR1/1.

Pacientka je po celou dobu hospitalizace na JIP připojená na monitor, kde se jí měří fyziologické funkce á 1 hodinu, teplota á 6 hodin a vše se zapisuje do zdravotnické dokumentace pacientky. Odpady z močových sáčků, drénu se také

zapisují á 6 hodin do dokumentace pacientky. Po celý den se fyziologické funkce pacientky pohybovaly v rozmezí: TK od 120/80 do 140/100, pulsy okolo 80 tepů za minutu a teplotu pacientka neměla během dne.

Ordinace lékaře:

Sefotak 1g i. v. á 8 hodin (14- 22 – 6)

Metronidazol 500 mg i. v. á 8 hodin (14- 22 – 6)

Gentamicin 240 mg i. v. á 24 hodin (6)

Omeprazol 20 mg i. v. á 12 hodin (18 – 6)

Degan 10 mg i. v. á 8 hodin (14 – 22 – 6)

Torecan 1 amp i. v. á 8 hodin (14 – 22- 6)

Paracetamol 1000 mg i. v. á 6 hodin (12- 18 – 24 – 6)

Isolyte 1000 ml i. v. 150 ml/h

FR 1000 ml i. v. 150 ml/h

Nebulizace: Mucosolvan 2 ml + 2 ml FR (12 – 18 – 6)

Fraxiparine 0,3 ml s. c. (22)

Neurol 1 mg p. o. (22)

### **5.2.5 Pátý den hospitalizace, 2. den po operaci**

Dnes ráno v 5:30 byla opět nabrána krev na krevní obraz a biochemii (iontogram, urea, kreatinin, CRP, albumin, celková bílkovina).

V 6:00 hodin proběhla u pacientky s pomocí sanitáře ranní hygiena na lůžku.

V 7:00 hodin byla vizita s lékařem JIPU, kdy pacientce zkontroloval a zhodnotil operační ránu a urostomii, poslechl peristaltiku fonendoskopem a prohmatával břicho.

Po vizitě se provedl aseptický převaz operační rány a urostomie.

Lékař dnes pacientce naordinoval dietu bujón + nutridrinky (Fresubin Protein Energy Drink - 200 ml). NGS je stále zaštipnutá količkem. Podle laboratorních výsledků krve, byla naordinována parenterální výživa (Nutriflex Lipid Plus + Tracutil 1 amp na 24 hodin), pro nízkou hladinu Kalia byly naordinované dva Premixy 500 ml FR + 20 mmol KCL 7,45%. Dále byly

naordinované dvě erytrocytové masy. Kontinuální Morphin sulphate 50 mg v 50 ml FR 1/1 byl ukončen v 7:30 dle ordinace lékaře a byl naordinovaný Analgin 1 amp do 100 FR 1/1 při VAS nad 2.

V 8:00 hodin byl pacientce k snídani podán nutridrink, který vypila s chutí.

Dopoledne okolo 10:30 hodin pacientka s fyzioterapeutem pokračovala s rehabilitací, kdy se učila posazovat do křesla a stát u lůžka.

1. Erytrocytová masa se podávala v 11 hodin dopoledne, která měla objem 276 ml.
2. Erytrocytová masa se podávala v 12:30 hodin a měla objem 274 ml.

Před začátkem každé transfúze byl proveden Sangvitetest. Pak byl zavolán lékař, aby krve zkontroloval a mohl je podat.

Před transfúzemi byl změřen krevní tlak, teplota a zkontrolovala se barva moči, vše se zapsalo do transfúzního záznamu. Toto vše se zopakovalo při ukončení transfúzí a opět se zapsaly hodnoty do transfúzního záznamu. Obě transfúze byly aplikovány do CŽK.

Před začátkem každé transfúze lékař edukoval pacientku o možných komplikacích během aplikace transfúze. Během aplikace jsme pacientku sledovali pro možné komplikace v intervalu 10 minut. Pacientka obě transfúze snesla bez obtíží.

Obě dokapané transfúze jsme uložily do černého igelitového pytle, popsali ho datem podání a ukončení, oštítkovali jsme pytel pacientky jménem a pytel jsme uložili do lednice do připraveného úložného boxu na transfúze.

V 13:00 hodin byl pacientce podán k obědu bujón. + nutridrink.

V 15:00 hodin přišel za pacientkou na návštěvu její syn s vnukem. To paní O. Š. udělalo radost.

V 17:00 hodin pacientka dostala k večeři opět bujón + nutridrinky.

V 18:00 byl pacientce odebrán kontrolní krevní obraz a iontogram.

Pacientka měla po celý den monitorované fyziologické funkce po jedné hodině, které se zapisovaly do zdravotnické dokumentace. Pravidelně se proplachovaly močové vývody (PU + LU + Ileo) stříkačkou s 2 ml FR 1/1. Každý

sběrný sáček po 6 hodinách se vypustil do odměrného džbánu a hodnota se zapsala do dokumentace pacientky.

Pacientka si během dne nestěžovala na bolesti, neboť jí byl pravidelně podáván Paracetamol 1g i. v po 6 hodinách dle ordinace lékaře. Nepocítovala nevolnost, jen byla unavená po rehabilitaci s fyzioterapeutem.

#### Ordinace lékaře:

Sefotak 1g i. v. á 8 hodin (14- 22 – 6)

Metronidazol 500 mg i. v. á 8 hodin (14- 22 – 6)

Gentamicin 240 mg i. v. á 24 hodin (6)

Omeprazol 20 mg i. v. á 12 hodin (18 – 6)

Degan 10 mg i. v. á 8 hodin (14 – 22 – 6)

Torecan 1 amp i. v. á 8 hodin (14 – 22- 6)

Nebulizace: Mucosolvan 2 ml + 2 ml FR (12 – 18 – 6)

Fraxiparine 0,3 ml s. c. (22)

Neurol 1 mg p. o. (22)

### **5.2.6 Šestý den hospitalizace, 3. den po operaci**

V 5:30 ráno byla opět nabrána krev na krevní obraz a biochemii (iontogram, urea, kreatinin, CRP).

V 6:00 hodin se pacientka posadila v lůžku a sestra donesla umyvadlo s vodou a mýdlem, aby se mohla pacientka omýt. Sestra pacientce dopomáhala. Pak si pacientka vyčistila dutinu ústní a sestra mezitím převlékla lůžko.

V 7:00 hodin byla vizita, kdy lékař pacientce zkontroloval operační ránu a urostomii, poslechl si peristaltiku fonendoskopem a prohmatával břicho a zeptal se pacientky na bolesti nebo zda nemá jiné obtíže.

Vzhledem k nulovému odpadu z NGS lékař naordinoval sondu extrahovat. Pokračovalo v dietě 0 (bujón) + nutridrinky (Fresubin Protein Energy Drink - 200 ml). Parenterální výživa také pokračuje (Nutriflex special 1500 ml + 1 amp Cernevit na 24 hodin).

V 7:30 se provedl za aseptických podmínek převaz operační rány a urostomie. Operační rána se odezinfikovala sterilními tampóny s Braunolem pomocí jednorázové sterilní pinzety a zakryla se sterilními čtverci a zafixovala náplastí. Urostomie se opláchla Prontosanem roztokem a otřela sterilními čtverci. Následně se na urostomii jednorázovou sterilní pinzetou přiložil mastný tyl a zakryl se sterilními čtverci a celé se to zafixovalo náplastí. Břišní drén se také odezinfikoval sterilními tampóny s Braunolem a přelepil nastřiženým sterilním čtvercem.

V 8:00 pacientce byl podán k snídani bílý jogurt a nutridrink.

Dopoledne okolo 11 hodiny pacientka s fyzioterapeutem chodila kolem lůžka.

Ve 12 hodin byl pacientce podán k obědu bujón + nutridrink.

Ve 14:00 hodin pacientka dostala ke svačině nutridrink.

V odpoledních hodinách jsme pacientku posazovali do křesla a přišel na návštěvu za pacientkou její syn s vnukem.

V 17:00 pacientka dostala k večeři bujón.

V 18:00 byla pacientce odebrána krev na biochemii (iontogram). Po celý den se pacientce měřily fyziologické funkce á 1 hodinu, kontrolovala se u pacientky bolest a po 6 hodinách se vypouštěly sběrné sáčky a jejich hodnoty se zapisovaly do dokumentace pacientky.

#### Ordinace lékaře:

Sefotak 1g i. v. á 8 hodin (14- 22 – 6)

Metronidazol 500 mg i. v. á 8 hodin (14- 22 – 6)

Gentamicin 240 mg i. v. á 24 hodin (6)

Omeprazol 20 mg i. v. á 12 hodin (18 – 6)

Degan 10 mg i. v. á 8 hodin (14 – 22 – 6)

Torecan 1 amp i. v. á 8 hodin (14 – 22- 6)

Isolyte 1000 ml i. v.

Nebulizace: Mucosolvan 2 ml + 2 ml FR (12 – 18 – 6)

Fraxiparine 0,3 ml s. c. (22)

Neurol 1 mg p. o. (22)

### 5.2.7 Sedmý den hospitalizace, 4. den po operaci

V 5:30 byla pacientce odebrána krev na krevní obraz a biochemii (iontogram, urea, kreatinin, CRP, glykémie).

V 6:00 hodin pacientka ranní hygienu u lůžka zvládla sama. Sestra jen převlékla postel.

V 7:00 na vizitě lékař rozhodl dle kontroly operační rány a urostomie extrahovat Ileo, pravý a levý splint zkrátit a nalepit urostomický sáček. Dle laboratorních výsledků krve se pacientce naordinoval Premix 500 ml FR 1/1 + 20 mmol KCL 7,45% pro nízkou hladinu Kalia.

Než jsem nalepila urostomický sáček, tak jsem extrahovala PMK z vytvořené kličky ilea. Ileo je ve stomii zavedený jako cévka. Musela jsem odpustit balónek, ve kterém bylo 10 ml FR 1/1 a následně jsem hadičku vytáhla. Pak jsem zkrátila oba splinty (PU + LU). Pravý splint se ustříhl rovně a levý splint se ustříhl šikmo.

Zvolila jsem jednodílný systém urostomického sáčku. Nastříhla jsem potřebnou velikost podle urostomie. Okolí stomie jsem otřela ochranným filmem, aby stomický sáček lépe přilnul. Po otření jsem do sáčku vložila oba ustřižené splinty a sáček přilepila k pokožce. Přibližně dvě minuty jsem sáček tiskla k tělu, aby lépe přilnul a neodlepil se. Poté jsem sáček napojila na sběrný sáček, abychom mohli sledovat diurézu a barvu moči. Během nalepování urostomického sáčku jsem se snažila pacientku edukovat a vysvětlovat ji jednotlivé kroky, které jsem dělala.

Po nalepení urostomického sáčku, sestra povytáhla drén o 2 cm.

Sestra za aseptických podmínek převázala CŽK a zapsala do zdravotnické dokumentace pacientky.

Dnes lékař naordinoval pacientce dietu číslo 1 (kašovitou)+ nutridrink.

V 8:00 hodin pacientka dostala k snídani jogurt a přesnídávku + nutridrink.

K obědu pacientka dostala bramborovou kaši s rozmixovaným masem + nutridrink.

Během dne jsme s pacientkou zvládaly rehabilitovat samy bez pomoci fyzioterapeuta. Chodili jsme s pomocí vysokého chodítka.

V 17:30 hodin pacientka odmítla večeři bramborovou kaší s rozmixovaným masem a chtěla pouze nutridrink.

Po celý den pacientka popíjela čaj, a nebo vodu bez bublinek.

Pacientka se během dne cítila dobře. Snaží se být ve všech činnostech soběstačná. Barthel test 65 bodů (závislost středního stupně). Pacientka během dne nudařovala bolesti.

Ve 22: 00 byl aplikován Fraxiparine 0,3 ml s. c. a podán Neurol 1 mg p. o. na spaní dle ordinace lékaře.

### **5.2.8 Osmýden hospitalizace, 5. den po operaci, překlad na standardní oddělení**

Dnes ráno v 7:00 lékař na vizitě oznámil pacientce, že bude přeložena z JIP na standardní lůžkové oddělení.

Pacientce byla naordinovaná dieta č. 2 (šetřící) + nutridrinky.

Před přeložením pacientky na lůžkové oddělení, byla asepticky ošetřena operační rána, která mohla být už bez krytí. Drén se povytáhl o další 2 cm a byl zakryt sterilním nastříženým čtvercem a přelepen náplastí.

V 8:00 hodin pacientka dostala k snídani bílý rohlík s taveným sýrem + nutridrink.

Pacientka je podle Barthel testu lehce závislá: 70 bodů. Téměř vše zvládá sama, kromě chůze, kdy potřebuje chodítko jako oporu.

V 11:00 byla pacientka přeložena na lůžkové oddělení, kde měla připravené lůžko na nadstandardním pokoji, kde strávila zbytek pobytu v nemocnici. Pacientka si přála ležet na pokoji ležet sama. Po uložení pacientky na pokoj si pacientka došla do sprchy.

Na oddělení je staniční sestra, která je zároveň stomickou sestrou. Během pobytu v nemocnici stomická sestra edukovala jak pacientku, tak jejího syna o správnosti lepení a starání se o urostomii. Pomáhala ji vybrat správnou velikost urostomického sáčku a vysvětlit možné komplikace, které by s ním mohly nastat.

Na lůžkovém oddělení se pacientce měří fyziologické funkce á 3 hodiny a teplota 3x denně a zapisují se do její zdravotnické dokumentace. Pacientka chodí s pomocí vysokého chodítka.

Ve 22:00 hodin byl pacientce aplikován do paže Fraxiparine 0,3 ml s. c. a podán Neurol 1 mg p. o. na spaní dle ordinace lékaře.

### **5.2.9 Čtrnáctý den hospitalizace, 11. den po operaci, dimise**

Pacientka byla dnes ošetřujícím lékařem propuštěna do domácího léčení. Pacientka má naordinovanou dietu č. 5 (bílkovinná - bezezbytková) + nutridrinky. Pacientka se před propuštěním znovu přehodnotila v Barthel testu: 100 bodů (nezávislá)

Před propuštěním byly z operační rány extrahovány stehy a rána byla odezinfikována Braunolem. Po zaschnutí dezinfekce se pacientka mohla obléct. Dále byla znovu edukována o používání stomických pomůcek. Pacientce bylo vysvětleno, co obnáší bezezbytková dieta, co smí a nesmí jíst a bylo jí znovu připomenuto, že nesmí pít minerální vody s bublinami. Co se týče fyzické zátěže, tak pacientka nesmí minimálně půl roku zvedat těžká břemena. Koupání či sprchování s urostomickým sáčkem je bez jakýchkoli omezení. Záleží na pacientce, co je pro ni pohodlnější. Co se týče koupání v létě, tak o tom byla pacientka také informována a to tak, že existují speciální plavky pro stomiky. Takže se nemusí stydět za urostomický sáček, protože nebude vidět v těchto plavkách.

Od stomické sestřičky pacientka obdržela na 3 měsíce stomické pomůcky od firmy CovaTec. Balíček obsahoval odstraňovač podložky, ochranný film, tělovou pěnu, podložky a urostomické sáčky. Dále pacientka obdržela propouštěcí zprávu, kde byl napsaný termín pro extrakci uretrálních splintů. Pacientka byla také poučena, že kdyby se jí cokoliv nezdálo ohledně stomie, tak může kdykoliv přijít na urologickou ambulanci nebo zavolat na telefonní číslo, které obdržela od stoma sestry.

Pacientka odcházela soběstačná a cítila se dobře. Vyzvedl ji syn s vnukem.  
(zdravotnická dokumentace)

## 5.3 Ošetrovatelské problémy

Já jsem si zvolila ve své práci 2 ošetrovatelské problémy, kterými jsou urostomie, psychologická problematika.

### 5.3.1 Stomie – Urostomie

Urostomii můžeme dělit na kontinentní a inkontinentní, V tomto případě budeme mluvit o inkontinentní derivaci moče ureteroileostomii dle Brickera. Klička tenkého střeva se exkluduje a použije se pro vytvoření rezervoáru a stomie. Do orálního konce střevní kličky se implantují močovody a z aborálního konce se vytvoří vývod na břišní stěnu. Moč odchází kontinuálně a sbírá se do stomické pomůcky. (30)

Normální barva stomie je růžová. Pooperační otok bývá zhruba 2 – 3 týdny a tvorba hleny ze střevní sliznice postupem času také ustoupí.

#### **komplikace:**

- Červená nebo mokvající kůže – může být příčinou špatného ošetřování, nedostatečnou přilnavostí stomické pomůcky
- Krvácení ze stomie – při ošetřování ->střevo je křehké. Krvácení povrchové či hluboké. Antikoagulancia
- Prolaps stomie (vyhřeznutí) - vyhřeznutí střeva i několik centimetrů před břišní stěnu. Hrozí nedostatečné krevní zásobení a s tím i vzniklá ischemie
- Parastomální hernie (kýla) – vyklenutí břišní stěny v okolí stomie. Při námaze, kašli, kýchání, zvedání těžkých břemen), nutné používat břišní kýlní pás
- Stenóza stomie (zúžení) – zúžení stomatu, může být doprovázeno drobným krvácením. Stenóza bývá spojena se sekundárním hojením. Pravidelné dilatace stomatu nebo při velké stenóza chirurgická úprava.
- Retrahoanástomie (vtažení) – stomie je vtažena pod úroveň břišní stěny. Charakterizováno častým podtékáním pod podložku, zhoršenou přilnavostí, poškozením parastomální oblasti.
- Nevhodné umístění stomie – omezuje při pohybu, sezení. Špatná volba polohy. Kožní řasa, místa jizev.
- Nekrózy– špatné prokrvení tkáně. Chyba operátéra, či špatné ošetřování
- Dermatitidy – alergické reakce na pomůcky, ze kterých jsou vyrobeny (30)

### 5.3.1.1 Urostomické pomůcky

Stomické pomůcky jsou plně hrazeny zdravotní pojišťovnou. Každý pacient po odchodu z nemocnice dostane balíček se základními pomůckami na 3 měsíce. Jinak stomické pomůcky lze koupit ve zdravotnických prodejnách nebo přímo u výrobce z dané firmy. Pacient dostane poukázku od svého urologa či praktického lékaře.

V České republice je na trhu mnoho a kvalitních produktů od různých firem.

#### **Jednodílný urostomický systém**

Jednodílný urostomický systém se skládá z jedné části a to ze stomického sáčku, jehož součástí je podložka s lepící plochou. Je to uzavřený systém. Jednodílný sáček se mění denně nebo individuálně. Při výměně se sáček lehce sejme a vymění za nový. Samolepící podložka je u každého typu odlišná. Proto je dobré vyzkoušet různé typy sáčků, aby seděl co nejlépe.

#### **Dvoudílný urostomický systém**

Dvoudílný urostomický systém se skládá z podložky a odděleného sáčku. Podložka je nalepená kolem vývodu a může zůstat na svém místě i několik dní a mění se denně nebo dle potřeby pouze sáček.

#### **Příslušenství**

- **Odstraňovač podložky ConvaCare ubrousky** – malé ubrousky napuštěné olejčkem. Jsou nedráždivé a nevysušují kůži. Používají se při výměně podložky
- **Tělová pěna Aloe Vesta** – jemně a šetrně čistí okolí stomie. Obsahuje Aloe Vera, která zklidňuje a zvlhčuje citlivou pokožku.
- **Vyrovnávací pasta Stomahesive**– pasta je lepivá, používá se k vyrovnávání kožních záhybů a jizev pod pomůckou
- **Vyrovnávací pásy Varimate**– brání odlepování stomické pomůcky. Jsou vhodné i na citlivou pokožku. Jsou voděodolné.
- **Ochranný film ConvaCare**– nasycené ubrousky, které vytváří mezi pokožkou a podložkou ochranný film. Chrání kůži před odřením, tvorbou puchýřků a prodlužuje životnost pomůcky.
- **Pásek** – je vhodný při zvýšené fyzické námaze nebo jako prostředek pro zvýšení ochrany a pocitu jistoty. (21)

První urostomický sáček byl pacientce nalepen 4. den po operaci na JIPce. Zvolil se jednodílný systém, abychom věděli, jak pacientce bude vyhovovat a hlavně je to jednodušší metoda pro pacientku na zaučení. Pacientce bylo vše vysvětleno a ukázáno, jak se provádí a co vše za pomůcky se používá.

Druhý den si pacientka lepení urostomického sáčku vyzkoušela sama pod dohledem stoma sestry. Vše se zvládlo. Během nalepování sáčku se mohla pacientka na cokoliv zeptat, co jí nebylo jasné. Během dne se ovšem ukázalo, že tento typ sáčku pacientce nevyhovuje. I přes všechny dodržované podmínky pro nalepení a ošetřování urostomického sáčku, tak kolem stomie obtékala moč a tím pádem se nalepený sáček odlepoval a moč obtékala mimo sáček. Stomická sestra tedy zvolila variantu dvoudílného stomického sáčku. Kdy se pacientce na pokožku okolo stomie nalepila stomická podložka a vhodný urostomický sáček se k podložce přicvakl. Podložka u dvoudílného systému se vyměňuje za 3 dny, ovšem dle potřeby i dříve. Urostomické sáčky jsou buď průhledné, nebo hnědé, záleží na firmě, od které se pomůcky odebírají.

Po dobu hospitalizace se pacientka s pomocí stoma sestry zaučovala s vystříhnutím vhodného průměru, který je vyznačen na stomickém sáčku, pro správnou velikost urostomie, aby moč neobtékala mimo sáček, dále s celkovou ochranou o pokožku kolem urostomie a závěrečným nalepováním urostomického sáčku, konkrétně s dvoudílným systémem a následným vypouštěním sáčku. Po třech dnech zaučování pacientka obsluhovala urostomii sama.

Tento systém se pacientce osvědčil a při propuštění byla pacientka vybavena a obeznámena s těmito pomůckami na 3 měsíce. Balení obsahovalo ploché tvarovatelné podložky, dvoudílné urostomické sáčky, ochranný film, odstraňovač podložky, tělovou pěnu, nůžky na vystříhnutí potřebného otvoru na stomii.

### **5.3.1.2 Výživa urostomiků**

V průběhu onemocnění a léčby je nemocný edukován o zdravotním stavu, funkci trávicí trubice a stravovacích návycích. Stomik se učí porozumět svému tělu a upravovat životosprávu. (30)

Životospráva člověka by měla být vyvážená, obsahovat správný poměr všech živin. U stomiků to platí více s důrazem na pitný režim. Příjem tekutin by měl být 2 litry za den. Vhodné tekutiny jsou čaj, minerální vody bez CO<sub>2</sub>, slabé ovocné šťávy.

V době po operaci by měla strava obsahovat více bílkovin, železa, vápníku a vitamínů podporujících hojení ran.

Ze stravy je dobré vyloučit nestravitelné zbytky (špenát, vlákna citrusových plodů, některé druhy syrové zeleniny -> paprika, hrášek, zelí, česnek, cibule, květák, brokolice,..., semena a oříšky, celozrnné výrobky), dráždivou a nadýmavou stravu (kořeněná jídla, luštěniny, přepalované tuky).

Snídaně urostromiků by měla být vydatnější a večere by naopak měla být lehká a podávána minimálně 3 hodiny před spaním.(13)

### **5.3.2 Psychologická problematika**

Diagnóza rakoviny obecně vyvolává u pacientů existenční krizi, která se může projevat ztrátou osobní kontroly. Rakovina je v každém případě zničující onemocnění, které vyvolává hlavně pocity zlosti, lítosti, hněvu a strachu. Pacienti s touto závažnou diagnózou jsou ohroženi z důvodu sociální izolace a změny v obvyklých sociálních činnostech (rodina, zaměstnání). (26)

Na psychický stav pacienta se zhoubným nádorovým onemocněním může mít vliv jeho premorbidní osobnost, vědomí toho, jakou nemocí trpí a nynější příznaky onemocnění.

I když první dojem není rozhodující, tak přesto si všímáme vzhledu pacienta. Podle celkového vzhledu můžeme například předpokládat, že se mladé ženy budou hůře adaptovat na maligní karcinom než starší ženy.

Chování a verbální projevy mohou být změněny proti obvyklému projevu nemocného časnou psychickou reakcí na nemoc. Z anamnézy se ukáže, kolik z chování nemocného přísluší jeho běžným projevům a kolik stresové situaci. Během hovoru s nemocným si to uvědomíme.

Hodnotová orientace člověka určuje jeho morálku. Hodnoty člověka vytvářejí v jeho mysli určitou hierarchii.

Důležitou duševní funkcí je vůle. Potřeby, motivy a zájmy vedou ke chtění. Intenzivní chtění vede k rozhodování. Rozhodování dozrává v rozhodnutí.

(6)

Důkladná informovanost je obecně považována za nutnost a může vést ke schopnosti pacientů vypořádat se svým strachem z budoucnosti.

Psychologický přístup personálu je zaměřený na hledání pozitivních stránek dění se snahou vyrovnat se s těžkou situací a hledáním řešení problému. Je důležité, aby pacienti cítili sociální oporu a zvládali konfrontační způsob komunikace s personálem. (29)

Mezi komunikační dovednosti řadíme naslouchání, empatii, projev porozumění, výklad, zájem, podporu a nakonec rady.

Pro první místo v komunikaci řadíme naslouchání. Neboť naslouchat druhému znamená aktivně ho vnímat. Neznamená to jen, co pacient říká, ale jak to říká, musíme při tom sledovat jeho mimiku a pohyby. Na tomto podkladě bychom měli lépe poznat skutečný smysl pacientova sdělení.

Naslouchat bychom měli nejen druhému, ale i sobě. Jaké pocity v nás vyvolávají při rozhovoru s pacientem, jaké myšlenky na nás padají.

Empatie je spoluprožívání pocitů s druhou osobou. Také znamená laskavost a projev souhlasu.

Věnujeme plnou pozornost, co pacient říká: sledujeme své vlastní pocity, jsme tolerantní, akceptujeme pacienta a nehodnotíme ho.

Projev porozumění je pochopení vztahu mezi příčinou a následkem, jímž může být pacientův pocit, postoj, názor nebo psychický stav. Vychází to z toho, co nám pacient sděluje. „*Projev porozumění představuje pro pacienta ujištění, že známe jeho názory, informace, myšlenky a pocity.*“ (Beran, Tumpachová, 2003, str. 39)

*Porozumění můžeme vyjádřit různými způsoby:*

- *Přikývnutí, přitakání*
- *Zopakování několika posledních slov*
- *Konfrontace*
- *Shrnutí*

- *Klasifikace*
- *Zdůraznění*
- *Naznačení výkladu vztahů* (Beran, Tumpachová, 2003, str. 44)

Výkladem rozumíme objasněním souvislostí a vztahů, kterých si pacient nebyl vědom. Pomáhají mu porozumět sobě a jeho situaci.

Pacient by měl cítit z výkladu podporu. Nejen formulace výkladu je důležitá, ale také vhodný okamžik sdělení.

Zájem se většinou projevuje nonverbálně, například pohledem, přikyvováním hlavou.

Podpora je spíše postoj, který se formuluje slovy „*jsem tu pro tebe a s tebou*“. (Beran, Tumpachová, 2003, str. 44)

Rady

*Pomáháme pacientovi hledat jeho orientaci v životní situaci, aby sám dokázal najít řešení a rozhodl se pro něj.*“ (Beran, Tumpachová, 2003, str. 45)  
(Beran, Tumpachová, 2003, str. 33 - 45)

Dalším důležitým aspektem u pacientů s nádorovým onemocněním je stres.

Stres přesahuje individuální možnosti zvládnání k adekvátnímu překonání nemoci. U pacientů s nádorovým onemocněním se můžou objevovat známky zvýšené hodnoty deprese a strachu. Někteří pacienti vidí stres jako možnost vypořádání se s rakovinou a jiní pacienti stres popírají a potlačují. (26)

### **Problematické způsoby zvládnání těžkosti nemoci a utrpení**

*Represe – vytěsnění z vědomí to, co se ve skutečnosti děje*

*Suprese – záměrné potlačení toho, co mělo být ve vědomí*

*Regrese – sestup pacienta na vývojově nižší stupeň*

*Inverze – převrácené chování*

*Popírání*

*Introjekce – promítání starostí druhých lidí do vlastního života*

*Racionalizace a intelektualizace*

*Sebeobviňování*

*Externalizace viny – pacient se snaží obviňovat druhé lidi*

*Projekce – promítá vlastní záměry do jednání druhých lidí*

(Křivohlavý, 2002, str. 106)

Cílem je zvládnutí těžké situace, snížení pocitu ohrožení, tolerance nepříjemného dění, zachování si tváře a pozitivního obrazu sama sebe. Dalším cílem je zlepšit podmínky, za nichž by bylo možné životní těžkosti zregenerovat. Posledním cílem je pokračování v sociální interakci – v životě s druhými lidmi.  
(18)

Po určení diagnózy a pooperačního řešení je pacientka informována o nutnosti založení urostomie. Vzhledem k tomu, že se jedná o náročnou životní situaci, je důležitý psychologický přístup ošetřujícího personálu již v předoperačním období.

Je důležité přimět pacientku o vlastní řešení problému s urostomií se snahou konstruktivně řešit danou situaci – zmírnit obavy, strach, likvidovat nežádoucí vlivy a změnit podmínky, které by mohly zhoršit celkový psychický stav pacientky. Dále je nutné brát v potaz rodinnou výchovu a vliv společenského prostředí, ve kterém pacientka žije.

Zapojení ostatních členů rodiny pomohlo pacientce s vyrovnáním se s emocionálním stavem spojeným s existencí nemoci.

Rodina musí dokázat svou předpojatost k onemocnění a je připravena otevřeně hovořit o svých pocitech. Na druhou stranu pacientka potřebuje dostatek času a neustálou nevtíravou pomoc, aby mohla tuto zátěž zvládnout.

Cílem je zredukovat strach, bezmoc a nejistotu vyplývající z diagnózy rakoviny a založení urostomie. Důležité je informovat pacientku o akutních vedlejších účincích léčebných metod (průjem, zvracení, nevolnost), o možných pooperačních pozdějších následcích (zarudnutí rány).

## 5.4 Dlouhodobá péče

Pacientka byla přijatá k hospitalizaci na Urologickou kliniku z domova, kde bydlí se synem a vnukem.

Týden před ukončením hospitalizace byla rodina a pacientka postupně edukována o léčebném režimu v domácím prostředí ošetřující sestrou a lékařem. Péči o urostomii a používání stomických pomůcek edukovala stomická sestra s praktickou výukou pacientku a její členy rodiny. Byly ošetřujícím personálem edukováni, jak předcházet možným komplikacím s urostomií a operační ránou. Pacientka obdržela telefonický kontakt na stomickou sestru.

Po domluvě s rodinou bude pacientka po 14 dnech v nemocnici propuštěna do domácího léčení.

Při propuštění byla pacientka vybavena stomickými pomůckami na 3 měsíce a upozorněna, že na příští kontrole u stomické sestry obdrží poukazy na další stomické pomůcky.

Pacientka byla upozorněna lékařem, že v případě problémů s urostomií nebo používáním stomických pomůcek se ihned obrátí na stomickou sestru. V případě problémů s operační ránou (hnisání, zarudnutí), zvýšená tělesná teplota nad 38 °C, žaludeční problémy (nauzea, zvracení) a změna barvy moči (krev, zakalení) se ihned dostaví na urologickou ambulanci.

Při propouštění pacientka byla klidná a po operační režim a péči o urostomii zvládá bez problémů. Neurol 1 mg denně večer lékařem ponechán i nadále z její chronické medikace. Pacientka všemu porozuměla a bere na vědomí svůj stávající stav a následnou domácí i ambulantní péči. Domů odjela se svým synem.

## 6 Diskuze

Pro svou diskuzi v mé práci jsem si zvolila 3 zahraniční články. A to z Chorvatska, Velká Británie a Spolkové republiky Německo (SRN).

Ve spolkových zemích jsou certifikovaná centra, která se specializují na uro - onkologická onemocnění močového traktu.

Zvláštní postavení v systému ošetrovatelské péče má stomický terapeut, který informuje před operací pacienta o typu stomie, jeho vlastní péči o stomii a poskytuje pacientovi informace o stomických pomůckách. V České republice má toto zastoupení stoma sestra, která se stará o pacienty a zajišťuje stomické pomůcky.

Po propuštění je stejně jako v České republice pacientovi předán balíček se stomickými pomůckami a má terapeuta, který bude o pacienta pečovat.

Několik fungujících společností pro stomické pomůcky má i v zastoupení Česká republika. (1, 15)

Ve Velké Británii probíhala studie na závislost a nezávislost pacientů v péči o urostomii. Studie obsahovala 20 % žen a 80 % mužů. Z celkového počtu pacientů se zjistilo, že pouze 52 % je schopna nezávisle pečovat o stomii. Ale 97 % urostomiků bylo dobře edukováno o stomii.

Pacienti, kteří byli schopni sami pečovat o stomii, tak měli vyšší kvalitu života než ti, co byli závislí na péči o stomii.

Ti, co jsou závislí na urostomickém poradci, si tak nemohou vybrat pomůcku, která se jim zdá vhodná. Nýbrž to určí pouze specialista. Ovšem ti, kteří jsou nezávislí, tak si mohou vybrat sami, který druh urostomické pomůcky chtějí. (20)

Ovšem v České republice je to tak, že pacient s pomocí stomické sestry vybere jeden ze systému, který mu nejlépe sedí. Pro možné komplikace se pacient může kdykoliv poradit se stomickou sestrou poradit či změnit systém.

V Chorvatsko je stejně jako v ostatních zemích stoma sestra či terapeut. I zde jsou pacienti informováni o urostomii a jednodílném a dvoudílném systému.

Je důležité ukázat odborné znalosti, trpělivost a odpovídat na otázky. Je dobré povzbudit pacienta a rodinu, aby kladli otázky a hovořili o možných pochybnostech. Rodinu i pacienta je třeba povzbudit a dát znalosti o tom, jak se starat o urostomii. Dále zde edukují o zdravé výživě a příjmu tekutin, to má za následek předcházení urogenitálními infekcím.

Stejně jako v České republice, tak i v Chorvatsku před propuštěním pacienta do domácího léčení, musí pacient sám zvládnout výměnu urostomického sáčku. (24)

Kdybych měla celou diskuzi shrnout, tak každá země má svá pravidla, jak správně edukovat své pacienty nejen o péči o urostomii, ale i o správném stravování a komunikaci o této problematice, která není pro žádného pacienta lehká.

## 7 Závěr

Pro psaní své bakalářské práce jsem si vybrala pacientku s diagnózou karcinom močového měchýře, která byla přijata k plánovanému provedení radikální cystektomie s Brickerovou derivací. Pacientka byla před výkonem řádně vyšetřena, poučena z lékařského hlediska i ze strany stomické sestry.

Pacientka byla vstřícná a se zájmem spolupracoval i její syn, který po celou dobu hospitalizace každý den za pacientkou docházel.

Operace znamenala pro pacientku hluboký zásah do kvality jejího života, neboť byla nutnost vytvořit urostomii. Pátý pooperační den, kdy byla pacientka přeložena z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení, začala být edukována stomickou sestrou o ošetřování urostomie. K edukaci ohledně péče o urostomii a jejího celkového ošetřování a nalepování stomického sáčku se přidal i její syn.

V teoretické části je rozepsán průběh hospitalizace s provedenými lékařskými i ošetrovatelskými zásahy. Následná ošetrovatelská část vykresluje den příjmu, průběh přípravy na operaci, operační den a dny, které pacientka strávila na JIP a následnou edukaci o stomii. Je zde i zahrnuta výživa, která je velmi důležitá pro nově vytvořenou urostomii.

Pacientka v průběhu hospitalizace neprodělala žádné vážné komplikace a odcházela domů plně soběstačná. Odcházela do stabilního rodinného zázemí.

Velkým úspěchem bylo, že zákrokem se kompletně odstranil celý nádorový proces a onkologický tým lékařů se dohodl jen na přísné dispenzarizaci pacientky, bez nutnosti pooperační (adjuvantní) chemoterapie. Pacientka musí dodržovat pravidelné kontroly a vést zdravý způsob života.

Pacientka O. Š. zvládla celou hospitalizaci klidně a vyrovnaně. Aktivně přistupovala k procesu uzdravování. Péči o stomii zvládala dobře.

## 8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Anheuser P, Steffens J. *Risiken und Komplikationen in der Urologie*. Thieme Verlag, Stuttgart, 2012. ISBN 978-3-13-161201-4
2. Babjuk, M. a kol. Konsenzuální doporučené postupy v uroonkologii. Praha: Galén 2009. ISBN 978-80-7262-639-7
3. Bartůněk a kol. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. Praha: Grada 2016. ISBN 978-80-271-9328-8
4. Becker, H. a kol. Chirurgická onkologie. Praha: Grada 2005. ISBN 80 – 247 – 0720 - 9
5. Beran, J; Tumpachová, N. Základy lékařské psychologie pro studenty lékařství. Praha: Karolinum 2003. ISBN 80-246-0659-3
6. Dostálová, O. Péče o psychiku onkologicky nemocných. Praha: Grada 2016. ISBN 978-80-271-9256-4
7. Dvořáček, J. Urologie praktického lékaře. 1. Vydání ISV. Praha: Grada 2000. ISBN 80-85866-52-8
8. Fiala, P. a kol. Stručná anatomie člověka. Praha: Karolinum 2015. ISBN 978 – 80 – 246 – 2693 - 2
9. Grim, M. a kol. Základy anatomie. Praha: Galén 2005. ISBN 80-7262-111-4
10. Haluzíková, J. a kol. Ošetrovatelství v nefrologii. Praha: Grada 2019. ISBN 978 – 80 – 271 – 1116- 9
11. Hanuš, T a kol. Urologie pro mediky. Praha: Karolinum 2015. ISBN 978-80-246-3008-3
12. Hanuš, T. Urologie. Praha: Triton 2011. ISBN 978-80-7387-387-5
13. Janíková, E.; Zeleníková, R. Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Grada 2013. ISBN 978-80-247-4412-4
14. Jarabák, J. a kol. Derivace moči po radikální cystektomii. *Rozhledy v chirurgii*, 2014, roč. 93.
15. Jocham D, Miller K. Praxis der Urologie. Band 1. *Thieme Verlag*, Stuttgart, 2007. ISBN 978-3-131119-032
16. Kawaciuk, I. Urologie. Praha, 2000. ISBN 80-86022-60-9
17. Kawaciuk, I. Urologie. Praha, 2009 ISBN 978-80-7262-627-7
18. Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada 2002. ISBN 80.247-0179-0

19. Mačák, J.; Mačáková, J. Patologie. Praha: Grada 2004. ISBN 80-247-0785-3
20. Nazarko, L. Urostomy management in the community.  
*British Journal of Community Nursing*, 2014, 19 (9)
21. Povídání s Radimem, ConvaTec - brožura
22. Rejthar, A.; Vojtěšek, B. Obecná patologie nádorového růstu. Praha: Grada 2002. ISBN 80-247-0238-X
23. Šafránková, A.; Nejedlá, M. Interní ošetřovatelství II. Praha: Grada 2006. ISBN 80-247-1777-8
24. Škevin, S.; Vitas, L. Educational role of a nurse in the patients with urostomy.  
*Medicina Fluminensis*, 2017, 53 (3)
25. Teplan, V. Nefrologie minimum pro praxi. Praha: Triton 2001. ISBN 80-7254-167-6
26. Tschusche, V. Psychologie. Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny. Praha: Portál 2004. ISBN 80-7178-826-0
27. Vorlíček, J. a kol. Klinická onkologie pro sestry. Grada: 2012. ISBN 978 – 80 – 247 – 3742 - 3
28. Vytejková, R. a kol. Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné III. Praha: Grada 2015. ISBN 978-80-247-9743-4
29. Zacharová, E. a kol. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada 2007. ISBN 978-80-247-2068-5
30. Zachová, V. a kol. *Stomie*. Praha: Grada 2010. ISBN 978-80-247-3256-5
31. Zdravotnická dokumentace

## SEZNAM ZKRATEK

AK – arteriální katétr

amp - ampule

APPE – apendektomie (odstranění slepého střeva)

ATB – antibiotika

BMI – body mass index

CNS – centrální nervový systém

CT – počítačová tomografie

CŽK – centrální žilní katétr

ČR – Česká republika

DF – dechová frekvence

Ex – extrakce

FR – fyziologický roztok

g – gram

h – hodina

CHCE – cholecystektomie (odstranění žlučníku)

Ileo – cévka zavedená do tenkého střeva přes urostomii pro sběr odpadních látek

inj - injekčně

JIP – jednotka intenzivní péče

KCL – chlorid draselný

kg – kilogram

LDK – levá dolní končetina

LU – levý splint (z levého močovodu)

mg – miligram

ml – mililitr

MM – močový měchýř

mmol – milimol

MRI – magnetická rezonance

NGS – nazogastrická sonda

PMK – permanentní močový katétr

p. o. – perorálně

PU – pravý splint (z pravého močovodu)

R – CYE – radikální cystektomie

s. c.– sub cutálně

SRN – Spolková republika Německo

St. p. – stav po

tbl – tableta

TF – tepová frekvence

TK – krevní tlak

TUR – transuretrální resekce

TURM – transuretrální resekce močového měchýře

VAS – vizuální analogová škála

## 9 Seznam příloh

### Příloha č. 1: Ošetrovatelská anamnéza

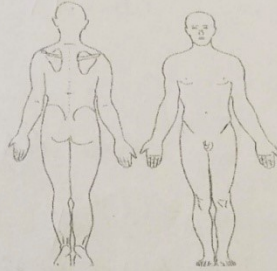
**Ošetrovatelská anamnéza**  
(Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení: *Urologická klinika TN*  
Datum a čas odběru anamnézy: *10. 10. 2018, 18<sup>00</sup>*  
Jméno (iniciály): *O. J.* Pohlaví: *XX* Věk: *69*  
Datum přijetí: *10. 10. 18*  
Stav: *vdovec* Povolání: *dělník*  
Rodina informována o hospitalizaci: ano  ne   
Diagnóza při přijetí (základní): *tumor močového měčče*  
Chronická onemocnění: *vasospastická angina pectoris*  
*hypertenze*  
Infekční onemocnění:  NE  ANO  
Režimová opatření:  
Léčba:  
Operační výkon: Pooperační den:  
Farmakoterapie: *Neural 1mg p.o.* *betace 100 mg p.o.*  
*Rasuvastatin 5mg p.o.* *Hydrex 10mg*  
*Amplodin 5mg* *Godasal 10mg*  
Jiné léčebné metody:  
Má nemocný informace o nemoci:  ano  ne  částečně  
Alergie:  ano  ne jaké: *aviáče*  
Fyziologické funkce: P: *84* TK: *121/81* D: *16* SpO2: *94%* TT: *36,6°C*  
**1) Vědomí**  
stav vědomí:  při vědomí  porucha vědomí  bezvědomí GSC: *15*  
 Orientovaný  Dezorientovaný

**2) Bolest**

bolest :  ano  akutní  chronická  
 tupá  bodavá  křečovitá  svalová  jiná

lokalizace :  ne



Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**3) Dýchání**

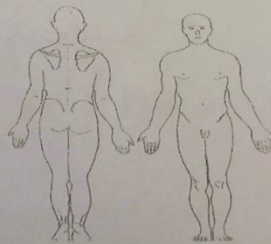
potíže s dýcháním :  ano  ne  
dušnost :  ano  klidová  námahová  noční  
 ne

Kuřák :  ano  ne Kašel :  ano  ne

**4) Stav kůže**

změny na kůži :  ano  ekzém  otoky  dekubity  jiné  
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre:.....

lokalizace :



Hodnocení rány:.....

Ošetření rány:.....

### 5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba) *Vasospastika a myia peboris,*  
*karinomu močového měčže*

Úrazy:  ano  ne jaké: .....

### 6) Výživa, metabolismus

Dieta: *3* Nutriční skóre: *0*

Hmotnost: *52* Výška: *156* BMI: *21*

Chuť k jídlu:  ano  ne

Potíže s přijímáním potravy:  ano  ne jaké: .....

Užívá doplňky výživy:  ano  ne jaké: .....

Enterální výživa: *1* Parenterální výživa: *1*

Denní množství tekutin: *1-1,5l* Druh tekutin: *voda, čaj, džusy*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době:  ano  ne o kolik: .....

Umělý chrup:  ano  ne  horní  dolní

Potíže s chrupem:  ano  ne

### 7) Vyprazdňování

problémy s močením:  ano  pálení  řezání  retence  inkontinence  
 ne

problémy se stolicí:  ano  průjem  zácpa  inkontinence  
 ne

stolice pravidelná:  ano  ne

datum poslední stolice: *20. 10. 17*

Způsob vyprazdňování:  podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: .....

Rektální odvodný systém: .....

Stomie: .....

### 8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *dlize*

Barthel test: *100 bodů*

Riziko pádu: ANO skóre: .....

Pohyblivost:  chodící samostatně

chodící s pomocí **NE**

ležící pohyblivý

ležící nepohyblivý

pomůcky

jaké : .....

**9) Spánek, odpočinek**

počet hodin spánku : ..... *6* ..... hodina usnutí : *25<sup>00</sup>* .....

poruchy spánku :  ano  ne jaké : *neví se usnout* .....

hypnotika :  ano  ne

návyky související se spánkem : *leží na boku před spaním* .....

**10) Vnímání, poznávání**

potíže se zrakem :  ano  ne jaké : .....

potíže se sluchem :  ano  ne jaké : .....

porucha řeči :  ano  ne jaká : .....

kompensační pomůcky :  ano  ne jaké : .....

orientace :  orientován

dezorientovaný  místem  časem  osobou

**11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu**

Emocionální stav :  klidný  rozrušený .....

Pocit strachu nebo úzkosti :  ano  ne .....

Úroveň komunikace a spolupráce :  dobrá  obtížná .....

**Plánování propuštění**

Bydlí doma sám :  ano  ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : *syn* .....

kontakt s rodinou :  ano  ne

**12) Invazivní vstupy**

Drény :  ano  ne jaké : ..... Datum zavedení : .....

Permanентní močový katétr :  ano  ne

i.v. vstupy :  ano  periferní datum zavedení : ..... kde : .....

Stav : .....

centrální datum zavedení : ..... kde : .....

stav : .....

ne

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK ©

Sonda :  ano  ne      jaká : ..... datum zavedení : .....

Stomie :  ano  ne      jaká : ..... stav : .....

Endotracheální kanyla :  ano  ne      č.ETR : .....datum zavedení: .....

Tracheotomie :  ano  ne      č.: ..... od kdy: .....

Arteriální katétr :  ano  ne

Epidurální katétr:  ano  ne

Jiné invazivní vstupy:.....

### Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

#### 1. Barthelové test základních všedních činností ( ADL - activities of daily living )

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0

Zdroj: Staňková,M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno.IDVPZ. 2001. ISBN 80-7013-323-6

#### **Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:**

0-40 bodů: vysoce závislý  
 45-60 bodů: závislost středního stupně  
 65-95 bodů: lehece závislý  
 100 bodů: nezávislý

## 2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

33 bodů

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

## 3. Hodnocení nutričního stavu

### NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m <sup>2</sup> ) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

#### Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

## 4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

### Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza	
<input type="checkbox"/> DDD ( dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/stuchový problém	1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků ( diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespolečující	2b
Přímým dotazem pacienta ( informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO 3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO 1 bod
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5 – 13 bodů	Střední riziko
14 – 19 bodů	Vysoké riziko

4 body

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK

## 5. Hodnocení vědomí

### Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení: 15 bodů - pacient při plném vědomí 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí		15 bodů

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetrování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

### Ošetrovatelské zhodnocení

Pacientka přijata na oddělení pro plánovaný operativní výkon. Četivě stabilní na základě změřených fyziologických funkcí, afebrilní. Pacientka je orientována místem, časem, nepoutá se žádnou bolest. Pohyby s dělohou v normálním stavu, bez defektů. Pacientka je plně soběstačná, nemá žádné obtíže s vyprazdňováním. Zodpovídá všechny otázky bez jakéhokoliv problému.