

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2012

Bc. Michala Kačírková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Jednostranná nefrektomie z pohledu pacienta

diplomová práce

Vedoucí práce:

Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

Autor práce:

Bc. Michala Kačírková

2012

Abstrakt český:

Téma diplomové práce je Jednostranná nefrektomie z pohledu pacienta. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na onemocnění ledvin, problematiku nefrektomie z pohledu pacienta a z pohledu sestry, dále pak na role sestry. Téma je velmi aktuální, protože nejčastější indikací k nefrektomii je nádorové onemocnění ledvin a úrazy. Ve výskytu renálního karcinomu zaujímá Česká republika prvenství po celém světě. Zajímalo nás, jak na danou problematiku nahlíží pacient, který v období hospitalizace zažívá řadu obav a negativních emocí. Dále jsme zjišťovali, zda se liší pohled sester a pacientů na danou problematiku. Prvním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak urologický pacient vnímá jednostrannou nefrektomii. Druhým cílem bylo zjistit, jaké jsou nejčastější obavy, se kterými se urologický pacient potýká před a po operaci. Třetím cílem bylo zjistit, jaký má sestra podíl na informovanosti pacienta. K dosažení těchto cílů bylo použito kvalitativní výzkumné šetření metodou polostrukturovaného rozhovoru se dvěma výzkumnými soubory. První výzkumný soubor tvořilo 10 respondentů. 5 respondentů s indikací k otevřené nefrektomii a 5 k laparoskopické nefrektomii. Druhý výzkumný soubor tvořilo 10 sester, které o tyto pacienty pečují. Bylo zjištěno, že pro respondenty znamenalo sdělení diagnózy a operační řešení, velký a nečekaný zásah do dosavadního života. Ukázalo se, že u respondentů výrazně vyhrává zdravotní stránka nad stránkou estetickou. Stejný názor měly i dotazované sestry. Poukazovaly na to, že vnímání je velmi individuální a je závislé na věku a pohlaví pacienta. Dále bylo zjištěno, že nejčastějšími obavami respondentů je strach z anestézie, z operace, z budoucnosti a strach z bolesti. Dle názorů sester jsou nejčastější obavy spojené s neznámým nemocničním prostředím, s operačním výkonem, s nesoběstačností a s celkovou anestézií. Ukázalo, že respondenti se velice často obracejí se svými otázkami právě na sestry, tudíž je podíl sestry na informovanosti pacienta vysoký. Nejčastěji je využito verbálního přenosu informací. Výsledky diplomové práce mohou sloužit sestřím při práci s urologickými pacienty a pro zkvalitnění ošetrovatelské péče o ně. Výstupem diplomové práce je informační mapa, která může sloužit pacientům, jako pomocník, díky kterému se mohou připravit se na celý průběh hospitalizace.

Abstract

The subject of the diploma thesis is unilateral nephrectomy from the point of view of the patient. The work is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part focuses on kidney diseases, the nephrectomy problems from the patient's as well as the nurse's perspective, and further on the role of nurses. The theme is very current, because the most common indications for nephrectomy are tumor diseases of kidney and injuries. The incidence of renal carcinoma in the Czech Republic holds primacy over the world. We wanted to know how is the issue seen from the perspective of a patient who is in the hospital experiencing a number of concerns and negative emotions. We also investigated whether a different view of nurses and patients on the issue exists. The first objective of the research was to determine how the urological patient perceives the unilateral nephrectomy. The second objective was to determine what are the most frequent fears that the urology patient faces before and after the surgery. The third objective was to find out what is the contribution of a nurse to the patient's awareness. To achieve these objectives a qualitative research method of semi-structured interview with two research files was used. The first research group consisted of 10 respondents. 5 respondents with indications for the open nephrectomy and 5 for the laparoscopic nephrectomy. The second experimental group consisted of 10 nurses who care for these patients. It was found that the communication of the diagnosis and the surgical treatment meant a substantive and unexpected intervention in the present life to respondents. It turned out that by the respondents the medical aspect is strongly winning over the aesthetic aspect. Similar views were expressed also by interviewed nurses. They pointed out that the perception is very individual and depending on the age and gender. It was further found that the most frequent concerns of respondents consist in fear of the anesthesia, of the operation, of the future and fear of pain. According to the opinion of nurses, the concerns are most frequently connected with the unknown hospital environment, with the surgery, as well as the with the non-independence and general anesthesia. Furthermore, it appears that respondents address their questions just to nurses, so the proportion of nurses to the patient awareness is high. It is a verbal information transfer which is most frequently used. The results of the

diploma thesis can serve to nurses when working with urological patients and for the improvement of the nursing care for them. We have created an information map that can serve to patients as an assistant, through which they can prepare themselves for the entire course of hospitalization.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Jednostranná nefrektomie z pohledu pacienta“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne.....

.....
podpis studenta

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce Mgr. Ditě Novákové, Ph.D a konzultantce Mgr. Monice Kyselové za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky.

Obsah

Úvod	8
1. Současný stav.....	9
1.1 Anatomie a fyziologie ledvin.....	9
1.2 Pohled do historie	11
1.3 Onemocnění ledvin	12
1.3.1 Poranění ledvin	12
1.3.2 Karcinom ledviny	14
1.4 Operační léčba	18
1.4.1 Radikální odstranění ledviny klasickou otevřenou metodou	18
1.4.2 Odstranění ledviny laparoskopickou metodou	19
1.4.3 Výhody a nevýhody laparoskopické nefrektomie	20
1.5 Problematika nefrektomie	20
1.5.1 Nefrektomie z pohledu pacienta	21
1.5.2 Nefrektomie z pohledu sestry	22
1.5.3 Předoperační příprava	23
1.5.4 Pooperační péče	23
1.6 Role sestry v péči o pacienty po nefrektomii.....	25
1.6.1 Sestra – poskytovatelka ošetrovatelské péče	25
1.6.2 Sestra – komunikátorka	28
1.6.3 Sestra – edukátorka	29
1.6.4 Sestra – manažerka	30
1.6.5 Sestra – nositelka změn.....	32
1.6.6 Sestra – advokátka a obhájkyňe práv pacienta	32
1.6.7 Sestra – výzkumnice	33
1.6.8 Sestra – mentorka.....	34
2. Cíle práce a výzkumné otázky	35
2.1 Cíle práce	35
2.2 Výzkumné otázky	35
3. Metodika	36
3.1 Použité metody	36

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	36
4. Výsledky.....	37
4.1 Výsledky rozhovorů s respondenty.....	37
4.3 Výsledky rozhovorů se sestrami	56
5. Diskuze.....	90
6. Závěr	105
7. Seznam použitých zdrojů	107
8. Klíčová slova.....	113
9. Přílohy.....	114

Úvod

V dnešní době jsou operační výkony zcela běžnou praxí. Operační techniky jsou na co nejvyšší možné úrovni a každý pacient věří, že právě jeho operace dopadne dobře a on bude zdravý. Současné zdravotnictví se zabývá z velké části pouze fyzickou stránkou pacienta, ale už málo kdo se ptá, jak tuto situaci vnímá dotyčný pacient, jaké má pocity a z čeho má strach. Ano, i psychická stránka pacienta hraje důležitou roli v celkové léčbě. Je to možná dáno dnešní uspěchanou dobou, kdy se každý snaží stihnout všechno a nejlépe naráz a téměř se zapomíná na lidskou stránku člověka.

Zamyslela jsem se nad tímto faktem a dovedlo mě to k otázce. Jak vnímají pacienti blížící se operaci? Protože pracuji na urologickém oddělení, zabývala jsem se tím, jak pacient vidí a vnímá jednostrannou nefrektomii. V dnešní době se jedná se o běžný operační výkon, ale i přes tento fakt jsem se setkala s pacienty, kteří nevědí, co se stane, když budou mít pouze jednu ledvinu. Rozhodla jsem se této otázce věnovat více.

Domnívám se, že správným klíčem ke zjištění pocitů a obav pacienta, je efektivní komunikace ze strany sester. Navození pocitu důvěry vede k tomu, že pacient vnímá sestru jako partnera, kterému se může svěřit. Kdyby čekala operace kohokoli z nás, byli bychom rádi, že se máme komu svěřit s tím, jak se cítíme či co si myslíme.

Svůj úvod bych chtěla ukončit slovy J. Křivohlavého, které vidím jako hlavní filozofii sesterské komunikace. „Zdá se to možná složité, ale veškerá komunikace by měla být založena na lidskosti, vzájemné úctě a pochopení. Pak jistě mnohem snadněji najdeme vhodná slova nebo třeba jen úsměv, který někdy přinese víc než mnoho prázdných vět (26, s. 30).“

1. Současný stav

Nefrektomie je chirurgické odstranění ledviny, ke kterému se přistupuje jako k jedinému možnému řešení u některých vrozených nebo získaných onemocnění ledvin. Nejčastější indikací k nefrektomii je nádorové onemocnění ledvin a úrazy. Nádorové onemocnění ledvin tvoří asi 80 % maligních nádorů u dospělých. Pacient s indikací k nefrektomii prožívá celou řadu obav a pocitů, které by se neměly v předoperační a pooperační péči opomíjet.

1.1 Anatomie a fyziologie ledvin

Ledviny (ren, nefros) jsou párový orgán mající typický oválný, fazolovitý tvar. Uložené jsou v retroperitoneálním prostoru po obou stranách bederní části páteře. Na ledvině rozeznáváme přední a zadní plochu, horní a dolní pól a laterální mediální okraj. Uprostřed vnitřní hrany ledviny je branka (hilus), přes kterou z ledviny ústí močovod (ureter) a současně s ním se zanořují cévy a nervy. Povrch ledviny je tvořen jemným vazivovým pouzdem, které přechází na močovod, poté následuje tuková vrstva ledvin, která tvoří ochranu před otřesy a zároveň ledviny částečně tepelně izoluje. Vše pak překrývá zevní vazivová povázka, která fixuje ledviny k okolním strukturám. Ledvinový závěs bývá často volný, je to tím, že ledviny jsou uloženy pod stropem břišní dutiny, proto se jejich poloha může měnit např. při dýchání (1, 2).

Na podélném řezu ledviny je patrný funkční parenchym, tvořený řídkým vazivem, který je bohatě prostoupený cévami a nefrony. Funkční parenchym se dělí na vnější část, tvořenou korovou vrstvou (cortex), a vnitřní část, tvořenou dřeví (medulla). Korová vrstva obsahuje základní funkční a morfologickou jednotku a tou je nefron. Každá ledvina obsahuje asi 1,2 milionu nefronů, jejich počet je definitivní už při narození. Nové nefrony se během života již nevytvářejí, pouze se existující nefrony v období růstu zvětšují. Za klidových a fyziologických podmínek nejsou všechny nefrony plně funkční, protože se ve své funkci postupně střídají. Nefron je tvořen dvěma částmi - glomerulem a renálním tubulem. Nefron se dále skládá z glomerulu, Bowmanova váčku, proximálního a distálního tubulu, Henleovy kličky a sběrného kanálku (1, 2).

Ledviny jsou připojeny mohutnými renálními tepnami na břišní aortu a renálními žilami na dolní dutou žílu. Cévní zásobením ledvin zajišťuje ledvinová tepna. Do ledvin i přes jejich malou hmotnost přiteče celá $\frac{1}{4}$ krve, tj. 1200-1300 ml krve, kterou srdce pumpuje do celého těla za 1 minutu. Je tomu tak proto, že ledviny potřebují dostatečný průtok krve, aby krev mohly účinně filtrovat. Takto vysoký průtok krve sice přesahuje energetickou potřebu ledvin, ale je nutný k udržení optimální vodní a elektrolytové rovnováhy. Ledvinová tepna se bohatě větví až na přívodné tepénky a vytváří klubíčko kapilár zanořené do Bowmanova pouzdra. Klubíčka kapilár se spojují v odvodné tepénky, které se rozvětvují v další vlásečnicovou síť opřádající tubuly. Vlasečnice se postupně slučují ve větší žíly a tvoří až žílu ledvinou, která odvádí z ledvin krev do dolní duté žíly. Dostatečné prokrvení ledvin je podmínkou ve vylučovací funkci ledvin. Pokud dojde k poklesu srdeční funkce, dostane se do ledvin méně krve a velmi často se sníží i funkce ledvin (1, 3).

Nefron jako základní stavební částice ledvin je tvořen glomerulem, v němž vzniká z krevní plazmy filtračním tlakem tzv. glomerulární filtrát neboli primární moč, které se vytvoří přibližně 180 litru za den. Primární moč poté přechází do tubulů, kde je pomocí fyziologických procesů upravováno její složení a množství na definitivní moč. Definitivní moči se v závislosti na příjmu tekutin vytvoří cca 1-1,5 litru za den. Definitivní moč odtéká sběrnými kanálky na vrcholky ledvinových papil a odtud do ledvinových kalichů. Moč se hromadí v ledvinových pánvičkách, pokud dosáhne náplň pánvičky objemu cca 2 ml, dochází k peristaltickým stahům hladké svaloviny, které posunou moč do močovodu a poté do močového měchýře (2).

Ledviny mají několik funkcí. Mezi nejdůležitější patří udržení stálého vnitřního prostředí. Na udržení homeostázy se podílejí několika způsoby, vylučují látky narušující vnitřní prostředí, regulují objem extracelulární tekutiny, koncentraci iontů a tvoří hormony. Další je funkce vylučovací, kdy ledviny vylučují látky, kterých je v těle nadbytek (voda, ionty, fosfáty, sodík, draslík, zplodiny metabolismu apod.). Nedílnou součástí je endokrinní funkce. V ledvinách vzniká hormon erythropoetin, který reguluje tvorbu červených krvinek. Na rozhraní kůry a dřene se tvoří enzym renin, který má silné

vazokonstriční účinky a tím může způsobit vzestup krevního tlaku. Na tomto základě ledviny zajišťují řízení objemu krve a krevního tlaku (1, 2, 4).

1.2 Pohled do historie

Onemocnění močového ústrojí provází lidstvo již odpradáva. I jedna z nejstarších známých lékařských knih, která je datována kolem roku 1500 př. n. l. „*Ebersův papyrus*“ obsahuje celou řadu léčebných procesů, receptů a čajů, sloužící k léčbě močového ústrojí. Již v této době byla vytvořena celá řada receptů na „*regulaci proudu moče, k léčbě dolního břicha*“ atd. V této době zřejmě byla dosud všechna známá urologická onemocnění označována jedním souhrnným názvem, a to „*retence moče*“. Lékař Avicena narozený v roce 980 n. l. dokázal systematicky klasifikovat symptomy onemocnění ledvin. Z jeho popisů lze usuzovat, že rozeznával pyelonefritidu, tuberkulózu, nefrolitiázu a s největší pravděpodobností také karcinom ledviny. Jeho dokonalé popisy klinických příznaků onemocnění rozeznávají většinu nám dnes zcela známých urologických onemocnění (4).

Léčba urologických onemocnění se postupně vyvíjela od léčivých čajů, obkladů z bylinek až po první chirurgické zákroky. V minulosti spočívala léčba urologických onemocnění ve valné většině případů v operačních přístupech, které pro pacienty znamenaly spíše utrpení než léčení. Obrat k lepšímu nastal až koncem 19. století s rozvojem celkové anestezie, zavedení asepse a v neposlední řadě používání cystoskopu. Za praotce moderní endoskopické techniky lze považovat německého urologa Maxmiliana Nitzeho (1848 - 1906). Za den zrodu moderní urologie je považován 9. březen 1879, kdy Nitze poprvé demonstroval cystoskop opatřený zdrojem světla na zasedání Vídeňské lékařské společnosti. V průběhu 20. století došlo k masivnímu rozvoji endoskopické operativy. Princip endoresektoru, který byl sestaven v New Yorku v roce 1931, se prakticky užívá dodnes (4, 5).

Poměrně novou a mladou metodou v léčbě urologických onemocněních je laparoskopická léčba. Vůbec první laparoskopickou operaci provedl lékař Cortesi v roce 1976 k diagnostice intraabdominálně uloženého varlete. První laparoskopická nefrektomie byla provedena v roce 1990 profesorem Claymanem. O 3 roky později po

první laparoskopické nefrektomie, tedy v roce 1993, vydali Clayman a McDougall první knihu věnovanou laparoskopii v urologii „Laparoscopic Urology“. V současné době jsou v urologických centrech laparoskopické operace zcela běžnou součástí optativy. Historicky první klasická nefrektomie byla provedena před více než sto lety před laparoskopickou nefrektomií, a to zcela náhodně v roce 1861 doktorem Walcottem, který odstranil pravou ledvinu v domnění, že se jedná o hepatom. Poté následovala první již naplánovaná nefrektomie v roce 1870 profesorem Gilmorem, který diagnostikoval chronickou atrofickou pyelonefritidu a rozhodl se jí řešit radikální nefrektomií vpravo (4, 5, 6).

1.3 Onemocnění ledvin

Onemocnění ledvin lze rozdělit do pěti velkých skupin. První skupinu tvoří vrozená onemocnění ledvin, poté zánětlivé onemocnění ledvin, dále litiáza, poranění ledvin a v neposlední řadě se jedná o hlavní a největší skupinu - nádory ledvin. Každá tato skupina s sebou nese potenciální riziko indikace k chirurgickému odstranění ledviny. Pro nás jsou zásadní hlavně dvě skupiny, které mnohdy vedou k nefrektomii, a sice poranění ledvin a nádorové onemocnění ledvin (4, 7).

1.3.1 Poranění ledvin

Traumata jsou celosvětově nejčastější příčinou smrti mezi 1. - 35. rokem života, z toho asi 10 % případů tvoří poranění urogenitálního traktu. V Evropě tvoří cca 80 % traumat ledvin tupá poranění. Až v 90 % jsou kombinovaná ještě s poraněním dalších orgánů, zejména pak žeber, pánve, páteře, jater a sleziny nebo ostatních dutých orgánů dutiny břišní. Ze všech traumat v oblasti urogenitálního traktu patří mezi nejčastější právě poranění ledvin. Mechanismem poranění je většinou působení přímého tupého násilí na břišní stěnu a bok směrem k páteři. Mezi nejtěžší poranění ledviny patří rozdrcení ledviny přitlačením na postranní výběžky bederních obratlů nebo žebra. Vzácnější je nepřímý mechanismus úrazu způsobený deceleračním poraněním při pádech z výšky nebo při dopravních nehodách. Všechna tato poranění bývají většinou

uzavřená bez porušení kožního krytu. Otevřená poranění jsou spojená s bodným nebo střelným poraněním, popřípadě s rozsáhlými polytraumaty při autonehodách (4, 8).

Při diagnostice je důležitá klasifikace poranění ledvin, která napomáhá standardizovat rozsah poranění, vybrat optimální léčbu a předvídat její výsledek. Existuje několik klasifikací, ale nejpoužívanější je tzv. AAST stupeň 1. - 5. (American Association for the Surgery of Trauma's Organ Injury Scaling Committee). Příznaky poranění jsou závislé na rozsahu poranění. Nejlepším indikátorem je hematurie, která se ale vyskytuje jen ve 3/4 případů. U lehčích poraněních (1. - 2. st.) nalezneme pouze bolestivost v kostovertebrálním úhlu a v moči mikroskopickou nebo makroskopickou hematurii. U závažnějšího poranění (3. - 4. st.) je typická makroskopická hematurie a bolestivost v bederní krajině nebo hmatný perirenální hematom. Nejzávažnější je 5. stupeň nebo-li rozdrčení ledviny nebo avulze hilových struktur. Jedná se o poměrně vzácná poranění, která nemocného ohrožují na životě a výsledkem bývá ztráta ledviny. Součástí diagnostiky je fyzikální vyšetření, ultrasonografie (USG), která poskytuje první akutní orientaci o rozsahu traumatu. Dále výpočetní tomografie (CT) s kontrastní látkou, která upřesní celkový rozsah poranění, někdy se ještě indikuje magnetická rezonance jako doplňující vyšetření. Akutní vylučovací urografie se může udělat, ale v podstatě ji vytlačilo dnešní moderní CT vyšetření (4, 9).

Hlavní příznaky již byly zmíněny výše. Dále se může objevit nauzea a zvracení. U těžkých poraněních ledvin se může dostavit traumatický šok, kdy je pacient bledý, opocený, s povrchoým dýcháním, tachykardií a nitkovitým pulzem a s doprovázející hypotenzí (10, 11).

Léčba je závislá na rozsahu poranění. Poranění 1. - 3. stupně je možné léčit konzervativně s observací pacienta. Pacientovi je doporučen klidový režim a dostatečná hydratace. U 4. - 5. stupně se operační revize vyžaduje častěji, ale v ojedinělých případech je možná i konzervativní léčba. Operační terapie je neodkladná u závažných penetrujících nebo tupých poranění. Operační řešení se provádí z transperitoneálního přístupu. Peroperačně je třeba před otevřením Gerotovi fascie vypreparovat hilové cévy a zasvorkovat je. Časná kontrola hilových cév snižuje procento akutní nefrektomie až o 40 %. Indikace k nefrektomii se volí při devastujících poraněních parenchymu nebo

cév asi u 75 % zraněných. Pokud je rozsáhlým poraněním ohrožen život pacienta, je nefrektomie indikována okamžitě (10, 12, 16).

1.3.2 Karcinom ledviny

Česká republika zaujímá nezávidění hodné prvenství ve výskytu renálního karcinomu po celém světě. Oproti tomu třeba sousední Slovensko je až na 7. místě a Spojené státy americké ještě o dvě pozice pod Slovenskem, čili na 9. místě. Celosvětově nejnižší výskyt renálního karcinomu je v Itálii. Naší zemi také patří prvenství za nejvyšší výskyt karcinomu prostaty v Evropě. Nabízí se otázka, zda není tak častý záchyt renálního karcinomu pouze výsledkem nadstandardně vysoké zdravotní péče u nás nebo celoplošný vzestup obezity, který je jednoznačně spojen s vyšším rizikem karcinomu ledvin. Tato nešťastná bilance je zapříčiněna hlavně tím, že nádory urologického traktu v raných stádiích onemocnění nepůsobí dotyčným žádné výraznější obtíže a také tím, že jsou klinické příznaky až do pokročilého stádia onemocnění velmi často nespecifické. Obojí pak současně ztěžuje lékařům určit včasnou diagnózu a tím se výrazně zhoršuje prognóza onemocnění pro daného pacienta. Často jsou nádory urologického traktu zjištěny zcela náhodně při USG nebo CT vyšetření, které je většinou indikováno ze zcela jiných důvodů, nebo nemocní přicházejí k lékařům se subjektivními obtížemi, jako jsou typické dysurické potíže, bolest či hematurie (4).

V dospělosti převládají nádory epiteliálního původu, zatímco u dětí mezenchymální nebo smíšené karcinomy. Renální nádory v zásadě dělíme do dvou velkých skupin na benigní a maligní nádory. Nádory urogenitálního traktu jsou velice chudé na příznaky. Z toho důvodu je nutné pečlivě vyšetřovat i nemocné s nevýraznými místními nebo celkovými příznaky a myslet při tom na možnost urologické malignity (4, 11).

K posouzení biologické aktivity nádorů slouží mezinárodní klasifikace nádorů TNM. „Mezinárodní klasifikace nádorů TNM je klinickou klasifikací maligních nádorů, umožňuje porovnávání výsledků léčebných postupů a ošetřujícímu lékaři poskytuje určitou prognostickou orientaci“ (4, s. 383). Faktory, které ovlivňují prognózu pacienta můžeme rozdělit na anatomické, histologické, klinické a molekulární. TNM klasifikace představuje jednotlivé faktory, kam se řadí velikost tumoru, infiltrace do venózního

systému, invaze renální kapsuly, metastázy do lymfatických uzlin a vzdálené metastázy. Tyto faktory tvoří základní podstatu TNM klasifikace (1, 4).

Zhoubné nádory ledvin tvoří asi 2 – 3 % všech maligních onemocnění. Zajímavé je, že nejvyšší incidence renálního karcinomu v České republice je v jihozápadních Čechách. Příčina tohoto výskytu je doposud nejasná. Renální karcinom postihuje častěji muže, a to v poměru 2 : 1, nejčastěji mezi 60 - 75. rokem života, ale vyskytuje se také v mladším věku a zřídka i u dětí. Mezi nejčastěji diagnostikovaný nádor ledvin patří adenokarcinom – Grawitzův tumor, tvoří asi 70 – 90 % všech nádorů. Asi 40 % nemocných na karcinom ledviny zemře, zatímco na karcinom prostaty nebo močového měchýře zemře asi 20 % nemocných (4, 7, 12).

Etiopatogeneze karcinomu ledviny není dosud známá. Jako jedna z možných příčin se zvažovala pracovní expozice látek, jako např. benzín, azbest, benzen, zplodiny ze spalování fosilních paliv nebo rozpouštědla. Neexistují ale žádné bezpečné důkazy, které by tuto hypotézu potvrdily. Další možnou příčinou je kouření, které je jedním z obecně uznávaných karcinogenních faktorů, i když představuje jen malé zvýšení rizika vzniku 1,4 - 2,3krát. Na vzniku karcinomu ledviny má určitý vliv i hypertenze a obezita, kdy dietní návyky nemocného hrají zřejmě klíčovou roli v etiopatogenezi karcinomu. Riziko vzniku výrazně zvyšuje strava bohatá na živočišné tuky, zvýšená konzumace smaženého a uzeného masa a častá konzumace drůbežního masa nebo masa upravovaného na rožni. Současně se pro vznik nádorů uvádí souvislost s vrozenými vývojovými vadami, jakými je polycystická ledvina, podkovitá ledvina, nezralé tubuly a glomeruly (1, 4, 11).

Většina renálních karcinomů zůstává dlouho bezpříznaková díky retroperitoneální poloze ledvin. První symptomy bývají často velmi mnohotvárné, intermitentní a často necharakteristické. Symptomatologie v sobě zahrnuje příznaky lokální, lokoregionální, celkové, paraneoplastické a příznaky metastatického šíření. Asi u jedné třetiny nemocných převládají příznaky celkové a u dvou třetin symptomy lokální (4, 15, 16).

Lokální symptomy zahrnují klasickou diagnostickou triádu příznaků, kterou tvoří bolest, hmatná rezistence a hematurie. Klasická triáda se dnes vyskytuje asi jen v 10 %. Častěji se vyskytují jednotlivé příznaky samostatně. Bolest v boku, v bedrech nebo

dolní polovině břicha je obvykle popisována jako tupá a stálá, ale může se manifestovat i jako bolest kolikovitá. Pokud by pacient popisoval bolest stálou a krutou, je to známka postižení nervů nebo kostí. Hmatná rezistence bývá obvykle již pozdním nálezem onemocnění. Výjimku tvoří pouze nádory dolního pólu ledviny. Pokud je nádor fixován k okolním strukturám, jedná se o špatnou prognostickou známku onemocnění. Hematurie je nejčastějším místním příznakem. Hlavním úskalím hematurie je, že bývá často mikroskopická. Proto si jí daný jedinec nemusí všimnout a ve většině případů ji opravdu ani nezaznamená. Příčinou je prorůstání nádoru do dutého systému ledvin, a proto není příznakem časným, ale pozdním. Všechny tři příznaky současně charakterizují již pokročilý nádor a ne příliš dobrou prognózu pro pacienta (11, 16, 17).

Celkové příznaky jsou charakteristické nechutenstvím, hubnutím, slabostí, malátností nebo nočním pocením. Tyto příznaky, které nejsou příliš specifické, mohou imitovat celou řadu zcela odlišných onemocnění. Výjimkou je anémie, která může být důsledkem hematurie. Pacienti s anémií mívají zpravidla horší prognózu než pacienti s vyšší hodnotou hemoglobinu. U krevních testů můžeme zaznamenat vyšší hladinu vápníku v krvi. Renální karcinom má totiž schopnost vzdáleně regulovat hladinu vápníku v plazmě (4, 12).

Paraneoplastická symptomatologie v sobě zahrnuje příznaky způsobené patologickou produkcí hormonů v nádorové tkáni ledviny. Zdravá ledvina produkuje renin, erythropoetin a prostaglandiny v přirozeném množství. Zatímco nádorová ledvina může produkovat hormony v nadstandardním množství a navíc může produkovat např. parathormon, glukagon, inzulin, choriový gonadotropin, což sebou nese obtíže projevující se jako hyperkalcemie, proteinová enteropatie, hypoglykemie nebo gynekomastie, snížené libido, hirsutismus atd. Patologická nadprodukce reninu se může u pacienta projevovat hypertenzí a výraznou erytrocytózou, může způsobovat nadprodukcí erythropoetinu v nádorové tkáni ledviny (1, 4, 15).

Metastázy u nádorů ledvin jsou časté, vykazují některé specifické znaky, které jsou zřejmě dány těsným vztahem k cévnímu systému a výraznou hypervaskularizací převážně většiny nádorů. Typickou lokalizací metastáz jsou lymfatické uzliny kolem velkých cév v retroperitoneu. Ledvinový karcinom často vytváří vzdálená ložiska

metastáz bez přítomnosti uzlinových ložisek, což je u nádorů jiných lokalizací velice neobvyklé. Nejčastěji jsou postiženy vzdáleným ložiskem metastáz plíce, a to až v 60 %, dále játra, kosti, mozek a ojediněle i kontralaterální ledvina. Metastázy se mohou vyskytovat v době záchytu onemocnění tzv. synchronně nebo mohou vzniknout v průběhu další observace pacienta po nefrektomii tzv. metachromně. Charakteristickým znakem renálního karcinomu je právě riziko vzniku vzdálených metastáz i několik let po úspěšném vyléčení primárního tumoru. Renální karcinom prokazuje jen minimální odpověď na systémovou terapii, proto je nezbytně nutné pro dobrou prognózu chirurgické odstranění uzlinových i metastatických ložisek (17, 19).

Klinické vyšetření je přínosem pouze u pacienta, u kterého je hmatná intraabdominální rezistence. U všech ostatních je nutné použít pro přesné určení diagnózy zobrazovací metody. První metodou volby je ultrasonografické vyšetření, které pacienta nezatěžuje a lékaři může mnohé poodhalit. Někdy se stane, že právě USG odhalí zcela náhodně tumor na ledvině. USG má velký význam hlavně pro rozlišení cystické a solidní expanze. Jako další vyšetření se volí počítačová tomografie (CT), která je nezbytná pro posouzení charakteru expanze v ledvině. Oproti USG vyšetření má CT celou řadu výhod. Dokáže mimo jiné brilantně lokalizovat lézi, určit její topografickou anatomii ve vztahu k okolním tkáním, zobrazit ji v různých rovinách a 3D zobrazení. CT vyšetření dokáže popsat stav spádových uzlin a znázornit cévní zásobení ledviny. Další možností přesné diagnostiky představuje magnetická rezonance. Výhodou MR je nulová radiační zátěž, žádná alergická reakce, méně neurotoxická kontrastní látka, naopak nevýhodou je delší čas vyšetření, nižší rozlišovací schopnost a horší dostupnost přístrojů. Přesto se MR v diagnostice renálního karcinomu používá méně často. Většinou je indikována u pacientů s nesnášenlivostí běžných kontrastních látek a u nejasných nálezů. Téměř vždy se při diagnostice renálního karcinomu používá vylučovací urografie (VUG). Občas se ještě můžeme setkat s tím, že lékař pro určení diagnózy vyžaduje angiografické vyšetření, které v podstatě dnes již nemá místo v rutinní diagnostice (1, 4, 19).

Operační léčba je u karcinomu ledvinu rozhodující, protože dosud není k dispozici jiná účinnější možnost léčby. Operační řešení zahrnuje radikální odstranění ledviny

klasickou otevřenou metodou a laparoskopickou metodou, které jsou blíže popsány v následující kapitole. Další možností operativního řešení jsou záchovné operace, které jsou indikovány u pacientů se solitární ledvinou postiženou nádorem, bilaterálním karcinomem nebo funkčně ohroženou kontralaterální ledvinou (18, 19, 20).

Komplexní léčba je u nádorů ledviny velmi omezená, protože karcinom ledvin je charakteristický svou rezistencí na onkologickou léčbu. Radioterapie se v podstatě dnes vůbec nevyužívá právě díky radiorezistenci karcinomu ledviny. Ani hormonální terapie a chemoterapie nenašly při léčbě karcinomu velké uplatnění, takže ani tyto metody se dnes nepoužívají. Mezi nejpoužívanější metody při léčbě metastatického karcinomu patří imunoterapie a imunochemoterapie. Ale i přesto zůstává skutečností, že účinnou léčbu metastatického karcinomu ledviny nemá současná medicína stále k dispozici (4).

1.4 Operační léčba

Jak vyplývá z předešlých kapitol, existuje řada onemocnění ledvin či poranění, která si žádají chirurgické odstranění ledviny jako jedinou možnost léčby. Nefrektomie je stále považována za zlatý standard léčby především u rozsáhlých nádorů ledvin, protože dosud není k dispozici další dostatečně účinná léčba. Rezistence nádorů ledvin na běžnou chemoterapii a radioterapii jednoznačně určuje za základ léčby - léčbu chirurgickou. Malé nádory mohou být řešeny parciální resekci ledviny. Nefrektomie může být provedena několika způsoby, jako radikální odstranění ledviny klasickou otevřenou metodou, laparoskopickou metodou nebo robotickou metodou (7, 20).

1.4.1 Radikální odstranění ledviny klasickou otevřenou metodou

Radikální nefrektomie je tzv. otevřená operační technika, která se může provést z transperitoneálního, torakolumbálního nebo z lumbotomického přístupu. Transperitoneální nefrektomie je postup při operaci pro maligní nádor ledviny, protože umožňuje operátorovi snadnější přístup k hilu ledviny s primárním podvazem renální tepny. Po přerušení hilových struktur následuje odstranění celé ledviny i s tukovým pouzdrem. Nadledvinu se doporučuje odstranit pouze v případě, že je tumorózně zasažen horní pól ledviny. Močovod bývá obvykle přerušen a ligován k dolnímu pólu

ledviny. Operační výkon je prováděn v celkové anestezii, v poloze na zádech, nejčastěji ze šikmého subkostálního řezu v podžebří. Celý operační výkon trvá přibližně 60 - 120 minut a pacient má po výkonu operační ránu dlouhou 20 - 40 cm (6, 20).

Dalším možným přístupem je torakolumbální nefrektomie, která se praktikuje hlavně u velkých a objemných nádorů na horním pólu ledviny. Poslední možností je dříve nedoporučovaný lumbotomický přístup, který dnes opět získává na atraktivnosti především díky své šetrnosti, proto se používá hlavně u starších pacientů. Lumbální přístup je indikován hlavně u nemaligních onemocnění, např. u nefunkční ledviny s odlitkovou litiázou. Výkon je prováděn v lumbotomické poloze v celkové anestezii. Operační rána je dlouhá cca 25 cm a celý výkon trvá dohromady zhruba 120 minut. Nefrektomie pro karcinom ledviny je kurativní jen za předpokladu, že je odstraněna veškerá nádorová tkáň. Pro pacienty s metastatickým onemocněním je doporučena nefrektomie a současně resekce metastázy, pokud je pacient v celkově dobrém stavu a je to technicky možné (5, 6, 21).

1.4.2 Odstranění ledviny laparoskopickou metodou

Modernější a šetrnější možností je laparoskopická nefrektomie. Od svého prvního uvedení v roce 1991 na pole medicíny se postupně stala běžnou chirurgickou metodou pro léčbu nádorů ledvin ve stadiu T1 a T2 zachovávající onkologické principy. V České republice byla provedena první laparoskopická nefrektomie 22. 4. 1998 profesorem Claymanem na urologickém oddělení v Jablonci nad Nisou. Od té doby došlo k velkému rozmachu laparoskopické léčby i na řadě dalších urologických pracovišť (7, 14).

Zpočátku se používala hlavně pro léčbu afunkčních ledvin nebo ledvinných cyst, ale dnes se úspěšně využívá i pro léčbu maligních nádorů ledvin. Principem laparoskopie je vizualizace a přenos retroperitonea nebo dutiny břišní na obrazovku. Laparoskopická operace se provádí v poloze na zádech nebo na boku v celkové anestezii. Výkon je prováděn ze čtyř až pěti malých incizí o velikosti 1 - 2 cm. Celý laparoskopický výkon v současnosti trvá 120 - 240 minut (7, 9).

Další možností je tzv. rukou asistovaná nefrektomie, která je alternativou mezi radikální nefrektomií a laparoskopickou nefrektomií. Provádí se z drobných incizí v kombinaci s minilaparotomií nad pupkem o celkové délce asi 10 cm. Tato metoda je používaná hlavně u operátorů, kteří s laparoskopickou nefrektomií teprve začínají, protože jim dovoluje využít zručnost, kterou získali při otevřené nefrektomii, a provést tak mnohem méně invazivní chirurgický výkon (4, 6).

1.4.3 Výhody a nevýhody laparoskopické nefrektomie

Laparoskopické odstranění ledviny si s sebou nese celou řadu výhod jak pro pacienta, tak pro operátora, ale má i svá negativa (21).

Výhody laparoskopického výkonu – minimalizace dopadu operačního výkonu, menší operační zátěž, rychlejší návrat peristaltiky zažívacího systému, menší operační rána a s tím spojená kratší rekonvalescence a rychlejší návrat k běžné fyzické aktivitě. Nesporným pozitivem je menší pooperační bolestivost, lepší kosmetický efekt, menší poškození struktur a tkání a minimální ztráta krve (4, 21).

Nevýhody laparoskopického výkonu – delší čas trvání operace a s tím spojená prodloužená anestezie, poruchy cirkulace krve a zvýšené hodnoty CO₂ v krvi během operace. Omezené možnosti operování pokročilejších stádií onemocnění, nemožnost vyšetření ostatních orgánů, časová náročnost, zaškolení zdravotnického personálu a především pak finančně náročné přístrojové vybavení (5).

Laparoskopické výkony jsou standardní součástí operativy specializovaných urologických pracovišť. Počty laparoskopických operací se neustále zvyšují, ale i přesto stojí laparoskopie v české urologii teprve na začátku svého klinického významu (7, 21).

1.5 Problematika nefrektomie

Jak již bylo zmiňováno výše, nefrektomie je zlatým standardem při léčbě onkologických onemocnění ledvin či rozsáhlých úrazů ledvin. Jedná se o odstranění ledviny a okolní tukové tkáně, případně i nadledviny a zvětšených spádových mízních uzlin při postižení těchto orgánů zhoubným nádorem. Používá se operační přístup přes dutinu břišní (14).

1.5.1 Nefrektomie z pohledu pacienta

Pojem nemoc lze vysvětlit mnoha způsoby. Jedná se o aktuální stav organismu, vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu. Také se může jednat o „osobní vztah, ve kterém se daná osoba necítí být zdráva, může nebo nemusí být ve vztahu k chorobě“ (22, s.17) .

Pacient je definován jako „osoba v lékařské péči, jako léčící se nemocný člověk“ (23, s.20). Obecně můžeme pacienta chápat jako člověka, který má dostatečně zřetelné příznaky určité nemoci. Daný jedinec je tedy nemocen – stává se pacientem. Nemoc pro jedince znamená radikální, byť jen dočasnou změnu sociální situace a prostředí, v němž se odehrává každodenní život. Při negativních změnách zdravotního stavu u člověka dochází nejen k biologickým změnám, ale i ke změně sociální role, která je pro nemocného jedince velmi nepříjemná (24, 25).

Mluvíme-li o nemoci, máme zpravidla na mysli pohled, který nám nabízí současná medicína. Je dobré si uvědomit, že to je jen jeden z možných pohledů na nemoc. Určitý pohled na onemocnění má také pacient – laik. Ukazuje se, že tento pohled není zdaleka tak jednoduchý, jak se může zdát. Pohled pacienta je často ovlivněn psychickým stavem, aktuální náladou, obavami a nadějí, informacemi o nemoci, působením rodiny, práce a v neposlední řadě i působením zdravotnických pracovníků a spolupacientů. Proto si my, zdravotníci, musíme stále uvědomovat, jak nezbytný je komplexní přístup k pacientovi (23, 25, 26).

Mnoho pacientů po sdělení onkologické diagnózy zažívá řadu emocí, otázek a citového zmatku. Napadá ho otázka – Proč právě já? V této situaci je nezbytné pacientovi poskytnout co nejvíce informací, aby se mohl na novou situaci a léčebný zákrok vnitřně připravit. Mnoho pacientů ví, že se dá kvalitně žít i s jednou ledvinou, ale i přesto mají strach ze své budoucnosti (7, 27).

Samotný operační výkon s sebou nese řadu obav, které pacient prožívá. Předoperační strach má několik komponent, dalo by se říct, že se skládá z několika dílčích strachů, které jsou u pacientů různě akceptovány. Jedná se o strach spojený se smrtí na operačním stole. Je nutné pacientovi vysvětlit, že podstupuje řadu

předoperačních vyšetření právě z toho důvodu, aby během výkonu nenastaly nežádoucí komplikace. Mezi další se řadí strach spojený s anestezií, především pak z bezmoci, kterou s sebou anestezie přináší, případně pak z nekontrolovatelné mluvnosti. Někteří pacienti udávají i strach z toho, že budou cítit během operačního výkonu bolest. A konečně posledním strachem je strach z porušeného vnímání těla spojený s částečným nebo úplným odstraněním orgánu zasaženého nádorem a s tím spojená velká pooperační jizva především u radikální nefrektomie, která je dlouhá až 40 cm. Pacient pak může vnímat vlastní obraz těla jako porušený, může mít pocit vlastního znehodnocení. Estetický výsledek bývá snášen tím hůře, čím je pacient mladší, především pak u žen. Úlohou sestry v této situaci je pacientovi empaticky vysvětlit, že odstranění nádoru je pro pacienta osobní výhra a jizva pro něj není překážka v překonávání osobních cílů a úkolů (28, 29, 30).

V každém případě důsledný výklad toho, co pacienta všechno čeká, znamená usnadnění práce personálu a zmírnění pacientových obav. Pacient, který je předem seznámený s tím, co ho čeká, se může duševně připravit na to, co může sám pro sebe v dané situaci udělat (31, 32).

1.5.2 Nefrektomie z pohledu sestry

S rychlým rozvojem techniky dochází ke zdokonalování operačních technik, což má velký přínos nejen pro pacienta, ale i pro ošetřující personál. K úspěšnému vyléčení pacienta nestačí jen precizně provedený výkon, ale také kvalitní a komplexní pooperační péče. Někdy je opomíjeno to, jak se pacient cítí před a po operaci, a veškerý zájem je zaměřený na uspokojování jeho základních potřeb (21).

Každý pacient v souvislosti s operačním výkonem prožívá řadu obav a negativních emocí. Nejčastějšími emocemi jsou strach a úzkost, které jsou spojené s odloučením od svých blízkých a z neznámého nemocničního prostředí. Obavy mohou být i v souvislosti s řadou předoperačních procedur a především pak z operace samotné. Důležité je, aby se sestry nesoustředily pouze na fyzickou stránku člověka, ale také na tu psychickou. Je nutné uvědomit si, že strach a úzkost provází člověka celý život. Strach i úzkost nevyhnutelně patří k našemu životu. Každý člověk prožívá strach, rozdíl je

pouze v individuálním vnímání. Strach je spojen s řadou nepříjemných pocitů jako je bušení srdce, pocení, napětí celého těla, pocit staženého žaludku a řada dalších projevů. Nesmíme zapomínat, že ve většině případů se jedná o pacienta s onkologickou diagnózou, který prožívá nejen fyzické obtíže, ale výrazně je poznamenáno i jeho psychické, sociální i spirituální prožívání. Pacient by neměl svoje pocity v sobě potlačovat, ale právě naopak, měl by je umět verbalizovat. Proto by sestra měla u pacienta vzbuzovat pocit důvěry a vždy umět pacienta vyslechnout a emočně ho podpořit. Protože jsou to právě sestry, které jsou pacientovi před i po operaci nepřetržitě k dispozici. Hrají tak významnou roli především v jeho ošetřování, ale i v podpoře jeho psychické a fyzické pohody. Na druhou stranu je určitý předoperační strach žádoucí, je známkou toho, že pacient nebere situaci na lehkou váhu, přijímá odborné rady a snaží se s novou situací vyrovnat (22, 29, 30).

1.5.3 Předoperační příprava

Jako u každého operačního výkonu, tak i před nefrektomií musí být provedena důkladná předoperační příprava pacienta po stránce fyzické i psychické. Pokud se jedná o plánovaný výkon, předoperační příprava začíná již v ambulanci zajištěním předoperačního interního vyšetření, které nesmí být starší 14 dnů, a stanovením termínu operace. Fyzická příprava začíná přijetím pacienta na oddělení den před výkonem, kdy je pacient informován o nutnosti prázdnění před výkonem, lačnění, nácviku dechové terapie a o vhodném způsobu vstávání po operaci. Psychická předoperační příprava slouží k minimalizaci pacientova strachu a obav z operačního výkonu a neznámého nemocničního prostředí. Obsahem psychické přípravy je podání informací pacientovi o operačním výkonu, celkové anestezii, průběhu léčby a možných komplikacích. Pacient podepisuje informovaný souhlas. Jak již bylo zmiňováno v předešlé kapitole, důležité je zaměřit se hlavně na psychickou přípravu a edukaci pacienta (34, 35).

1.5.4 Pooperační péče

Pooperační péče je u pacienta po nefrektomii poskytována s ohledem na celkový stav pacienta a dle rozsahu a typu operačního výkonu. Hlavním cílem je předejít

možným pooperačním komplikacím a zapojit pacienta co nejdříve zpět do běžného života (36).

Pooperační péče po nefrektomii je zpravidla zajišťována na pooperačním oddělení nebo na jednotce intenzivní péče. Pacientovi po příjezdu na pooperační pokoj sestra zkontroluje operační ránu, permanentní katétr, drény, periferní kanylu a napojí pacienta na monitor. Dle saturace je pacientovi eventuálně zajištěna oxygenoterapie. Součástí intenzivní pooperační péče jsou i kontrolní odběry na hematologii a biochemii. Případně může být pacientovi podána krevní transfuze v rámci intenzivní pooperační péče. Pacientovi jsou trvale monitorovány základní fyziologické funkce. Nepřetržitě se kontroluje celkový stav pacienta, monitoruje se bolest, která se tlumí analgetiky. Pacientovi je nasazena infuzní terapie, aby byla zajištěna dostatečná hydratace a současně mohla druhá ledvina plně přebrat svou funkci. Funkce ledviny se hodnotí dle hodinové diurézy (7, 35, 37).

Po stabilizaci celkového stavu, obvykle 1. až 2. pooperační den, je pacient přeložen na standardní oddělení, kde se v pooperační péči i nadále pokračuje. Na standardním oddělení je pacient mnohem více zapojován a aktivizován do péče o sebe samého. Pacienti po klasické otevřené nefrektomii nebo laparoskopické nefrektomii mohou postupně vstávat z lůžka 1. pooperační den. Včasná mobilizace pacienta je velmi důležitá jako prevence respirační infekce nebo tromboflebitidy, zejména pak u starších pacientů. Na standardním oddělení se i nadále sleduje močení, příjem a výdej tekutin a také odvod z drénů. Standardně se převazuje operační rána dle potřeby a dle sekrece. Součástí péče je i nadále tlumení bolesti prostřednictvím analgetik a sledování základních fyziologických funkcí. Po nefrektomii může stejně jako po většině velkých operacích docházet k útlumu střevní peristaltiky, proto je nutná postupná aktivizace pacienta a po obnovení střevní pasáže postupné zatěžování stravou. Dle zvyklosti oddělení se postupně přechází z parenterální výživy na perorální. Pacient dle aktuálního zdravotního stavu a zvyklosti oddělení postupně rehabilituje s fyzioterapeutem až do úplné samostatnosti a soběstačnosti a postupně se připravuje na odchod domů a na zapojení do běžných činností. Pacient musí být dostatečně edukován o nutnosti klidového režimu i v domácím prostředí. Nesmí zvedat těžké věci nebo vykonávat

těžkou fyzickou prací nejméně po dobu 4 – 6 týdnů po operaci. Pro pacienty po nefrektomii je zásadní informace, že jejich dosavadní život zůstane takřka beze změn, protože funkci ledvin dokonale zajišťuje druhá ledvina. Pouze se pacientům nedoporučuje vykonávat fyzicky náročné a adrenalinové sporty, jako např. bungee jumping, horolezectví v extrémních nadmořských výškách apod. (21, 37, 50).

1.6 Role sestry v péči o pacienty po nefrektomii

Role znamená očekávané chování jedince, které je závislé na jeho určitém postavení ve společnosti. Role sestry jsou podmíněné historií a do jisté míry jsou ovlivněny společností. Jen málo povolání prošlo v posledním období takovou řadou změn jako profese sestry. K dosažení a k udržení určitého standardu ošetrovatelské péče je nutné, aby sestry získávaly nové vědomosti a poznatky v oblasti péče o urologické pacienty, které ošetřují, a získávaly nové zkušenosti a vědomosti ve vztahu k problémům, které provázejí a obklopují pacienta ve zdraví i v nemoci. V současné době existuje celá řada rolí, které musí urologická sestra zastupovat a dokonale zvládat v péči o pacienty. Proto je nezbytné neustále získávat nové zkušenosti, poznatky a vědomosti a následně je uplatnit ve prospěch pacienta v podobě zkvalitnění ošetrovatelské péče. Sestry by měly brát v potaz všechny bio-psycho-sociální potřeby pacienta a pohlížet na pacienta jako na jedinečnou holistickou bytost a v rámci ošetrovatelské péče uspokojovat všechny jeho individuální potřeby. Sestry a jejich jednotlivé role tvoří pevný základ současného moderního ošetrovatelství. Sestry svým profesionálním působením ve společnosti nezastávaly pouze jednu roli, ale vždy se jednalo o více rolí, bylo tomu tak v minulosti a je tomu tak i v současnosti. Současně role sestry umožňují rozvoj ošetrovatelství, změny ve společnosti, podporují výzkumnou činnost v ošetrovatelství, zajišťují kvalitu ošetrovatelské péče, předávají nové informace a mnoho dalšího (34, 38, 39).

1.6.1 Sestra – poskytovatelka ošetrovatelské péče

Role poskytovatelky ošetrovatelské péče byla už tradičně zahrnuta mezi základní činnosti sester, které chrání důstojnost člověka. Hlavním cílem této role je přinášet

poznatky a informace a poskytovat pacientovi oporu během nemoci. Laskavost je ústředním požadavkem většiny ošetrovatelských činností a měla by být základním atributem sestry. Nejčastěji poskytovanou rolí, kterou sestra zastupuje v péči o pacienta po nefrektomii, je role sestry – poskytovatelky ošetrovatelské péče. V této roli je velmi důležité, aby pacient věřil svému lékaři a cítil lidský zájem od své sestry. Proto je důležité, aby se vytvořil mezi zdravotnickým personálem a pacientem zdravý lidský vztah (34, 39, 40).

Pacient po nefrektomii potřebuje nejen pomoc a podporu od sestry, ale především předpokládá, že mu bude poskytnuta vysoce specializovaná ošetrovatelská péče v průběhu celé hospitalizace. V chování sestry nesmí chybět lidskost, empatie a vlídnost, zvláště pak v situaci, kdy pacient potřebuje pomoc, oporu a vyžaduje informace týkající se jeho zdravotního stavu. Lékaři i sestry by měli s pacientem hovořit vždy otevřeně, srozumitelně, měli by se snažit pacienta uklidnit a nikdy jeho onemocnění nezlehčovat. Lékaři by měli s pacientem hovořit o průběhu výkonu, pooperačním období, vzniku možných komplikací, včetně informací o prognóze onemocnění. Úkolem sestry je pak pacienta uklidňovat, doplňovat informace podané lékařem a informovat ho o ošetrovatelské péči, která je spojena s jeho pobytem na oddělení a operačním zákrokem. Co však nikdy nesmí, je zlehčovat jeho zdravotního stav nebo operační výkon. Odměnou se pak stává vytvoření vztahu mezi sestrou a pacientem, který jí tak projevuje svou důvěru a spolupracuje. Pacient očekává od sester určitou profesionalitu, zvláště z toho důvodu, že operační výkon představuje pro organismus pacienta velkou zátěž, ale současně je pro pacienta velkým stresem po stránce psychické. Proto by měl být pacient co nejlépe připraven na operační výkon. Lékaři i sestry by měli k pacientovi přistupovat maximálně profesionálně, ať už se jedná o plánovaný nebo neplánovaný výkon. Příprava by měla být zaměřena hlavně na psychickou stránku člověka, protože pacient zažívá řadu obav spojených s výkonem a se změnou prostředí a sociální situace. Proto by se členové zdravotnického týmu měli snažit těchto obav pacienta zbavovat, zejména pak sestry, které tráví s pacientem nejvíce času během pracovního dne. Sestry by měly být k pacientovi milé, vlídné,

vstřícné a nikdy by v jejich chování neměla chybět lidskost. Vztah sestry a pacienta, který je založený na důvěře, je podstatou pro další ošetřovatelkou péči (34, 35).

Pro pacienty před operací je nejvíce důležitý právě samotný přístup sester. Pacienti si přejí, aby si někdo dokázal představit, jak se před samotným zákrokem cítí, co prožívají a na co myslí. A kdo jiný, než právě sestra, by měl v této situaci pacientovi pomoci. Sestra dokáže pacienta vyslechnout, přistupovat k němu empaticky a mluvit s ním otevřeně a se zájmem. Sestry by se měly zaměřit na minimalizaci předoperačního strachu a úzkosti jako součást předoperační přípravy. Každého pacienta musíme brát jako jedinečnou osobnost a musíme k němu i tak přistupovat, to znamená nesrovnávat ho s někým jiným a nezlehčovat jeho zdravotní stav. Každý má jiné potřeby a jiným způsobem prožívá nemoc. Pro minimalizaci předoperačního strachu a úzkosti je nezbytné poskytnout pacientovi informace, které si žádá, a zodpovědět veškeré dotazy a otázky spojené s operačním výkonem a s pooperačním obdobím. Komunikace je v této chvíli klíčová. Výsledek operace mimo jiné také závisí na celkovém klidu a psychickém vyrovnání se pacienta s výkonem (32, 36).

Sestra – poskytovatelka ošetřovatelské péče má zásadní úlohu také v pooperačním období. Ošetřovatelská péče je zaměřená na nepřetržité sledování celkového stavu pacienta a možných komplikací. Součástí nepřetržité péče je monitorace oběhové soustavy a dechu. Dále sestra sleduje operační ránu, drenážní systém, průchodnost permanentního katétru a hodinovou diurézu. Sestra také sleduje u pacienta projevy bolesti. Bolest pravidelně monitoruje a aplikuje analgetika dle ordinace lékaře. Součástí ošetřovatelské péče v pooperačním období je také hygiena pacienta a nácvik soběstačnosti a samostatnosti. Dalším úkolem sestry jsou pravidelné převazy operační rány. Před samotným převazem je nutné vysvětlit pacientovi účel a postup převazu. Během převazu sleduje bolest, komfort, emoce a nonverbální projevy pacienta. Při převazu je velmi důležitá intimita a komunikace, kdy sestra vysvětluje veškerou činnost, a pracuje šetrně za přísně aseptických podmínek. Tím pacienta zbavuje pocitu strachu a nejistoty během převazu. Během převazu si sestra všimá okolí operační rány, známek infekce či sekrece a veškeré změny hlásí lékaři. Samozřejmě musí všechny zjištěné parametry řádně zaznamenat do dokumentace (30, 37, 44).

Předoperační i pooperační péče o pacienta by měla probíhat v rámci týmové spolupráce. Každý člen může pomoci pacientovi dosáhnout spokojenosti jiným způsobem, ale přitom úspěšně. Pacient nikdy nesmí být pasivním příjemcem, ale vždy musí být aktivním spoluúčastníkem léčebného procesu. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je také sledování psychického stavu pacienta. Pocity, které pacient prožívá mají bezprostřední vliv na jeho další spolupráci se sestrou. To jakým způsobem sestra přistupuje k pacientovi, jak jej zbavuje strachu a úzkosti či jiných obav, jak mu je poskytována ošetrovatelská péče má za následek spokojenost pacienta. A spokojenost pacienta je pro sestru prioritní (41, 43).

1.6.2 Sestra – komunikátorka

Účinná komunikace je základním stavebním kamenem u všech pomáhajících profesí, tedy i v ošetrovatelství. Samotná komunikace utváří vztahy nejen mezi pacientem a sestrou, ale také mezi sestrami samotnými a celým zdravotnickým týmem. Komunikace se odráží ve všem, co sestra dělá, a zároveň může vhodná komunikace ulehčit všechny ošetrovatelské činnosti. V souvislosti s operačním výkonem se sestra může dostat do nelehké situace, kdy má pacient potřebu někoho obvinít ze svého zdravotního stavu a často se tím terčem může stát právě sestra, protože u pacienta tráví nejvíce času (33, 40).

Sestra musí mít řadu schopností a dovedností, aby mohla vést správným způsobem komunikaci s pacientem před a po neforektomii. Díky správné komunikaci může sestra získat celou řadu cenných informací, které následně může využít v ošetrovatelské péči ve prospěch pacienta. Sestra by nikdy neměla podceňovat nebo zlehčovat pacientovi projevy chování, ale naopak je přijímat jako nezbytnou součást zvládnutí zátěže související s operačním výkonem (45).

Bez výjimky by měla každá sestra zvládat zásady efektivní komunikace s pacientem. Na prvním místě by měl být zájem o pacienta ze strany sestry. Pacient během rozhovoru dokáže velice záhy rozlišit, zda je zájem sestry opravdový, zda se mu snaží pomoci a porozumět nebo jestli neprojevuje žádné známky porozumění. Součástí správné komunikace je i neverbální způsob vyjádření. Je důležité, aby sestra dokázala

sladit to, co říká s gestikou, mimikou či s řečí těla a s dalšími prvky neverbální komunikace. A v neposlední řadě by měla být součástí každé efektivní komunikace empatie, jinými slovy schopnost vcítit se do pocitů, myšlení a jednání druhých lidí. Empatie je základem správné komunikace (26, 46).

Zásady správné komunikace by měl ovládat každý člen zdravotnického týmu, který přichází do kontaktu s pacienty. Komunikace je také důležitá pro správný vývoj kolegiálních vztahů na pracovišti. Protože i vztahy mezi kolegy se odráží na celkové atmosféře oddělení, kterou pacienti dokážou velice intenzivně vnímat, a mají vliv na komplexní péči o pacienta (45, 47).

1.6.3 Sestra – edukátorka

Velmi zásadní funkci zastává sestra v roli edukátorky, která je zaměřená na předávání informací, jež jsou pro pacienta nezbytné nejen po celou dobu hospitalizace, ale i v domácím prostředí. Edukace, která je správně cílená, dokáže u pacienta ovlivnit postoje, názory, hodnoty k vlastnímu životu, nemoci, zdraví a k životního stylu. Podporuje tak činnosti a dovednosti pacienta, které jsou potřebné pro zvládnutí změn v dosavadním způsobu života. Právo na edukaci má každý pacient, jakékoliv kultury a v jakémkoliv zdravotnickém zařízení. Edukace s sebou nese určité předpoklady, které jsou kladeny na sestru – potřebné znalosti, komunikační dovednosti, ochota pomoci, dostatek empatie a také respekt k samotné osobnosti pacienta. Pro správnou výuku pacientů je důležité vytvoření partnerského vztahu mezi sestrou a pacientem, který bude založený na důvěře a snaze pomoci nemocnému (34, 48).

Edukace musí být vždy přizpůsobena věku, vzdělání a zaměstnání pacienta. Není dobré používat během edukace odborné termíny, kterým pacient nemusí porozumět. Nutností je přesvědčit se, zda pacient pochopil veškeré informace a činnosti a zda je schopen následně získané informace využít ve svém dalším životě. Edukace u pacienta po nefrektomii je zaměřená převážně na změnu životosprávy, dodržování bezprostředního léčebného režimu v domácím prostředí a urologické kontroly v daných termínech. Je dobré před zahájením edukace vědět, co všechno už pacientovi řekl lékař. Sestra pak působí na pacienta mnohem lépe. Edukace by měla být zaměřena na hlavní příčiny vzniku renálního karcinomu, které jsou uvedeny v kapitole 1.3.2 Renální

karcinom. Mezi hlavní příčiny vzniku renálního karcinomu patří hypertenze a obezita. Proto je nutné pacienta edukovat o nutnosti změnit dosavadní způsob stravování, který bývá obvykle velice bohatý na živočišné tuky, konzumaci smaženého a uzeného masa. Vhodnou stravou pro pacienta je racionální strava. Vhodné také je upozornit pacienta i na další zdravotní komplikace, které s sebou přináší hypertenze, obezita a nevhodná strava. Sestra se také zmíní o pravidelných kontrolách u urologa (4, 49, 50).

Při edukaci je také nutné předat pacientovi informace týkající bezprostředního propuštění do domácího režimu. Sestra pacienta upozorňuje, že alespoň po dobu 4 - 6 týdnů nesmí vykonávat těžkou fyzickou námahu. Častou otázkou také je, jaká bude péče o operační ránu v domácím prostředí. Pacient ve většině případů odchází domů se stehy, takže péče bude podobná jako v nemocničním prostředí. Operační stehy jsou vyndávány až ambulantně přibližně za 14 dní po výkonu. Důležité je udržovat operační ránu v čistotě a dodržovat správnou hygienu. Není potřeba ji krýt nebo dezinfikovat. Do pracovního režimu se pacient obvykle vrací po 4-6 týdnech v závislosti na druhu vykonávané práce v zaměstnání. Součástí edukace také je prostor na pacientovi otázky a dotazy, které by pacienta ještě zajímaly nebo napadly v souvislosti se získanými informacemi. Důležité je upozornit pacienta, že se může na sestru nebo na lékaře kdykoliv obrátit (48, 49, 51).

1.6.4 Sestra – manažerka

Sestra manažerka vede ošetrovatelský proces u skupiny pacientů nebo přímo u jednotlivců pomocí ošetrovatelské péče. Role manažerky je v podstatě součástí všech činností ošetrovatelské péče, které sestra zastává u pacienta s indikací k nefrektomii, a to před výkonem i po výkonu. Pokud se sestra neztotožní s rolí manažerky vede to k nekoordinované a neefektivní péči, na kterou pak doplácí nejen pacient, ale celý kolektiv a multidisciplinární tým. Proto by sestra manažerka měla podporovat vzájemnou spolupráci mezi jednotlivými sestrami, lékaři a v podstatě se všemi členy multidisciplinárního týmu, kteří přijdou do kontaktu s pacientem během jeho hospitalizace (34, 47, 52).

Samotná problematika řízení ošetrovatelské péče je velice komplikovaná a rozmanitá. Právě pomocí ošetrovatelského procesu je sestra oprávněná k řízení ošetrovatelské péče a stává se tak manažerkou pacienta i jeho rodiny. Sestra manažerka je do jisté míry směnná sestra a pro účely své práce se řadí pod základní stupeň řízení. Základní stupeň se zabývá každodenními činnostmi a problémy. Střední stupeň řízení se zabývá krátkodobými a dlouhodobými cíly jednotlivého oddělení nebo celé nemocnice. Střední management se řadí na tzv. taktickou úroveň. Nejvyšší stupeň řízení nebo-li top management je v rámci ošetrovatelské péče zastoupen hlavní sestrou. Sestra manažerka na základní úrovni provádí základní manažerské činnosti, mezi které patří organizování, plánování, řízení, kontrola a koordinace práce. Ke všem těmto činnostem potřebuje nejen dostatek znalostí a informací, ale i určitou praxi v oboru (53, 54).

Kvalitní ošetrovatelská péče poskytovaná urologickému pacientovi je výsledkem sestry manažerky pracující pomocí ošetrovatelského procesu. První fáze ošetrovatelského procesu je charakteristická získáváním informací pomocí sesterské anamnézy, rozhovoru s pacientem a s jeho rodinou. Pokud pacient vidí zájem ze strany sestry o jeho osobu, bývá zpravidla mnohem sdílnější a otevřenější ve svých odpovědích. Součástí vstupních informací by také mělo být, jak se pacient cítí, jaké má obavy, pocity, jak vnímá svou hospitalizaci a následný operační výkon. Na základě těchto informací sestra dokáže sestavit ošetrovatelské diagnózy, což je druhá fáze ošetrovatelského procesu. Nejčastější ošetrovatelskou diagnózou u pacienta s indikací k nefrektomii je strach v souvislosti s operačním výkonem, akutní bolest v souvislosti s operačním výkonem a u pacientů s indikací k radikální odstranění ledviny klasickou otevřenou metodou to bývá porušený obraz těla v souvislosti s operační jizvou. Sestra manažerka by měla seřadit jednotlivé diagnózy dle priorit pacienta a následně stanovené problémy buď zcela odstranit nebo alespoň minimalizovat. To jí umožní třetí fáze ošetrovatelského procesu, kterou je plánování ošetrovatelské péče. Během této fáze si sestra manažerka sestaví individuální plán péče o urologického pacienta. Na základě sestaveného plánu ošetrovatelské péče si sestra stanoví jednotlivé cíle a intervence vedoucí k dosažení stanovených cílů. Plán péče by měl být sestavován společně s pacientem, protože samotný pacient se stává aktivním spolupracovníkem sestry

a jiných ošetrovatelských pracovníků. Další fází ošetrovatelského procesu je realizace sestaveného plánu ošetrovatelské péče. Během této fáze sestra realizuje předem stanovené intervence, které v poslední fázi ošetrovatelského procesu zhodnotí, zda byly jednotlivé cíle dosaženy a pomohly pacientovi či nikoli. Pokud nebyly jednotlivé diagnózy vyřešeny, musí sestra sestavit nový a dokonalejší plán ošetrovatelské péče (48, 55).

1.6.5 Sestra – nositelka změn

Díky neustálému rozvoji ošetrovatelství dochází ke změnám, které jsou v ošetrovatelské praxi více než žádoucí. Z důvodu neustálého zdokonalování ošetrovatelské praxe sestra přijímá roli nositelky změn. Právě sestra jako nositelka změn je hnacím motorem v prosazování a zavádění změn. Sestra v rámci kvalitní ošetrovatelské péče o urologického pacienta neustále projevuje zájem o novinky v léčbě renálního karcinomu, nových operačních technik, novinky v ošetrovatelské péči, v péči o ránu, kazuistiky atd. Součástí změn by neměl být jen samotný zájem o novinky, ale současně tyto novinky a změny přinášet do každodenní ošetrovatelské péče o tyto pacienty. Tento postup lze označit jedním slovem – implementace. Implementace neboli zavádění nových postupů, technik, trendů či činností v ošetrovatelství vedoucí ke zkvalitnění péče o pacienty. Součástí implementace je také nový pohled na pacienta, který je v současnosti aktivním a rovnocenným účastníkem ošetrovatelského procesu, nikoli pasivním příjemcem poskytované péče, jak tomu bylo v dobách minulých (56).

Sestry jako nositelky změn mohou uplatnit nové metody či postupy v péči o urologického pacienta, což má za následek jejich formování v sebevědomé, kreativní, vzdělané a kriticky myslící profesionálky ve svém oboru (34, 56).

1.6.6 Sestra – advokátka a obhájkyň práv pacienta

Součástí kvalitní ošetrovatelské péče ze strany sestry je respektování práv pacienta. Každá sestra profesionálka zná práva pacientů a seznamuje každého nově příchozího pacienta s jeho právy a povinnostmi a současně je respektuje. Každý pacient potřebuje adekvátní informace týkající se jeho zdravotního stavu. Jedině tak se pacient může sám

a svobodně rozhodnout o léčebné či ošetřovatelské péči. Sestra přistupuje k pacientovi jako sobě rovnému, jenž má právo sám se rozhodnout zda nabízenou léčbu a péči přijme nebo odmítne. Toto rozhodnutí sestra vždy respektuje a toleruje a plní pacientovi přání a požadavky, které nebrání léčebnému režimu (34, 57 , 58).

V současnosti jsou pacienti velice dobře informováni o svých právech, ale jejich dodržování je na nižší úrovni. Proto je právě na sestře, jako na advokátce a obhájkyni práv pacienta, aby pacienty nejen informovala o jejich právech, ale také kladla důraz na jejich respektování a dodržování ze strany všech zdravotníků. V nové globální roli sestry obhájkyně napomáhá sestra uchovat autonomii pacienta a zajišťuje pacientovu informovanost (57, 58, 58).

1.6.7 Sestra – výzkumnice

Role sestry výzkumnice je zaměřena na provádění výzkumného šetření v ošetřovatelství, kdy je cílem zvýšení vědomostí v oblasti ošetřovatelské péče o urologické pacienty přicházející k nefrektomii a následné zdokonalení ošetřovatelské péče o tyto pacienty. Nové trendy v ošetřovatelské péči sestra nepřijímá pouze pasivně, ale snaží se je realizovat v praxi a apelovat na jejich dodržování. Nové poznatky a vědomosti sestra získává ze sesterských výzkumů zaměřených na dané téma. V podstatě každá sestra může mít jiné zkušenosti a postřehy týkající se ošetřování pacientů po nefrektomii. Z tohoto důvodu by sestry měly provádět výzkumy a zároveň se o svoje výsledky podělit s ostatními. Mohou tím přispět k blahu pacientů hospitalizovaných i na jiných urologických odděleních a nejen na tom, kde byl výzkum prováděn (34, 40, 48)

Vědecká úroveň výzkumu odpovídá vzdělání sester a jejich touze objevovat nové poznatky a postřehy. V současnosti se stále více klade důraz na ošetřovatelství založené na důkazech (dále jen EBN), které velice úzce souvisí právě se zmiňovaným výzkumem v ošetřovatelství. Pro naplnění filozofie EBN sestra musí shromáždit potřebné množství výsledků z výzkumu, využívat své zkušenosti, dodržovat standardy ošetřovatelské péče, navrhnout způsoby zlepšení, respektovat potřeby pacienta a snažit se prosadit změnu v jejich prospěch. Role sestry výzkumnice úzce souvisí s rolí sestry nositelky změn. Jedině sestra mající úroveň poskytuje kvalitní péči svým pacientům, přijímá změny

v ošetrovatelství a podporuje výzkum v ošetrovatelství. Pouze ošetrovatelská péče založená na důkazech z výzkumu je považována za kvalitní a činí ošetrovatelství moderním a kvalitním (60, 34).

1.6.8 Sestra – mentorka

Role sestry mentorky je na urologickém oddělení zaměřena na mentoring. Mentoring je činnost, kdy sestra provádí studenty nebo jiné zdravotnické pracovníky procesem vzdělávání a edukace na urologickém oddělení. Většinou se jedná o vrchní sestru nebo staniční sestru výše zmiňovaného oddělení, která prostřednictvím svého vystupování, zkušenostmi a dlouholetou praxí navazuje se studenty nebo jinými zdravotnickými pracovníky vzájemný vztah, který je založen na spolupráci a důvěře. Podstatou je, aby sestra mentorka dokonale znala svoje oddělení, tudíž může studentům nebo jiným zdravotnickým pracovníkům poskytnout dokonalé informace o chodu oddělení a pomůže jim zorientovat se v novém prostředí. Tím, že ostatní seznámí dokonale s novým oddělením, zbaví studenty a ostatní počátečního strachu a obav z neznámého prostředí. Sestra mentorka tímto způsobem nepůsobí pouze na studenty, ale také na sestry pracující pod jejím vedením (61, 62).

Sestra mentorka studenty provází celým procesem na urologickém oddělení v rámci jejich odborné praxe. Vždy je vede a motivuje k dosažení cílů, které si studenti stanoví každý den při příchodu na oddělení. Součástí její role je mimo jiné také podporování studentů a sester k iniciativě a samostatnosti v péči o urologické pacienty. Podporuje a motivuje studenty ve své činnosti a předává jim cenné informace získané na základě vlastních zkušeností a teoretických znalostí. Sestra mentorka také napomáhá nejen studentům, ale i svým sestrám k poznání sebe sama a svých vlastních schopností. Tím je vede k budování vlastní profesionality a zdokonalování ošetrovatelské péče o urologické pacienty (61, 62, 63).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

C1: Zjistit, jak urologický pacient vnímá jednostrannou nefrektomii.

C2: Zjistit nejčastější obavy, se kterými se urologický pacient potýká před a po operaci.

C3: Zjistit, jaký má sestra podíl na informovanosti pacienta.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jakým způsobem urologický pacient vnímá jednostrannou nefrektomii?
2. Jak urologický pacient po jednostranné nefrektomii vnímá obraz svého těla?
3. Jaké jsou nejčastější obavy pacienta před operací?
4. Na koho se pacient nejčastěji obrací se svými obavami?
5. Jak se sestra podílí na informovanosti pacienta?
6. Jakým způsobem sestra nejčastěji informuje pacienta?

3. Metodika

3.1 Použité metody

Pro výzkumnou část byly použity techniky kvalitativního výzkumu. Hlavním pilířem pro sběr dat byly polostrukturované rozhovory s respondenty a se sestrami vybraných nemocnic. Rozhovor byl proveden na základě předem vytvořených otázek.

Rozhovor určený respondentům - pacientům obsahoval 31 otázek, z čehož 9 bylo identifikačních a 22 věcných (Příloha 1). V případě potřeby byly ještě položeny doplňující nebo upřesňující otázky. Všichni respondenti souhlasili s nahráváním svých odpovědí na diktafon za podmínky dodržení anonymity. Rozhovory byly zpracovány do kazuistik.

Rozhovor se sestrami obsahoval 28 otázek, z toho 6 bylo identifikačních a 22 věcných (Příloha 2). Rozhovory byly taktéž nahrávány na diktafon se souhlasem dotazovaných sester. Všechny rozhovory byly zpracovány dle autentických odpovědí sester do rozhovorů.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Základní populací byli pacienti s indikací k jednostranné nefrektomii a sestry pečující o ně. První výzkumný soubor tvořilo 10 respondentů po nefrektomii, z toho pět respondentů po klasické otevřené nefrektomii a pět po laparoskopické nefrektomii. Byli vybráni respondenti urologických oddělení Nemocnice Písek a.s. a České Budějovice a.s. Druhý výzkumný soubor tvořilo 10 sester, které pečují o tyto pacienty. Pět sester pracuje na urologickém oddělení Nemocnice Písek a pět v Českých Budějovicích. Výzkumné šetření probíhalo od prosince 2011 do března 2012. Kritériem výběru bylo podstoupení otevřené nebo laparoskopické nefrektomie a zejména ochota respondentů a sester spolupracovat na výzkumu.

4. Výsledky

4.1 Výsledky rozhovorů s respondenty

Respondent 1

Respondent 1 je muž ve věku 63 let, se kterým byl proveden rozhovor na standardním oddělení urologie Nemocnice Písek, a.s., již po provedené klasické otevřené nefrektomii. Do nemocnice byl přijat na plánovaný operační výkon na doporučení svého urologického lékaře. Respondent 1 je rozvedený a v současné době je v důchodu, dříve pracoval ve slévárně. Jak sám uvádí, jeho práce byla fyzicky velmi náročná. I přesto se již od mládí potýká s nadváhou, v současnosti váží 92 kg a měří 178 cm, BMI: 29, kategorie – nadváha. Dotyčný je bývalý kuřák, dříve vykouřil cca 20 cigaret denně, kouřit přestal před 8 lety. Na otázku zda vykonává nebo vykonával nějaký aktivní sport, s úsměvem odpovídá, že nikdy nebyl sportovně nadaný, proto ani tento druh zábavy nevyhledával.

U respondenta 1 byl diagnostikován cystický tumor horního pólu levé ledviny. Jednalo se o náhodný nález při USG během vyšetření pro dysurii. V jeho rodině se nikdy nevyskytlo onkologické onemocnění ledvin. Sdělení diagnózy pro respondenta 1 nebylo lehké. Nacházel se v těžké životní situaci, kdy se rozváděl s manželkou a dcera přišla o zaměstnání. Jak sám uvádí, tato diagnóza pro něj byla šokující, v hlavě se mu honila spousta myšlenek týkajících se budoucnosti a hlavně to, že nebude moci pomáhat dceři, než si najde nové zaměstnání. Respondentovi 1 bylo doporučeno podstoupit revizi levé ledviny a eventuálně nefrektomii vlevo. S výkonem souhlasil.

Na doporučení svého urologa nastoupil v daný termín na příjem, jednalo se o jeho první hospitalizaci spojenou s operačním výkonem. Při příjmu ho doprovázela dcera, která ho přivezla. Její přítomnost vnímal velice pozitivně, během procesu přijetí na oddělení ho uklidňovala a mírnila jeho obavy. Proces přijetí na oddělení vnímal pozitivně, personál se k němu choval velmi mile a celková atmosféra působila klidně. Také sestry pomáhaly dotazovanému mírnit jeho obavy. Respondent 1 velmi chválil přístup a komunikaci sester, dle jeho slov mu poskytly potřebné informace v takovém množství, které byl schopný vstřebat a pro danou chvíli pro něj byly zcela dostačující.

U respondenta 1 byla provedena revize levé ledviny s následnou klasickou otevřenou nefrektomií vlevo. Pooperační období probíhalo standardně bez komplikací. S vyprazdňováním neměl dotyčný obtíže. Příjem i výdej tekutin odpovídal pooperačnímu stavu. Negativně vzpomíná na období před operací, kdy měl obavy z celkové anestézie a z bolesti. Následně byl rád, že už má výkon za sebou, a byl příjemně překvapen, jak rychle působí leky proti bolesti. Oporou v tomto pooperační období respondentovi 1 byla hlavně jeho dcera a bratr. Posmutněle uvádí, že se s manželkou rozvedli ve zlém a proto se mu ani v tuto chvíli neozvala, aby se zeptala, jak se mu daří. Na respondentovi 1 je viditelné zklamání. Co se týká jeho vnímání budoucnosti, odpovídá, že teď už nemá strach z toho, co bude, bylo mu vysvětleno, že se dá kvalitně žít i s jednou ledvinou. Jediné, co mu teď dělá starosti je, že nebude moci až 6 týdnů zvedat nic těžkého a on si potřebuje nasekat a nanosit dříví do „chalupy“ na zatopení. Osobně si myslí, že po nefrektomii se nebude moci tolik věnovat svému hlavnímu koníčku a tím je zahrádka. Svůj obraz těla vnímá pozitivně, nevdá mu ani velká pooperační jizva, říká, že v jeho věku už na vzhledu nezáleží.

Během hospitalizace se nejčastěji obracel s dotazy na sestry, protože s ním trávily nejvíce času. S odpověďmi byl spokojený, nikdy se neseťkal s tím, že by mu sestra odpověděla, že něco neví. Na lékaře směřoval své dotazy jenom během vizit. Veškeré informace týkající se předoperační přípravy získal v písemné i ústní formě a to jak od lékařů, tak i od sester. Každý dokument, který podepisoval, si poctivě přečetl. Zatím co informace týkající se pooperačního období mu byly poskytnuty pouze verbálně a v převážné většině sestrami. Respondent 1 uvádí, že by uvítal nějaký informační materiál pro pacienty, kteří se chystají podstoupit nefrektomii, aby věděli přesně, co je čeká a co pak budou nebo nebudou moci vykonávat za činnosti. Sám uvádí, že v době, kdy se tuto diagnózu dozvěděl, mu spoustu informací poskytl urolog, kterého pravidelně navštěvuje, ale i přesto mu některé informace vyhledala dcera na internetu.

Respondent 2

Respondent 2 je muž ve věku 70 let, se kterým byl proveden rozhovor na standardním oddělení urologie Nemocnice Písek, a.s., po provedené klasické otevřené nefrektomii. Respondent 2 byl přijat k nefrektomii pravé ledviny pro centrální tumor na hranici střední a horní třetiny ledviny. Respondent 2 je ženatý, žije s manželkou v panelovém domě, v současnosti jsou oba v důchodu. Společně mají 2 dcery, každá má dvě děti. Dotyčný dříve pracoval jako technolog. Jeho původní zaměstnání nekladlo velké nároky na fyzickou zátěž organismu. I přesto je respondent 2 již od mládí spíše štíhlé postavy, v současnosti je jeho váha 68 kg a výška 170 cm, BMI: 23,5, kategorie – normální váha. Jak sám uvádí, dříve býval mnohem štíhlejší, dokud se mohl aktivně věnovat své oblíbené jízdě na kole, nyní má diagnostikovanou gonartrózu obou kolenních kloubů. Posmutněle dodává, že pro něj jízda na kole byla v posledních letech spíše bolestivá než příjemná. Velkou neřestí respondenta 2 jsou cigarety, přiznává, že kouřit začal již ve 13 letech. Dříve vykouřil jednu krabičku denně, v posledních 15 letech omezil svůj zlovyk na 5 cigaret za den. Na otázku, zda je připraven na to, že v pooperačním režimu nebude moci kouřit, odpovídá že: „to bude boj“.

U respondenta 2 byl diagnostikován centrální tumor na hranici střední a horní třetiny pravé ledviny. U dotyčného v rodině se nikdy nevyskytlo onkologické onemocnění ledvin. Do nemocnice ho přivedla hematurie, kterou pozoroval ve večerních hodinách, ale nepůsobila mu žádné jiné obtíže, proto se rozhodl, že lékaře vyhledá druhý den ráno. Na urologické ambulanci byla respondentovi 2 provedena základní diagnostická vyšetření, hlavně USG. Uvádí, že již na ambulanci cítil, že pro něj lékař nebude mít dobré zprávy. A pak následovaly další vyšetření jako RTG, CT ledvin, scintigrafie skeletu pro vyloučení metastatických postižení. Po sdělení diagnózy byl respondentovi 2 navrhnout operační postup léčby a stanoven termín operace. S navrženým postupem souhlasil. Jak sám uvádí, v prvních chvílích po vyslechnutí diagnózy nemohl uvěřit, že tohle potkalo právě jeho. Hlavou mu proběhla zásadní otázka, jak na to bude reagovat jeho manželka.

Manželka respondenta 2 doprovázela v den příjmu na urologické oddělení. Dle jeho slov vnímal její přítomnost velice pozitivně, i když se nejednalo o jeho první

hospitalizaci ani o jeho první operační výkon. Proces přijetí na oddělení vnímal pozitivně, mile na něj zapůsobilo chování sester i nižšího zdravotnického personálu. Kladně na něj zapůsobil i fakt, že měl na pokoji mladší pacienty, než je on sám. Jediné negativum, které uvedl bylo, že lékaři se u pacienta objevili jen v době vizit a ještě na nezbytně dlouhou dobu a někdy měl respondent 2 pocit, že lékař už spěchá z pokoje pryč. Informace, které získal od sester, považoval za zcela adekvátní a přiměřené. Vyhovovalo mu, že informace mu byly poskytovány postupně a ne všechny naráz protože, jak sám říká neví, zda by byl schopný všechny informace vstřebat současně.

U respondenta 2 byla provedena pravostranná otevřená nefrektomie. Respondent 2 negativně vzpomíná na předoperační období spojené s vyprázdněním. Současně uvádí, že nerad vzpomíná na noc před operací, kdy nemohl pít, jíst a hlavně kouřit, ta noc mu přišla nekonečně dlouhá. Prášek na spaní večer před operací odmítl. Na otázku, zda měl z něčeho obavy před operací, po chvílce přemýšlení odpovídá, že největší obavy měl z toho, zda druhá ledvina dokáže plně převzít funkci za odstraněnou ledvinu. Obavy spojené s anestezií si respondent 2, dle vlastních slov nepřipouštěl, protože už byl na operaci 4x.

Pooperační období probíhalo standardně bez komplikací. Vzpomíná si, že když si pro něj sestry jely po operaci, aby ho převezly na pooperační pokoj, velmi intenzivně vnímal nerovnosti na podlaze nemocnice a otřesy spojené s převozem. S vyprazdňováním měl dotyčný mírné obtíže, ve smyslu meteorismu a obstipace. Příjem i výdej tekutin odpovídal pooperačnímu stavu. Byl mile překvapen tím, že zvládl vydržet bez cigaret do doby, než byl plně soběstačný. Pozitivně překvapen byl chováním sester po celou dobu hospitalizace a hlavně v bezprostředním pooperačním období, kdy byly velice empatické a příjemné. Velkou oporou mu po celou dobu hospitalizace byla jeho rodina, hlavně pak manželka. Co se týká budoucnosti, odpovídá, že teď už nemá obavy z toho, zda jedna ledvina dokáže plně nahradit funkci obou ledvin. Uvádí, že mu byly poskytnuty vyčerpávající informace, jak ze strany lékařů, tak i ze strany sester. Respondent 2 věří, že to nejhorší už má za sebou. Současnou změnu svého tělesného vzhledu v souvislosti s pooperační jizvou přijímá s respektem.

Obtížnější pro něj bude dodržet pooperační klidový režim, uvádí, že mu dělá starosti nechat veškerou domácí práci na manželce. Manželé jsou zvyklí si doma pomáhat.

Během hospitalizace se nejčastěji obracel se svými dotazy na sestry, protože cítil, že se může zeptat na cokoli a vždycky mu bude zdvořile odpovězeno. S odpověďmi byl spokojený, dle jeho slov mu sestry vždy řekly i něco navíc, co pro něj bylo v danou chvíli důležité. Nejvíce informací mu bylo poskytnuto verbálně. Na lékaře se obracel hlavně během lékařských vizit. Pouze v předoperačním období získal i písemné informace, které musel podepsat. Uvádí, že tyto dokumenty nečetl zcela poctivě, protože těchto dokumentů bylo hodně. Respondent 2 uvádí, že by přivítal nějaký informační materiál zahrnující veškeré informace týkající se předoperačního i pooperačního režimu určený pro pacienty, kteří mají postoupit nefrektomii, protože dle jeho slov nemá takové možnosti jako ti dnešní mladí, kteří si to najdou na internetu. Respondent 2 si žádné informace o výkonu dopředu nezjišťoval, protože považoval informace, které mu poskytl urolog za dostačující.

Respondent 3

Respondentka 3 je žena ve věku 31 let. Rozhovor s respondentkou 3 proběhl na urologickém oddělení Nemocnice Písek, a.s., 5. pooperační den po klasické otevřené nefrektomii. Mladá žena je vdaná a má dvouletého syna. V současnosti pracuje jako farmaceutická reprezentantka. Měří 172 cm, váží 58 kg, BMI: 19, kategorie – normální váha. Respondentka 3 se aktivně nevěnuje žádnému sportu, protože je pracovníčně velmi vytížená a pokud má chvíli volna, věnuje čas své rodině. V její rodině se nikdy neobjevilo onemocnění ledvin.

Dotyčná žena byla účastnicí dopravní nehody, při které došlo k ruptuře ve střední části ledviny významně zasahující dutý systém. Diagnóza zněla trauma ledviny spolu s frakturou XI. a XII. žebra vlevo. Poranění ledviny bylo dle hodnocení stanoveno na IV. stupeň (viz kapitola 1.3.1 Poranění ledvin). Dotyčné byla navrhována operační revize a byla upozorněna na to, že může dojít i k nefrektomii. Respondentka 3 by radši preferovala záchovnou operaci, ale souhlasila i s případnou nefrektomií. Při operační revizi se ukázalo rozsáhlé poranění parenchymu i dutého systému, proto lékaři provedli

levostrannou nefrektomii. Jedná se o její první operační výkon v celkové anestezii. O sdělené diagnóze dotyčná moc nepřemýšlela, ví jen, že ji všechno hrozně bolelo a přála si, aby už to bylo všechno za ní. Když se probírala z celkové anestezie, dozvěděla se, že o ledvinu přišla. Nebyla to pro ni dobrá zpráva, ale ze svého oboru věděla, že bude moci kvalitně žít i s jednou ledvinou, pokud tedy nedošlo během autonehody k poškození zbývající ledviny. Nemocniční prostředí respondentka 3 nijak zvlášť nevnímala, pouze si uvědomovala při převozu všechny nerovnosti na podlaze, protože jí způsobovaly bolest. Vzpomíná, že lékař i sestra, kteří ji přijímali, na ni byli velice milí a ohleduplní.

Respondentce 3 byla provedena otevřená levostranná nefrektomie. Pooperační období probíhalo bez větších komplikací. Dotyčná byla limitována pohybem díky fraktuře žeber. Celková rekonvalescence proto byla o něco složitější a náročnější. Pooperační příjem a výdej tekutin odpovídal pooperačnímu stavu. S vyprazdňováním neměla dotyčná problémy. Na otázku zda měla z něčeho obavy, odpovídá, že: „když ji přivezli, přála si mít výkon už za sebou a strach nebo obavy si nepřipouštěla.“ Po výkonu už měla dotyčná možnost přemýšlet o budoucnosti. Hlavou se jí honila spousta myšlenek, jako např. jak manžel zvládne péči o syna, jak hodně bude narušený jejich rodinný rozpočet, když bude v nemocnici a poté doma nebo zda nebude muset změnit zaměstnání. Tuto práci dělá už 7 let a je v neustálém stresu, někde na cestách a pořád se potýká s nedostatkem času. Manžel jí byl v tuto chvíli velkou oporou a rád slyšel, že se rozhodla domluvit se v práci na menším pracovním tempu, aby měla čas na výchovu syna a na něj. Respondentka 3 si myslí, že nefrektomie ji nebude nijak zvlášť omezovat ve vykonávání povolání, ale přiznává, že bude muset ubrat „plyn“. Co se týká vnímání budoucnosti doufá, že vše bude v pořádku a ona nebude ve svém životě nějak výrazně limitována. Na velkou operační jizvu pohlíží s respektem, ale přiznává, že jí operační rána vadí. Dle jejích slov je dost velká a ještě neví, jak na ni bude reagovat manžel, protože v danou chvíli je rád, že autonehoda nedopadla hůř. Po chvílce přemýšlení dodává, že je ráda, že jsou v módě opět jednoduché plavky.

Pamatuje si, že sled informací i událostí byl před výkonem velice rychlý, ale i přesto s ní měl lékař i sestry velkou trpělivost a byli laskaví. Informované souhlasí

nečetla, neměla na to sílu, byla ráda, že je schopna udržet tužku a podepsat se. Po výkonu jí byly některé informace znovu zdůrazněny a osvětleny. Podané informace byly srozumitelné a přiměřené. V pooperačním období se hodně obracela s dotazy i s žádostmi na sestry. Dodává, že se po celou dobu neseťkala s tím, že by byla některá nepříjemná nebo neochotná. S jejími dotazy si sestry vždy dokázaly poradit. Na otázku, zda by uvítala nějaký informační materiál pro pacienty po nefrektomii, aby věděli co je po výkonu čeká, odpovídá, že ne, stačili jí informace, které získala od lékařů a sester.

Respondent 4

Respondent 4 je muž ve věku 61 let. Rozhovor s ním proběhl 2 měsíce po jednostranné klasické nefrektomii, která byla provedena v Nemocnici Písek, a.s. S výkonem souhlasil na doporučení svého urologa a praktického lékaře. Respondent 4 je ženatý a společně se svou manželkou žijí v rodinném domě. Respondent 4 má 2 syny, jeden žije s rodinou v Německu a druhý se usadil v Brně. Dotyčný pracuje jako hospodský v místním hostinci. Toto povolání vykonává téměř 30 let. Svou práci má velmi rád, baví ho kontakt s lidmi. Jediné, co mu na jeho práci vadí, je neustále zakouřené prostředí. Respondent 4 dříve patřil mezi kuřáky, ale v současné době je to už 12 let, kdy přestal s nikotinismem. Dodává, že z počátku pro něj bylo velmi těžké pohybovat se v zakouřeném prostředí, k tomuto rozhodnutí ho donutily zdravotní problémy. Respondent 4 udává, že začínal mít velké problémy s dýcháním a měl vysoký krevní tlak. Proto přestal kouřit a také se snažil změnit i svůj jídelníček a „nějaké to kilo shodit“. To se mu sice podařilo, ale i přesto měří 178 cm a váží 89 kg, BMI : 28, kategorie – nadváha. Vysoký tlak má stále, ale hodnoty již nejsou tak alarmující. Aktuální hodnoty krevního tlaku jsou 143/93 mm Hg. Dodává, že i když „nějaké to kilo shodil“ a tlak mu o něco klesl, tak i přesto si nedokáže odepřít masné výrobky, které má velmi rád. Uznává, že si uvědomuje rizika spojená s tímto druhem potravin, ale dle jeho slov, se snaží jíst i zdravé potraviny, jako ovoce, zeleninu či drůbeží maso. Na otázku, zda vykonává nějaký druh sportu či nějakou pohybovou aktivitu, dodává, že v práci má pohybu dost a veškerý zbylý čas věnuje práci okolo domu. V mládí se věnoval fotbalu, ale jak léta a váha přibývala a kondice ubývala, tak postupně od fotbalu ustoupil.

U respondenta 4 byl diagnostikován tumor levé ledviny v dolním pólu ledviny. Nález byl náhodný a prvotní příznaky asymptomatické. Respondent 4 šel na pravidelnou kontrolu ke svému praktickému lékaři, kde mu mimo jiné odebrali vzorky krve a moče. U respondenta 4 byla diagnostikována anémie a mikroskopická hematurie. Proto následovala další vyšetření včetně USG, která poukázala na nález na levé ledvině. Na sdělení diagnózy reagoval s obavami o budoucnost, napadlo ho, kolik mu asi zbývá času. Udává, že jeho otec měl také karcinom ledviny a nakonec zemřel na následky tohoto onemocnění. Respondent 4 pečlivě vyslechl informace o onemocnění a o možnostech léčby. Dle jeho slov ho lékař ujistil, že v současné době jsou zcela jiné možnosti než před 20 lety, kdy na toto onemocnění zemřel jeho otec. Ještě dodává, že jeho onemocnění bylo zachyceno relativně brzy, proto nedošlo k metastatickému procesu. Respondent 4 s navrženou léčbou souhlasil.

V den plánovaného příjmu dorazil respondent 4 v doprovodu manželky. Udává, že byl velmi rád, že je mu v dané chvíli manželka oporou, protože se mu hlavou honily neustále vzpomínky na otce. Nemocniční prostředí na něj působilo velmi cizí a neosobně. Jednalo se u něj o první hospitalizaci spojenou s operačním výkonem. V minulosti byl hospitalizován na interním oddělení kvůli hypertenzi. Pozitivně na něj působil přístup sester i lékařů. Dodává, že nečekal takto milý a lidský přístup ze strany personálu, který mu také pomáhal zvládat jeho obavy. Množství informací bylo dle slov respondenta 4 úměrné dané situaci. Udává, že informace byly doplňovány v průběhu celé hospitalizace avšak nejvíce informací získal na úplném počátku v době příjmu a to ze strany lékařů i sester. Respondent 4 byl na pokoji s pacientem, který měl tento operační výkon již za sebou, a tak hodně informací a zkušeností čerpal i od něj.

U respondenta 4 byla doporučena revize levé ledviny, která následně skončila levostrannou nefrektomií provedenou klasickým otevřeným způsobem. Pooperační období proběhlo bez komplikací. S vyprazdňováním neměl dotyčný obtíže. Příjem i výdej tekutin odpovídal pooperačnímu stavu. Největší obavy pociťoval respondent 4 ze samostatného výkonu a z toho, co bude po operaci. Zda opravdu všechno proběhne, tak jak lékaři a sestry předesílali. Z anestézie respondent 4 strach neměl, spíše se obával rizik spojených s operačním výkonem, které naštěstí nenastaly. Mile byl překvapen

přístupem sester, které neustále zjišťovaly, zda jsou uspokojeny jeho aktuální potřeby a zda necítí bolest. Dodává, že si nikdy neuvědomoval, jak může být milé slovo nebo úsměv v daném stavu důležitý. Velkou oporou mu byla po celou dobu hospitalizace jeho manželka, dodává že se velice těšil na čas návštěv. Současnou změnu svého tělesného vzhledu v souvislosti s operační jizvou hodnotí jako nezbytně nutnou. Pooperační jizva mu nevadí. Spíše má obavy z toho, zda i nadále bude moci působit jako hostinský, dodává že tato práce vyžaduje určitou fyzickou sílu a čas. Pracuje 6 dní v týdnu často i pozdě do noci. Na otázku týkající se budoucnosti podotýká, že opravdu věří lékařům a bude dodržovat veškeré pokyny, které mu budou doporučeny. Věří, že dnešní možnosti léčby jsou opravdu jiné než v době, kdy onemocněl jeho otec.

Co se týká otázek, které v průběhu hospitalizace měl, nejčastěji se obracel na sestry, protože dle jeho slov byly neustále na blízku. S odpovědí byl vždy spokojen, udává, že si myslí, že informace mu byly zprostředkovány pro něj ve srozumitelném jazyce. Na lékaře moc dotazů neměl, protože dle slov jeho mu byly poskytnuty vyčerpávající informace ze strany lékařů během příjmů a před operací. Nejvíce informací získal verbální formou. Pouze v předoperačním období získal, písemné informace, které si pečlivě přečetl a až poté podepsal. Přiznává, že nejhůře se mu podepisoval informovaný souhlas týkající se operačního výkonu a rizik s ním spojených. Na otázku zda, by uvítal nějaký informační materiál určený pacientům, odpoví, že určitě ano, protože pro něj bylo nejhůřší období než nastoupil do nemocnice. Říká, že takovýto materiál by mu pomohl dát odpovědi na otázky, které mu byly zodpovězeny až při příjmu. Žádné jiné informace si před výkonem nezjišťoval.

Respondent 5

Respondentka 5 je žena ve věku 73 let. Rozhovor s ní proběhl 6 dní po klasické otevřené nefrektomii vpravo na urologickém oddělení Nemocnice Písek, a.s. S výkonem souhlasila na doporučení urologa. Respondentka 5 je rozvedená přes 20 let. S manželem vychovala 4 děti, 2 dcery a 2 syny. Dnes má 8 vnoučat a 2 pravnoučata. Bohužel všechny její děti žijí poměrně daleko od ní. Dotyčná pochází ze severních Čech, kde pracovala jako laborantka, ale pak šli s manželem na jih Čech, kde už takové

místo nesehnala. Proto musela vzít zavděk prací v kravíně, kde nakonec pracovala 20 let. Respondentka 5 dodává, že práce byla velice fyzicky náročná. I přesto je dotyčná obézní postavy, měří 168 cm a váží 110 kg, BMI: 38 – kategorie obezita. Respondentka 5 se léčí s hypertenzí a je diabetička na dietě. Dotyčná je nekuřačka. Sportovní aktivitu vykonávala až do svatby, kdy navštěvovala od 5 do 19 let sdružení Sokol. V její rodině se nikdy nevyskytlo onemocnění ledvin.

U respondentky 5 byl v roce 2011 diagnostikován tumor pravé ledviny, kdy už v té době byl prakticky vyloučen zachovný výkon na pravé ledvině. Respondentka 5 dlouhodobě odmítala operační výkon až doposud. Aktuální vyšetření ukázala tumor pravé ledviny s trombem v jedné z renálních žil. Sdělení diagnózy pro ni bylo šokující. Nemohla uvěřit tomu, že se tohle přihodilo zrovna jí. Nicméně i po vyslechnutí veškerých rad a doporučení se rozhodla, že výkon zatím nepodstoupí. Říká, že uvažovala o tom zda v jejím věku má ještě cenu podstupovat takovou operaci. Svě rozhodnutí odkládala téměř rok. Po celou tu dobu to neřekla nikomu z rodiny. Pro operaci se rozhodla po domluvě s urologickým lékařem na pravidelné kontrole. Respondentka 5 se nechala přesvědčit na základě lékařových argumentů o nutnosti odstranění nádoru i s celou ledvinou.

Na plánovaný příjem dorazila v doprovodu jedné z dcer. Její přítomnost vnímala velice pozitivně během čekání na příjem ji uklidňovala a dodávala odvalu. U dotyčné se jednalo o druhý operační výkon. Proces přijetí na oddělení vnímala pacientka pozitivně. Oddělení již znala z dřívější hospitalizace. Pozitivně hodnotila přístup sester a lékařů, kteří na ni působili velice profesionálně a také jí pomáhali zvládat obavy a podporovali ji po celou dobu hospitalizace. Při příjmu získala respondentka 5 přiměřené množství informací, které byla schopna vstřebat.

U respondentky 5 byla provedena klasická otevřená nefrektomie vpravo. Pooperační období probíhalo bez komplikací. S vyprazdňováním měla dotyčná mírné obtíže, ve smyslu meteorismu a obstipace. Příjem i výdej tekutin odpovídal pooperačnímu stavu. Rána se hojila dobře i přes diabetickou anamnézu. Největší obavy měla respondentka 5 z pooperačního období, kdy, jak byla informována, bude muset dodržovat klidový režim na lůžku. Jak sama dodává, není zvyklá se „povalovat“. Další

obavy měla z toho, aby necítila po operaci velkou bolest. V pooperačním období byla překvapená tím, že bolest byla minimální a pokud jí rána začala bolet, okamžitě dostala analgetika, která zabírala velice rychle. Velkou oporou jí v pooperačním období byla dcera, která za ní jezdila, jak jen to bylo možné. Se zbytkem rodiny byla v kontaktu pouze telefonicky. Co se týká vnímání budoucnosti dodává, že má strach pořád, ale věří, že teď už to bude dobré. Jediné, co jí dělá starosti je to, jak zvládne veškerou práci okolo chalupy, když teď nebude moci dělat nic náročného. Dodává, že jí bude muset pomoci dcera. Pooperační jizva jí nevádí, dodává, že jizva je to nejmenší z celého toho koloběhu.

Během hospitalizace směřovala respondentka 5 nejvíce otázek na sestry, protože jí všechny přišly moc milé a trávily s ní nejvíce času. Lékařů se ptala pouze v době vizit a převazů. Velkou část veškerých informací získala respondentka 5 verbální formou. Říká, že jí to tak samotné velmi vyhovovalo, protože když si vzpomene na to množství papírů, které musela podepsat a číst, tak potom více vítala informace, které byly zprostředkované verbálně. Informované souhlasy se snažila zpočátku číst poctivě, ale protože jich bylo hodně, tak ke konci už je jen bez čtení podepsala. Na otázku zda, by uvítala nějaký informační materiál určený pro pacienty jako je ona, odpovídá, že ano, protože by se možná díky tomu „rozhoupala“ k operaci mnohem dřív.

Respondent 6

Respondent 6 je muž ve věku 70 let. Rozhovor s respondentem 6 proběhl 3 dny po laparoskopické nefrektomii na urologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Respondent 6 je ženatý, děti nemá. Manželku si bral v 50 letech. Od 61 let je v důchodu. Dříve se živil jako zámečnický, dle jeho slov byla práce fyzicky náročná, protože k práci zámečnicka patřila i oprava a převozy několika tunových elektromotorů, které se přemísťovaly pomocí jednoduché kladky. Respondent 6 měří 181 cm a váží 81 kg, BMI: 24, kategorie – normální váha. Dotyčný uvádí, že celý život sportoval a sportuje i v tomto věku. Jeho velkou láskou je fotbal a hokej, kterému se aktivně věnoval. Další jeho vášní jsou cigarety, kouří od 20 let 1 krabičku denně. V jeho rodině

se nikdy nevyskytlo onkologické onemocnění ledvin, pouze jeho matka trpěla na močové konkrementy.

V roce 2010 byl u respondenta 6 nalezen adenom levé ledviny, pro který byl sledován. Na konci roku 2011 bylo provedeno srovnávací CT, ukázalo se, že došlo k rozsáhlé expanzi. Proto mu bylo doporučeno podstoupit operační odstranění levé ledviny. Dle slov dotyčného nebylo sdělení diagnózy šokující. Sám o sobě říká, že je: „optimista, takže kdyby si měl všechno brát, tak nedělá nic jiného, než že něco řeší.“ Dotyčný maximálně důvěřoval lékařům a ostatnímu personálu, že vše dopadne tak, jak má. Na plánovaný příjem dorazil sám bez doprovodu manželky, protože ta byla v práci. Nemocniční prostředí na něj nepůsobilo negativně ani v něm nevyvolávalo obavy. Dotyčný byl v nemocnici hospitalizován již několikrát. Laparoskopická nefrektomie je jeho 6. operační výkon. Pozitivně hodnotí jednání sester a ostatního personálu, protože se chovali velice mile. Při příjmu získal respondent 6 informace, které mu byly sdělovány postupně a v přiměřené míře, takže je dokázal vstřebat.

U respondenta 6 byla provedena laparoskopická nefrektomie vlevo. Pooperační období probíhalo bez komplikací. Příjem i výdej tekutin byl v normě. S vyprazdňováním měl dotyčný mírné problémy, ve smyslu meteorismu a obstipace. Třetí pooperační den byl dotyčný propuštěn domů. Na otázku, z čeho měl obavy nebo strach, odpovídá, že: „, strach neměl z ničeho, protože to nebyl první operační výkon.“ Jediné, co mu dělalo starosti, bylo kdy půjde domů a dodržování 6 týdenního klidového režimu. Dle jeho slov není zvyklý být takhle dlouho v klidu, bude mu chybět sportovní aktivita. Oporou v pooperačním období respondentovi 6 byla manželka, která ho navštěvovala každý den. Co se týká budoucnosti udává, že strach nemá, považuje se za optimistu, takže věří v dobrý výsledek. Drobné pooperační jizvy mu vůbec nevadí, ale je rád, že nemusí mít dlouhou jizvu jako po klasické otevřené nefrektomii.

Nejvíce informací získal respondent 6 od sester, které ho informovaly v průběhu celé hospitalizace. Informován byl především verbální formou. Písemně dostal pouze informované souhlasy při příjmu, se kterými ho seznámil lékař. Jak sám přiznává, informace nepročítal, považoval za dostačující informace, které k tomu získal verbálně. Na otázku, zda by uvítal nějaký informační materiál pro pacienty před a po nefrektomii,

odpovídá, že pravděpodobně ne. Vysvětluje to tím, že považoval za dostačující informace, které získal od svého urologa, jenž mu doporučil nefrektomii.

Respondent 7

Respondent 7 je muž ve věku 74 let. Rozhovor s ním proběhl na urologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., 4. den po levostranné laparoskopické nefrektomii. Dotyčný je ženatý a se svou manželkou vychoval 3 děti a nyní má 4 vnoučata. V důchodu je od 60 let, dříve pracoval jako řidič z povolání a posledních 7 let před důchodem pracoval v papírně jako skladník. Respondent 7 měří 182 cm a váží 115 kg, BMI: 34, kategorie – obezita. S nadváhou prý bojuje celý život. Vztah ke sportu dotyčný nikdy neměl, jeho hlavním koníčkem vždy byla práce na zahradě a auta. Respondent 7 dlouhá léta kouřil, až ho zdravotní problémy před 10 lety donutily přestat. V rodině dotazovaného se nikdy nevyskytlo onemocnění ledvin.

K lékaři ho přivedla hematurie, do té doby nezaznamenal žádné jiné příznaky. Pomocí vyšetřovacích metod byl u dotyčného diagnostikován tumor horního pólu levé ledviny. Byla mu navržena operační léčba, tedy laparoskopická nefrektomie. Dotyčný souhlasil s doporučením lékaře. Jedná se o jeho první operační výkon, který podstoupil za celý svůj život. Dle jeho slov pro něj bylo sdělení diagnózy nečekané, očekával, že po návštěvě lékaře dostane nějaké tabletky, a ne, že bude muset jít na operaci. Velkou oporou mu v této chvíli byla manželka a celá jeho rodina. Respondent 7 měl jen velmi málo času se s tímto novým faktem vnitřně srovnat, ale, jak sám říká, možná je to lepší, protože alespoň neměl tolik času o své situaci přemýšlet. Jinak dodává, že nemocniční prostředí na něj působilo dobře, nevyvolávalo v něm nějaké negativní pocity. Pozitivně hodnotí jednání lékařů, sester i nižšího personálu. Vždy na něj byli příjemní a milí.

Respondentovi 7 byla provedena levostranná laparoskopická nefrektomie. Operační výkon proběhl bez komplikací, pouze po výkonu, kdy mu byl vyndán permanentní močový katétr, měl respondent 7 přechodné problémy s močením, ve smyslu anurie. S vyprazdňováním stolice měl dotyčný mírné obtíže, ve smyslu meteorismu a obstipace. Příjem i výdej tekutin odpovídal pooperačnímu stavu. Na otázku, zda měl z něčeho obavy, odpovídá, že: „obavy měl z operačního výkonu a z celkové nejistoty, protože

všechno se to seběhlo tak rychle.“ Také mu dělalo starosti pobyt na JIP, protože nikdy nebyl napojený na monitor a další přístroje či „kabely“. Nakonec dodává, že pobyt na JIP strašně rychle utekl, protože hodně času prospal a napojení na monitor atd. mu vůbec nevadilo. Velkou oporou po celou dobu hospitalizace je pro něj rodina, dodává, že za ním každý den někdo přijde na návštěvu, z čehož má radost, protože mu alespoň čas rychleji utíká. Co se týká budoucnosti, udává, že určité obavy má, ale věří, že to nejhorší už má za sebou. Drobné pooperační jizvy mu nevadí a dodává, že by mu asi ani nevadila velká jizva po otevřené nefrektomii. Důležitější je výsledek a ne vzhled.

Nejvíce informací získal respondent 7 od lékařů. Přiznává, že informací na něj bylo hodně, ale lékař mu vše vysvětlil srozumitelně. Sester se hodně dotazoval ráno před operací a poté na JIP, informace mu také byly podány srozumitelnou formou. Informován byl především verbální formou. V neverbální formě získal informované souhlasy, které si poctivě přečetl a až poté podepsal. Na otázku, zda by uvítal nějaký informační materiál pro pacienty před a po nefrektomii, odpovídá, že pravděpodobně ne, protože považoval za dostačující informace, které získal od lékaře, sester a které si přečetl v souhlasu s operací.

Respondent 8

Respondent 8 je muž ve věku 55 let. Rozhovor proběhl na urologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., 3. pooperační den po laparoskopické nefrektomii vpravo. Dotyčný je rozvedený, má 2 dcery a 1 vnuka. V současnosti má přítelkyni, se kterou je 6 let. Fyzicky náročné zaměstnání respondent 8 nemá, pracuje jako městský policista. Naopak dodává, že by potřeboval větší fyzickou zátěž, protože se už léta trápí s nadváhou. Dotyčný měří 173 cm, váží 85 kg, BMI: 28, kategorie – nadváha. Jediný sport, kterému v mládí propadl, byl ping pong, kterému se v současnosti již nevěnuje. Respondent 8 je nekuřák a léčí se s hypertenzí. V jeho rodině se nikdy nevyskytlo onemocnění ledvin.

Diagnóza renální karcinom dolního pólu ledviny byla stanovena při USG vyšetření, které bylo indikováno v souvislosti s cholecystolitiazou. Jednalo se tedy o náhodný nález, respondent 8 neměl do té doby žádné příznaky. Byla mu navržena operační

lčba – tedy laparoskopická nefrektomie, se kterou následně souhlasil. Jedná se o jeho druhý operační výkon v celkové anestezii. Sdělení diagnózy bylo pro respondenta 8 šokující, očekával, že se dozví pouze o žlučových konkrementech a ne tohle. Jako první ho napadla myšlenka, jak to bude s jeho prací, protože jeho přítelkyně je momentálně nezaměstnaná, takže jejich rozpočet bude velmi napjatý. Naštěstí byl upozorněn na to, že jeho prognóza je velmi dobrá a bude se moci vrátit do práce relativně brzy. Velkou oporou mu v této době byla přítelkyně a děti, přítelkyně ho podporovala i v době příjmu. Nemocniční prostředí na dotyčného nepůsobilo moc dobře. Nemocnici má spojenou se svým dětstvím, kdy velmi často „stonal“ a musel proto být několikrát hospitalizován. Dodává, že se to prostředí dnes a tenkrát nedá srovnat, ale i přesto to tak má v hlavě zachované. Mile ho překvapilo jednání lékařů, sester i nižšího zdravotnického personálu.

Respondentovi 8 byla provedena pravostranná laparoskopická nefrektomie. Vše proběhlo bez komplikací. S vyprazdňováním měl dotýčný mírné obtíže, ve smyslu meteorismu a obstipace. Příjem i výdej tekutin odpovídal pooperačnímu stavu. Na otázku, zda měl z něčeho obavy, odpovídá, že: „se hrozně bál, aby mu lékaři neřekli, že nádor se dostal ještě do okolních tkání. A také se bál toho, jak bude po výkonu odkázaný na pomoc sester“. Nakonec dodává, že nesoběstačný byl jen první pooperační den a poté už se to velmi rychle zlepšovalo. Oporou pro něj v tuto chvíli byla přítelkyně, která za ním docházela každý den a dokonce si našla práci, což mu udělalo velkou radost. Co se týká budoucnosti, odpovídá, že má strach, kterého se zřejmě nezbaví do té doby, než půjde na kontrolu po výkonu a neuslyší z úst lékaře, že je vše v pořádku. Drobné pooperační jizvy mu nevadí, ale je rád, že nemá velkou operační jizvu, jako u otevřené nefrektomie.

Zpočátku dostal nejvíce informací od lékařů, a to jak v době sdělení diagnózy, tak v době plánovaného příjmu. Přiznává, že informací bylo hodně, ale on sám si před přijetím vyhledal některé informace na internetu, takže již věděl, co ho čeká. V průběhu hospitalizace mu hodně informací poskytly sestry. S odpověďmi byl spokojený, přišly mu srozumitelné a adekvátní dané situaci. Dodává, že sester se dotazoval hlavně před výkonem a bezprostředně po něm. Písemné informace získal v podobě předoperačních

souhlasů, které si pozorně přečetl, i když informace od přijímací lékaře byly vyčerpávající. Na otázku, zda by uvítal nějaký informační materiál pro pacienty před a po nefrektomii, odpovídá, že pravděpodobně ne, protože získal hodně informací od lékaře a z internetu.

Respondent 9

Respondentka 9 je žena ve věku 54 let. Rozhovor proběhl na standardním oddělení urologie Nemocnice České Budějovice, a.s., již po provedené laparoskopické pravostranné nefrektomii. K výkonu byla přijata na doporučení svého urologa. Respondentka 9 je vdaná, společně s manželem žijí v rodinném domě. Mají 3 děti, 2 syny a 1 dceru. Radost jim dělá především dvouletá vnučka a nejmladší syn, který letos končí studium na ČVUT. Dotyčná pracuje jako dělnice v továrně v místní průmyslové zóně vyrábějící autodílny pro zahraniční automobilovou firmu. Tento druh práce je náročný hlavně po fyzické stránce. Respondentka 9 má na starosti potahovou úpravu sedadel do automobilu. Práce je vykonávána na tři směny. Nejvíce náročné jsou pro dotazovanou noční směny. Dodává, že po noční směně má problémy se spánkem. Respondentka 9 měří 165 cm, váží 85 kg, BMI: 31, kategorii – obezita. Mimo jiné se léčí s hypertenzí. Jak sama dodává, zamlada bývala relativně štíhlá, její váha se pak zhoupla po dětech, kdy ani jednou nedokázala zhubnout to, co během těhotenství nabrala. Posmutnělá dodává, že zkoušela různé diety, ale většinu bez efektu. Je si vědoma toho, že základem je zdravý jídelníček a pohyb, ale přiznává, že má velice ráda masné výrobky. Sportovní aktivitu nevyhledává, většinou jezdí autem a jediný pohyb, který vykonává, je okolo domu a na zahradce.

U respondentky 9 byl diagnostikován tumor horního pólu pravé ledviny. Mezi hlavní příznaky patřily opakované dysurie, pro které byla důkladně vyšetřena urologem. Konečný verdikt zněl – tumor ledviny. Respondenta 9 udává, že se jí při sdělení diagnózy úplně zatmělo před očima a v podstatě už dál nevnímala další informace, které jí lékař sděloval. Hlavou se jí mihla hlavní otázka – „proč právě já?“ a následně ji napadlo, zda se uzdraví, protože mají jednoho syna na vysoké škole a ještě mají 5 let

splácet hypotéku na dům. Respondentce 9 byla navržena nefrektomie, s výkonem souhlasila.

V den příjmu na oddělení přišla respondentka 9 sama, uvádí, že by uvítala, kdyby ji doprovázel manžel nebo někdo blízký, ale bohužel se nemohl uvolnit z práce. Přiznává, že měla obavy z neznámého prostředí, nevěděla, co ji čeká. Proto ocenila přístup sester, které se na její obavy dotazovaly a pomáhaly jí s jejich překonáváním. Negativně vzpomíná na množství informací, které jí byly sděleny při příjmu. Dle jejích slov bylo informací příliš a nedokázala je všechny vstřebat během krátké chvíle. O to více se pak věnovala pročitání informovaných souhlasů týkajících se operace, předoperační přípravy, anestézie atd. Veškeré dokumenty si přečetla velmi důkladně a až poté je podepsala. Doplňující informace jí poskytnuly sestry nebo lékař. Ale uvedla, že lékaře viděla jen v době vizit. Jedná se o její druhý operační výkon, před 7 lety byla na operaci žlučníku.

U dotyčné byla provedena pravostranná laparoskopická nefrektomie. Pooperační období probíhalo bez větších komplikací, pouze musela být u respondentky 9 o něco delší monitorace fyziologických funkcí a provedena změna medikace antihypertenziv, v souvislosti s vysokým krevním tlakem. S vyprazdňováním měla dotyčná obtíže ve smyslu meteorismu a obstipace. Příjem i výdej tekutin odpovídal pooperačnímu stavu. Na otázku, zda pociťovala před výkonem obavy, odvětlí, že nejvíc se bála samotné operace a celkové anestezie. Po výkonu byla ráda, že vše proběhlo, tak jak mělo, a že jí není s anestezie nevolno. Byla překvapena tím, že v danou chvíli necítila bolest. S úctou vzpomíná na ochotu a vlídnost sester, které se oni v pooperačním období staraly. Dodává, že se ani jednou nesetkala s tím, že by byla nějaká sestra nepříjemná nebo neochotná. Současnou změnu svého vzhledu v souvislosti s drobnými pooperačními jizvami vnímá jako nutné zlo, ale nevadí jí. S úsměvem dodává, že při její tělesné konzistenci nebudou jizvičky viditelné. Je ráda, že neschopnost nebude trvat déle jak 2 - 3 měsíce, protože, jak už bylo zmiňováno výše, splácí hypotéku a syna mají na vysoké škole. Upřímně věří, že i nadále bude moci vykonávat svoje dosavadní zaměstnání a kdyby přeci jen ne, tak ve firmě, kde je zaměstnaná by neměl být problém přearařit ji na jiné, méně náročné pracovní místo.

Se svými dotazy se během hospitalizace nejčastěji obracela na sestry, jak sama říká, našla u nich vždy pochopení a odpověď, které rozuměla. U lékařů se jí občas stalo, že na ni mluvili moc odborně a dotyčná z toho nebyla moc „moudrá“. Proto se pak dožadovala srozumitelnějšího překladu právě u sester. Informace pro ni byly dostačující a přiměřené. Nejvíce informací jí bylo poskytnuto verbální formou, pouze v předoperačním období získala písemné informace. Na otázku, zda by uvítala nějaký informační materiál určený pacientům s indikací k nefrektomii, odpovídá že pravděpodobně ano. I když hodně informací o výkonu a celkové léčbě jí našla dcera na internetu. Přiznává, že nejužitečnější informace pro ni byly internetové diskuze lidí, kteří již mají nefrektomii za sebou a píšou, že i nadále žijí stejně kvalitně. Na závěr dodává, že měla největší obavy z toho, aby nemusela na chemoterapii. Je šťastná, že se v současnosti cítí relativně dobře, a věří, že vše dobře dopadne.

Respondent 10

Respondent 10 je muž ve věku 50 let. Rozhovor proběhl na urologickém oddělení nemocnice České Budějovice, a.s., 4. pooperační den po laparoskopické levostranné nefrektomii. Respondent 10 je ženatý a má 2 syny. Jeho práce je fyzicky náročná, pracuje jako zedník cca 9 - 10 hodin denně. Dotyčný je štíhlé postavy měří 176 cm, váží 60 kg, BMI: 21, kategorie – normální váha. Respondent 10 býval silný kuřák, ještě před 10 lety vykouřil 1 krabičku denně, v současnosti vykouří cca 5 - 10 cigaret/den. Hokej je jeho velkou láskou, v mládí hrával hokej profesionálně, ale jeho talent nebyl tak velký, aby to dotáhl dál. Svě sny si plní prostřednictvím svých synů, kteří oba hrají hokej a studují střední školu mimo rodné město. V jeho rodině se nikdy nevyskytlo onkologické onemocnění ledvin.

U respondenta 10 byl diagnostikován cystický tumor levé ledviny. Respondenta 10 přivedla k lékaři dysurie. Dotyčný byl sonograficky vyšetřen a dle nálezu bylo indikováno také CT, které potvrdilo lékařův úsudek na cystický tumor. Sdělení diagnózy bylo velmi nečekané, ale i přesto okamžitě souhlasil s navrhovanou léčbou, tedy s laparoskopickou nefrektomií. První myšlenka poté, co mu bylo vysvětleno, že nebude v životě nějak významně limitován, byla, jak rodina zvládne období, kdy

nebude chodit do práce, protože je hlavním živitelem rodiny a oba jeho synové hrají hokej a studují, což je finančně velmi náročné. Další, co ho napadlo bylo, zda se opravdu nádor nerozšířil do okolí.

Na plánovaný příjem dorazil v doprovodu manželky, jak sám řekl, byl velmi rád, že měl doprovod, protože má k nemocnicím vnitřní odpor. Oba jeho rodiče zemřeli v nemocnici. Nemocniční prostředí na něj působilo čistě, ale celková atmosféra působila trochu chaoticky. Celkové prostředí v něm vyvolávalo stísněné pocity asi i z toho důvodu, že se jedná o jeho první operační zákrok v celkové anestezii. Jak sám říká, lékaře moc nevyhledává. Pozitivně ohodnotil chování a komunikaci sester i lékařů. Chovali se k němu mile a opakovaně se dotazovali, zda všemu porozuměl.

U respondenta 10 byla provedena laparoskopická nefrektomie vlevo. Pooperační období bylo zkomplikováno infekcí močových cest v souvislosti s permanentním močovým katétrem. Příjem i výdej tekutin odpovídal pooperačnímu stavu. Problémy s vyprazdňováním měl dotyčný ve smyslu meteorismu, proto mu byla zaváděna rektální rourka. 5. pooperační den byl dotyčný propuštěn domů. Na otázku, z čeho měl obavy nebo strach, odpovídá že: „ se strašně bál, aby se celý ten výkon nějak nezkomplikoval, také se bál celkové anestezie, protože se jednalo o jeho první anestezii v životě“. A další věc, ze které měl strach byla, že nevydrží bez cigaret. Oporou po celou dobu hospitalizace pro dotyčného byla rodina. Co se týká budoucnosti, udává, že starosti mu dělá to, že bude muset 6 týdnů odpočívat a později se v práci také šetřit, protože jeho práce je fyzicky náročná. Drobné pooperační jizvy mu nevadí, ale je rád, že nemá velkou pooperační jizvu jako po otevřené nefrektomii.

Nejvíce informací získal respondent 10 od svého lékaře a také od urologických sester, na které směřoval své otázky nejčastěji. Hlavně ho zajímalo, kde bude po operaci uložen a kdy bude moci pít, jíst a také kouřit. Informován byl především verbální formou. Neverbálně obdržel pouze informované souhlasy, které dle jeho slov stejně nečetl. Na otázku, zda by uvítal nějaký informační materiál pro pacienty před a po nefrektomii, odpovídá, že pravděpodobně ne. Vysvětluje to tím, že považoval za dostačující informace, které získal od svého urologa, který mu doporučil nefrektomii.

4.3 Výsledky rozhovorů se sestrami

Rozhovor 1

Rozhovor se sestrou 1 proběhl na urologickém oddělení Nemocnice Písek, a.s. Sestra 1 ve věku 26 let má vystudovanou Střední zdravotnickou školu, ukončené bakalářské studium na JČU a v současné době pracuje na urologickém oddělení 2 roky. Předtím pracovala 1,5 roku na urologickém oddělení ÚVN.

Jaká je nejčastější indikace k nefrektomii?

„Nejčastější příčinou, která vede k nefrektomii, zpravidla bývá onkologické onemocnění ledvin, tzv. renální karcinom. Další příčinou mohou být vážné úrazy anebo genetická onemocnění ledvin. Problém nastává, pokud má pacient pouze jednu tzv. solitární ledvinu.“

„Na našem oddělení se provádí zatím jenom klasická otevřená nefrektomie, protože nemáme dostatečné přístrojové vybavení, které je nezbytné pro laparoskopickou nefrektomii. V současnosti se provádí nefrektomie poměrně často. Je období, kdy je třeba 7 nefrektomií do měsíce, někdy naopak třeba jen jedna. Důvodem je, že jsme poměrně malé oddělení, proto někteří spádoví pacienti volí raději větší nemocnici, nejčastěji České Budějovice.“

S jakými otázkami se na Vás pacienti před nefrektomií nejčastěji obracejí?

„Mezi hlavní otázky patří, zda je možné žít kvalitně i s jednou ledvinou. Snažím se pacienty ubezpečit v tom, že celá řada lidí podstoupila tuto operaci již před nimi a fungují prakticky normálně jako před nefrektomií. Samozřejmě tyto obavy chápu, protože ve většině případů se jedná o starší ročníky, kteří nemají moc v lásce moderní techniku jako je internet, proto nevyhledávají potřebné informace a spoléhají pouze na to, co jim řekne lékař nebo my, sestry.“

„Další otázky, se kterými se u pacientů setkávám, jsou jak dlouho nebudou moci vykonávat fyzickou práci nebo zda se ještě bude moci vrátit do původního zaměstnání. V podstatě každý může i nadále vykonávat své povolání pokud se tedy nejedná o vysoce

fyzicky náročný druh práce. Nebo pokud se nejedná o nějakého nadšence extrémních sportů jako je bungee jumping apod. Doporučovaná doba klidu je 6 – 8 týdnů.“

S jakými obavami se u pacienta s indikací k nefrektomii nejčastěji setkáváte?

„Nejčastěji mají pacienti strach ze samostatného operačního výkonu, se kterým je spojena celá řada rizik, která mohou nastat a se kterými je pacient seznámen ještě před výkonem. Informace získává verbálně i neverbálně v podobě informovaného souhlasu, který musí podepsat, čímž potvrzuje, že si je daného rizika vědom. I když pravděpodobnost rizika je velmi malá, musí být pacient upozorněn. Vždycky se snažím s pacientem probrat veškeré informace, které získal a zjistit, zda všemu rozumí nebo naopak. Popřípadě informace doplnit nebo upřesnit.“

„Další, z čeho mívají pacienti strach, je celková anestezie. Menší část pacientů má strach z toho, že se třeba z anestezie neprobere nebo bude pociťovat nevolnost po anestezii. Ale spousta pacientů se přiznává, že má velké obavy z toho, aby na sále nepovídali něco, co zrovna nepřísluší slyšet cizím uším. Další obava se kterou se mi svěřují hlavně ženské pacientky, je fakt, že budou na operačním sále zcela nahé, přikryté pouze operační rouškou. Setkávám se s tím, že se ptají, kolik je na sále vlastně potřeba lidí k tomuto výkonu. Někdy je problematické na tuto otázku zareagovat, protože sama vím, že když jsem měla podstoupit operační výkon, napadlo mě přesně to samé.“

V čem vidíte výhody a nevýhody laparoskopické nefrektomie pro pacienta?

„Tak v první řadě vidím výhody spojené hlavně s pacientem, který díky laparoskopické operaci může být časněji aktivizován po výkonu, je kratší celková doba rekonvalescence. Důležité je i estetické hledisko, které jednoznačně nahrává laparoskopickým operacím, hlavně z hlediska ženského pohledu, kdy zůstanou jen drobné jizvy. Zatímco po klasické otevření nefrektomii zůstává jizva dlouhá cca 20 cm, která nebývá přijímána vždy kladně. Další výhodou vidím v tom, že dochází k mnohem menším krevním ztrátám a celkově je i kratší doba, kdy pacient potřebuje analgetickou léčbu.“

„Jediná nevýhoda, která mě momentálně napadá, je že jsou pacienti delší dobu na operačním sále, tudíž je i delší celková doba anestezie. A s tím mohou být spojena další rizika. Větší nároky jsou kladeny i na přístrojové vybavení operačního sálu a také na samotné operátory, kteří musejí tuto techniku dokonale zvládat.“

A pro Vás, jako sestru?

„Z mého hlediska vidím hlavní výhodu v tom, že pacienti jsou po laparoskopii dříve soběstačnější a snadněji se ošetřuje operační rána. Převoz trvá kratší dobu a dochází k lepšímu hojení rány, která je podstatně menší. Dále pacienti po laparoskopii potřebují pomoc s hygienou či vyprazdňováním kratší dobu, cca 1 den, zatímco po klasické otevřené nefrektomii potřebují pomoc minimálně 3 dny. Kratší dobu mají i infuzní terapii. Další výhodou z mého pohledu je i v hodnocení bolesti a aplikaci analgetik. Pacienti po laparoskopické nefrektomii vyžadují analgetika v menším množství a v delších intervalech.“

Jak si myslíte, že pacienti po otevřené nefrektomii vnímají svůj obraz těla?

„Myslím si, že je to velice individuální. Hodně záleží na věku pacienta a také na pohlaví. Muži se zpravidla s pooperační jizvou smíří velice rychle a v podstatě jim vůbec nevadí. Pamatuji si na mladého pacienta po otevřené nefrektomii, který pooperační jizvu vůbec neřešil. Zatímco ženy, zvláště mladší ženy, mají mnohem větší problém se s tím vyrovnat. Pamatuji si na ženu, která se bála, jak ji přijme manžel s takto velkou jizvou, ale všechno dobře dopadlo. Manžel byl velice rozumný a věděl, že hlavní je zdravotní stav manželky a ne jizva. Nejlépe se asi vyrovnávají s pooperační jizvou obézní pacienti, protože u nich není moc vidět.“

Na koho pacienti nejčastěji směřují své otázky? (sestra/lékař/ostatní personál)

„Myslím, si že při příjmu směřují pacienti své otázky hlavně na lékaře, ale v průběhu hospitalizace se obracejí spíše na nás, na sestry. Trávíme s nimi nejvíce času, takže je logické, že se obracejí na nás, protože často vidí lékaře pouze při vizitě a to se většinou ostýchají na něco zeptat. Všimla jsem si, že hodně také záleží na vzdělání a postavení pacienta, pokud se jedná o nějakého vysokoškolsky vzdělaného pacienta

nebo nějakého manažera, tak se obracejí více na lékaře než na nás. Pokud se jedná o nějaké obyčejnější lidi, tak ve velké míře směřují dotazy hlavně na nás. V podstatě v průběhu celé hospitalizace se mezi námi a pacienty vytváří určitý partnerský vztah, takže pacienti nemají při kladení otázek žádný ostych.“

Při poskytování informací pacientovi nejčastěji čerpáte z (praxe, ze standardu, z informačního materiálu, informace čerpáte z literatury, ze zkušenosti jiných, jiné).

„Ve většině případů čerpám z praxe a ze zkušeností svých kolegyň, které tady pracují déle než já. Samozřejmě, že když vyjde nějaký článek o dané problematice, tak si ho ráda přečtu a snažím se uplatnit získané informace. Ale ve většině případů mi stačí právě vlastní praxe proto, abych dokázala zodpovědět informace pacientovi, tak aby byly srozumitelné a dostačující.“

Jakým způsobem nejčastěji informujete pacienta?

„Nejčastěji verbální formou. Pacienti dostávají k podpisu informované souhlasy, kde mají veškeré informace v neverbální formě, ale pravda je taková, že většina pacientů tyto souhlasy nečte moc důkladně a o to víc se pak snažím o doplnění informací verbálně.“

Máte na oddělení vypracovaný ošetrovatelský standard týkající se nefrektomie?

„Ano, na našem oddělení máme vypracovaný standard ošetrovatelské péče týkající se právě klasické otevřené nefrektomie.“

Máte na oddělení nějaký informační materiál týkající se NE?

„Ne, to bohužel nemáme. Ale myslím, že by ho pacienti uvítali.“

S jakými pooperačními komplikacemi po NE jste se setkala?

„Nejčastěji jsem se setkala pooperačními komplikacemi týkajícími se operační rány, tzn. že rána se špatně hojila, popřípadě zhnisala. Není to časté, ale pokud se to stane, tak je to samozřejmě nepříjemné, jak pro nás, tak i pro pacienta. Většinou se jedná o diabetiky. Další komplikace, která může reálně nastat, je krvácení, kdy bývá

velký odpad do drénu, proto je pak nutná operační revize nebo podání transfuze. Poměrně málo se vyskytuje pooperační kýla v jizvě.“

Myslíte si, že může NE ovlivnit dosavadní život pac.?

„Myslím si, že velmi záleží na způsobu života, na který je pacient zvyklý, a také na druhu vykonávané práce. Pokud byl pacient před operací zaměstnaný v kanceláři, tak ho nebude nefrektomie nijak omezovat. Ale pokud se jedná o pacienta, který vykonával fyzicky náročnou práci, tak by asi bylo vhodné uvažovat o jiném méně náročném zaměstnání, protože je třeba mít na paměti, že má již jen jednu ledvinu a tomu by měl přizpůsobit své chování a jiné aktivity, aby riziko poranění u zbývající ledviny bylo co nejmenší.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v předoperačním období?

„V předoperačním období je to hlavně role sestry – komunikátorky. Protože komunikace je klíčem k důvěře pacienta. A je opravdu nezbytné informovat pacienta o všem, co bude následovat.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v pooperačním období?

„V pooperačním období je to především role sestry – poskytovatelky ošetrovatelské péče, která se v tomto období uplatňuje nejvíce. A také role sestry edukátorky.“

V jaké roli sestry jste si nejjistější?

„Nejbližší mi je role sestry – poskytovatelky ošetrovatelské péče, protože je to můj denní chleba a jsem si v této roli nejjistější.“

Ve které roli se naopak cítíte nejistá?

„Nejistá si přijdu v roli sestry – výzkumnice. Je to z důvodu, že se raději zabývám praktickou stránkou věci než tou teoretickou.“

Co byste doporučila pacientovi po NE?

„Doporučila bych mu hlavně se šetřit těch prvních několik týdnů a opravdu to dodržet. Dále pak chodit na pravidelné prohlídky a nepodceňovat jejich váhu, i když už

mají operaci za sebou. Pacienti jsou zařazeni do dispenzárního programu, kdy díky pravidelným kontrolám je možné včas reagovat na případné změny v chování odstraněného nádoru.“

Rozhovor 2

Rozhovor se sestrou 2 proběhl na urologickém oddělení Nemocnice Písek, a.s. Sestra 2 ve věku 31 let má vystudovanou Střední zdravotnickou školu a v současnosti pracuje na urologickém oddělení 9 let, předtím pracovala 2 roky na chirurgii.

Víte, jaká je nejčastější indikace k nefrektomii?

„Nejčastější příčinou k nefrektomii bývá renální karcinom nebo rozsáhlá poranění v oblasti ledvin. Počet nefrektomií na našem oddělení je různý, průměrně cca 3 – 4 za měsíc. Na našem oddělení se provádí pouze klasická nefrektomie, ale měla jsem možnost navštívit semináře týkající se výhod a nevýhod laparoskopické nefrektomie a ošetrovatelské péče o tyto pacienty.“

S jakými otázkami se na Vás pacienti před nefrektomií nejčastěji obracejí?

„Otázek je mnoho a netýkají se pouze samotného výkonu, ale například i předoperační přípravy, pooperační péče či stravování po výkonu. Nejčastější otázkou bývá, jaká je čekají po výkonu omezení. Snažím se pacienty co nejvíce informovat o tom, že jejich omezení budou minimální, pokud překlenou nezbytně dlouhou dobu, kdy se musí šetřit, tedy těch 6-8 týdnů. Někteří pacienti nemají takové povědomí o tom, že mohou v klidu žít i po odstranění ledviny.“

S jakými obavami se u pacienta s indikací k nefrektomii nejčastěji setkáváte?

„Obavy jsou různé, záleží na osobnosti pacienta. Někteří mají obavy z anestezie, jiní z částečné nesoběstačnosti, která je po výkonu čeká. Pacienti, kteří jsou kuřáci, mají obavy z toho, zda zvládnou vydržet pooperační období bez cigaret. Vždy se snažím pacientovi zodpovědět veškeré dotazy, které na mě pacienti mají, protože není nic horšího než pocit nejistoty. Ale myslím si, že dnešní pacienti jsou mnohem zvědavější a otevřenější než tomu bylo v minulých letech a to je jediné dobře.“

V čem vidíte výhody a nevýhody laparoskopické nefrektomie pro pacienta?

„Jak už jsem říkala na začátku, u nás se laparoskopická nefrektomie nedělá, takže teď budu čerpat z informací, které jsem získala ze seminářů anebo z literatury. Hlavní výhodu vidím v tom, že u pacientů je kratší doba hospitalizace a tím pádem i rekonvalescence. Další výhodou jsou malé operační jizvy, které vnímám jako velké plus pro pacienty v produktivním věku, hlavně u ženského pohlaví.“

„A jako nevýhodu vidím to, že pacienti jsou déle v celkové anestezii oproti klasické otevřené nefrektomii. Další nevýhodou může být to, že se laparoskopická nefrektomie neprovádí všude a také záleží na velikosti a lokalizaci nádoru. Určitě je tady důležitá i ta finanční stránka věci“

A pro Vás, jako sestru?

„Co mě opravdu zaujalo, je fakt, že pacienti po laparoskopické nefrektomii vyžadují kratší dobu a v menším množství analgetika. Což je pro mě, jako pro sestru, při hodnocení bolesti důležité. Výhodou je určitě i ošetřování operační rány, kdy se snadněji ošetřuje a je tedy menší riziko raných komplikací.“

Jak si myslíte, že pacienti po otevřené nefrektomii vnímají svůj obraz těla?

„Tak tohle je opravdu velice individuální. Zažila jsem pacienty, kteří přijali jizvu v klidu, ale pamatují si i opačné reakce. Některým pacientům může jizva působit negativně na sebevědomí, hlavně pokud se jedná o ženy. Proto fandím laparoskopickým operacím, protože i to estetické hledisko je velice důležité. Ale ve většině případů přijmou pacienti jizvu s respektem.“

Na koho pacienti nejčastěji směřují své otázky? (sestra/lékař/ostatní personál)

„Myslím si, že je to poměrně vyrovnané. Jsou otázky, které pacienti směřují spíše na lékaře a které zase spíše na nás. Občas se stane, že se pacienti zeptají na něco lékaře a on jim odpoví tak, že se pak dožadují srozumitelnější informace od nás. Na nás směřují otázky týkající se hlavně předoperační a pooperační péče.“

Při poskytování informací pacientovi nejčastěji čerpáte z (praxe, ze standardu, z informačního materiálu, informace čerpáte z literatury, ze zkušenosti jiných, jiné).

„Nejčastěji čerpám z vlastní praxe, kdy už jsem viděla řadu pacientů po nefrektomii. Samozřejmě že se s kolegyněmi dělíme o své zkušenosti, takže občas čerpám i ze zkušeností druhých. Ráda navštěvuji semináře právě z oboru urologie, protože nové poznatky pak mohou uplatnit v praxi.“

Jakým způsobem nejčastěji informujete pacienta?

„Ve většině případů je to verbálně. Neverbálně získává pacient informace pouze prostřednictvím informovaných souhlasů, které se snažím doplnit ještě verbálně, protože zkušenost je taková, že pro pacienty je těch papírů příliš mnoho a pak je nečtou.“

Máte na oddělení vypracovaný ošetřovatelský standard týkající se nefrektomie?

„Ano, máme zde ošetřovatelský standard týkající se klasické otevřené nefrektomie.“

Máte na oddělení nějaký informační materiál týkající se NE?

„V současnosti nemáme. Pamatuji si, že kdysi jsme tady nějaký měly, ale byl tak složitě napsaný, že pacienti z něho nebyli moc moudří. Obsahoval velké množství anatomie a patofyziologie.“

S jakými pooperačními komplikacemi po NE jste se setkala?

„Pooperační komplikace nejsou příliš časté, ale pokud k nim dojde, tak se většinou jedná o zvýšené krevní ztráty, které musejí být hrazeny pomocí krevní transfuze a nebo si vyžádají operační revizi. Někdy se stane, že se špatně hojí operační rána, to bývá převážně u obézních pacientů a diabetiků.“

Myslíte si, že může NE ovlivnit dosavadní život pac.?

„Ze zkušeností, které mám, vím že pacienti nejsou nějak extrémně limitováni. Záleží na tom, na jaký způsob života byli pacienti zvyklí a jak moc byla jejich práce

fyzicky náročná. U fyzicky náročné práce je nasnadě uvažovat o méně náročném povolání, přeci jen se jedná o pacienta s jednou ledvinou.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v předoperačním období?

„Role sestry jsou pro mě trošku novinka, ale z uvedených si myslím, že je to role sestry poskytovatelky ošetrovatelské péče a role komunikátorky.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v pooperačním období?

„Řekla bych, že je to opět role sestry – poskytovatelky ošetrovatelské péče.“

V jaké roli sestry jste si nejjistější?

„V roli sestry – poskytovatelky ošetrovatelské péče a také komunikátorky, protože mám ráda kontakt s pacienty.“

Ve které roli se naopak cítíte nejistá?

„Řekla bych, že v roli sestry – obhájkyňe práv a manažerky.“

Co byste doporučila pacientovi po NE?

„Doporučila bych mu hlavně klidový režim, tzn. vyvarovat se fyzicky náročné práci hlavně v prvních 6 týdnech. Dále nepřeceňovat své síly, nechat si pomoci od blízkých. A také chodit na pravidelné kontroly, které jsou důležité a někteří pacienti jim nepřikládají přílišnou váhu.“

Rozhovor 3

Rozhovor se sestrou 3 proběhl na urologickém oddělení Nemocnice Písek, a.s. Sestra 3 ve věku 38 let má vystudovanou Střední zdravotnickou školu a ukončené bakalářské studium oboru všeobecná sestra na JČU – ZSF v roce 2010. Sestra 3 pracuje na urologickém oddělení 20 let.

Víte, jaká je nejčastější indikace k nefrektomii?

„Nejčastější indikací k nefrektomii je nádor ledviny, tzv. renální karcinom a nebo funkční porucha ledviny, např. atrofie. Další příčinou může být vážný úraz v oblasti ledviny.“

„Počet pacientů je různý, ale řekla bych asi 3 – 4 do měsíce. U nás se provádí klasická nefrektomie, ale postupně se lékaři zaučují a postupem času se zde bude dělat i laparoskopická nefrektomie.“

S jakými otázkami se na Vás pacienti před nefrektomií nejčastěji obracejí?

„Otázky jsou poměrně různorodé, ale nejčastěji se setkávám s tím, že se pacienti ptají – jak dlouho budou hospitalizováni, kde budou po operaci uloženi, za jak dlouho budou moci jíst, pít nebo kouřit. Zodpovídám i otázky typu – jak velká bude operační rána, jakým způsobem budu uspán, a nebo se ptají, zda je výkon bezpečný.“

„Snažím se o poskytnutí co nejpřesnějších informací, protože dle mé zkušenosti mají pacienti rádi co nejkonkrétnější údaje.“

S jakými obavami se u pacienta s indikací k nefrektomii nejčastěji setkáváte?

„Často se setkávám s tím, že pacienti mají obavy z celého výkonu a s tím souvisí obavy spojené s anestezií či pooperačními komplikacemi atd. Někteří pacienti se obávají života s jednou ledvinou a nebo toho, že i zbylá ledvina bude zasažena nějakou nemocí.“

Z čeho si myslíte, že mají pacienti největší strach?

„Osobně si myslím, že veškerý strach pramení ze všeho neznámého, co pacienta čeká. Jsou pacienti, u kterých se jedná třeba o první operační výkon, proto mají strach z celkové anestezie, zda se probudí nebo zda jim nebude zle. Jsou i pacienti, kteří se ostýchají zeptat na něco, čemu nerozumí, proto se vždy snažím minimalizovat strach dostatkem srozumitelných informací a individuálním rozhovorem s každým pacientem.“

V čem vidíte výhody a nevýhody laparoskopické nefrektomie pro pacienta?

„Jako velké pozitivum vnímám absenci řezu a s tím související estetické hledisko výkonu. Důležité je také zmínit menší riziko infekce a srůstů. Pro pacienta je velké pozitivum kratší doba hospitalizace, včasnější návrat do plnohodnotného života, ale nejdůležitější je, že pacienti po laparoskopické nefrektomii mají mírnější bolesti.“

„V podstatě mě napadá jenom jedno negativum, a sice to, že pacienti mají někdy tendenci bagatelizovat operační výkon. Pokud pacient nemá viditelnou operační ránu,

podceňuje klidový režim a z toho pak může pramenit řada komplikací, kterým se dá předejít.“

A pro Vás, jako sestru?

„Jako výhodu pro sestry vnímám, že u pacienta je včasnější a snadnější mobilizace a s tím související lepší sebek péče pacienta. Dále pak menší množství aplikovaných analgetik a celkově nižší náklady, např. se spotřebuje méně obvazového materiálu. Je zde i podstatně menší riziko infekce a hojení rány per sekundam.“

„Žádná nevýhoda z mého hlediska mě nenapadá.“

Jak si myslíte, že pacienti po otevřené nefrektomii vnímají svůj obraz těla?

„Většina pacientů vnímá porušeně obraz svého těla především v souvislosti se zavedením permanentního močového katétru. Po operaci se aktivně zajímají o velikost operační rány, její umístění a celkový vzhled. Při propuštění je u valné většiny pacientů obraz těla neporušený. Ojediněle se vyskytují obavy z reakce veřejnosti při návštěvě veřejných koupališť, zvláště pak u mladších pacientů. Nezaznamenala jsem při následných ambulantních kontrolách případ, že by byl u pacienta porušený obraz těla z pohledu partnera a následně měla tato skutečnost jakýkoliv vliv na jejich vztah.“

Na koho pacienti nejčastěji směřují své otázky? (sestra/lékař/ostatní personál)

„Určitě na sestry. Trávíme s nimi nejvíce času a jsou k nám otevřenější než k lékařům.“

Při poskytování informací pacientovi nejčastěji čerpáte z (praxe, ze standardu, z informačního materiálu, informace čerpáte z literatury, ze zkušenosti jiných, jiné).

„Čerpám hodně ze svých zkušeností s těmito pacienty, ale současně se snažím získávat nové informace z literatury nebo odborných časopisů.“

Jakým způsobem nejčastěji informujete pacienta?

„Z valné většiny verbálně. Asi jen 20 % informací získá pacient v nonverbální formě. Veškeré informace se snažíme podávat co nejpřijatelněji, aby byly pro pacienta srozumitelné a dokázal je vstřebat.“

Máte na oddělení vypracovaný ošetřovatelský standard týkající se nefrektomie?

„Ano, máme a je pravidelně aktualizován, po určitém časovém období.“

Máte na oddělení nějaký informační materiál týkající se NE?

„Ano. Informační materiál pro pacienty před operací a edukační materiál, který pacient obdrží při propuštění, obsahující doporučení ohledně klidového režimu, životosprávy a řadu dalších informací. Materiál mimo jiné obsahuje telefonický kontakt na službu pro případný výskyt komplikací.“

S jakými pooperačními komplikacemi po NE jste se setkala?

„Setkala jsem se s pooperačním krvácením, které si žádalo operační revizi. Někdy se může objevit anurie nebo infekce, ať už v operační ráně nebo v oblasti invazivních vstupů.“

Myslíte si, že může NE ovlivnit dosavadní život pac.?

„Myslím si, že ano, i když ve většině případů se nejedná o zásadní změnu.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v předoperačním období?

„Myslím si, že je to hlavně role sestry – edukátorky. S pacientem jsem v kontaktu již od jeho příjmu. Edukuji pacienta o hospitalizaci, předoperační přípravě, kterou následně realizuju, odpovídám na dotazy, snažím se minimalizovat strach pacienta a získat jeho důvěru.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v pooperačním období?

„Především roli sestry – poskytovatelky ošetřovatelské péče.“

V jaké roli sestry jste si nejjistější?

„Jsou to již zmíněné role – edukátorky a poskytovatelky ošetřovatelské péče.“

Ve které roli se naopak cítíte nejistá?

„Nejistá se cítím v roli sestry – manažerky.“

Co byste doporučila pacientovi po NE?

„Každému pacientovi po nefrektomii doporučuji dodržovat stanovená doporučení, nezanedbávat pravidelné kontroly, snažit se o zdravý životní styl a aktivně přístup k péči o své zdraví.“

Rozhovor 4

Rozhovor se sestrou 4 proběhl na urologickém oddělení Nemocnice Písek, a.s. Sestra 4 ve věku 38 let má vystudovanou Střední zdravotnickou školu a ukončené bakalářské studium oboru rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory a následné magisterské studium v témže oboru JČU–ZSF v roce 2010. Sestra 3 pracuje na urologickém oddělení 5 let, dříve pracovala na interním oddělení.

Víte, jaká je nejčastější indikace k nefrektomii?

„Ve většině případů se jedná o nádorové onemocnění ledvin, někdy může být příčinou úraz či afunkční ledvina.“

„Průměrný počet pacientů jsou 3 pacienti za měsíc. Postupně se lékaři připravují na realizaci laparoskopické nefrektomie, ale prozatím děláme jen klasickou otevřenou nefrektomii.“

S jakými otázkami se na Vás pacienti před nefrektomií nejčastěji obracejí?

„Často se setkávám s tím, že se mě pacienti ptají, zda je bude operační výkon bolet, popřípadě jak moc to bude bolet. Samozřejmě, že se vyskytují i otázky typu – kde budou po operaci uloženi, jak dlouho budou hospitalizováni nebo za jak dlouho budou moci jíst, pít nebo kouřit. Odpovídám i na otázky, kdy se pacienti ptají co bude následovat po operaci, co se pro změní atd.“

„U každého pacienta se snažím odpovídat adekvátně a odpověď neodbyť tím, že teď nemám čas. Sama vím, jak je nepříjemný pocit něčeho neznámého a cizího.“

S jakými obavami se u pacienta s indikací k nefrektomii nejčastěji setkáváte?

„Domnívám se, že pro pacienty je nejhorší tzv. čekání na operaci, kdy se jim minuty a hodiny před výkonem neskutečně vlečou a mají spoustu času na přemýšlení. Kolikrát se sami dokážou zbytečně vynervovat. Proto je důležité pozorovat nonverbální projevy nemocného, které nám často napoví o obavách pacienta víc než samotná slova.“

Z čeho si myslíte, že mají pacienti největší strach?

„Strach mají pacienti hlavně ze všeho neznámého a cizího. Často je strach spojen s operačním výkonem, kdy mají strach z toho, jak operace dopadne nebo zda se nádor nerozšířil do okolí. Strach z metastáz mají pacienti i v případě, že veškerá vyšetření dopadla negativně. Proto je komunikace klíčová při minimalizaci strachu.“

V čem vidíte výhody a nevýhody laparoskopické nefrektomie pro pacienta?

„Jako hlavní pozitivum vnímám to, že se rána mnohem lépe hojí a je tady menší riziko infekce. Další nespornou výhodou je absence řezu a také zkrácení doby hospitalizace.“

„Stává se, že pacienti tím, že nemají velkou operační ránu, si neuvědomují závažnost a rozsah operačního výkonu. Je nutné pacientovi zdůraznit klidový režim, který je nezbytný u klasické otevřené i laparoskopické nefrektomie.“

A pro Vás, jako sestru?

„Pro mě, jako pro sestru vidím, jako hlavní pozitivum v časnější mobilizaci a celkově snadnější spolupráci s pacientem. Výhodou také je péče o ránu, je zde minimální riziko infekce.“

„Nevýhodou z mého pohledu může být to, jak už jsem zmiňovala výše, že pacienti s malými operačními rankami mají tendenci k podceňování operačního zákroku a tím se můžeme dostat do střetu zájmu, protože pacienti nedodržují klidový režim tak, jak by měli.“

Jak si myslíte, že pacienti po otevřené nefrektomii vnímají svůj obraz těla?

„Myslím si, že nemají porušené vnímání obrazu svého těla, protože každý pacient je rád, že operace dopadla tak jak měla. Jeden můj člen rodiny před lety také podstoupil klasickou otevřenou nefrektomii a jizvu vůbec neřešil, byl rád, že přežil.“

Na koho pacienti nejčastěji směřují své otázky? (sestra/lékař/ostatní personál)

„Jednoznačně na nás sestry. Trávíme s nimi nejvíce času. Lékaře se ptají hlavně na další postup léčby.“

Při poskytování informací pacientovi nejčastěji čerpáte z (praxe, ze standardu, z informačního materiálu, informace čerpáte z literatury, ze zkušenosti jiných, jiné).

„Čerpám z vlastních zkušeností, ale také ze zkušeností svých kolegyně.“

Jakým způsobem nejčastěji informujete pacienta?

„Převážně verbálně. Touto formou si pacienti nejlépe informace zapamatují, popřípadě mají ihned možnost zeptat se na nejasnosti.“

Máte na oddělení vypracovaný ošetrovatelský standard týkající se nefrektomie?

„Ano.“

Máte na oddělení nějaký informační materiál týkající se NE?

„Ano, ale i přesto se snažíme při propuštění veškeré pokyny a doporučení pacientovi zopakovat.“

S jakými pooperačními komplikacemi po NE jste se setkala?

„Nejčastější komplikací je krvácení, někdy se může objevit infekce v ráně, ale tomu se dá předejít aseptickým přístupem k operační ráně.“

Myslíte si, že může NE ovlivnit dosavadní život pac.?

„Ano, ale ne nijak zásadně. A pokud je druhá ledvina v pořádku, tak pacienti žijí velice kvalitním životem.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v předoperačním období?

„Důležitá je psychická podpora a celkové zklidnění pacienta, takže role sestry – komunikátorky.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v pooperačním období?

„Především roli sestry – poskytovatelky ošetrovatelské péče.“

V jaké roli sestry jste si nejjistější?

„Nejjistější si přijdu právě v roli sestry – komunikátorky a poskytovatelky ošetrovatelské péče.“

Ve které roli se naopak cítíte nejistá?

„Asi v roli výzkumnice a manažerky.“

Co byste doporučila pacientovi po NE?

„Doporučuji dodržovat stanovená doporučení, nezanedbávat pravidelné kontroly a také to, aby se pacient snažil myslet pozitivně a nic nevzdával předem.“

Rozhovor 5

Rozhovor se sestrou 5 proběhl na urologickém oddělení Nemocnice Písek, a.s. Sestra 5 ve věku 35 let má vystudovanou Střední zdravotnickou školu. Na urologické oddělení nastoupila hned po maturitě, pracuje zde 17 let.

Jaká je nejčastější indikace k nefrektomii?

„Mezi nejčastější indikace k nefrektomii jednoznačně patří afunkční ledvina, která nedokáže již nadále plnit svoji funkci. Další příčinou bývá nádorové onemocnění a nebo traumatické poranění ledviny.“

S jakými otázkami se na Vás pacienti před nefrektomií nejčastěji obracejí?

„Otázek mají pacienti mnoho, ale mezi nejčastější patří – jak dlouho budou hospitalizováni, kde budou po operaci uloženi, kdy budou moci vstávat z lůžka, jaká je čekají omezení po výkonu. Často se i pacienti ptají, na to jak budou mít velkou operační ránu a nebo jakým způsobem budou uspáni na operačním sále. Tohle je výčet asi těch nejčastějších otázek ze strany pacienta.“

S jakými obavami se u pacienta s indikací k nefrektomii nejčastěji setkáváte?

„Nejčastěji mají obavy z toho, zda se probudí z narkózy nebo třeba i z toho čekání na operační výkon. Je pochopitelné, že dlouhé čekání v pacientovi ještě umocňuje obavy spojené s hospitalizací a s operací.“

Z čeho si myslíte, že mají pacienti největší strach?

„Strach může být spojený s operačním výkonem nebo s celkovou anestézií. Také může být vyvolaný neznámým nemocničním prostředím nebo třeba neznámými

lékařskými výrazy. Proto je nutné se vždy ujistit, zda pacient všem informacím porozuměl a není pro něj něco neznámé.“

V čem vidíte výhody a nevýhody laparoskopické nefrektomie pro pacienta?

„Jednoznačnou výhodou vidím v absenci řezu a s tím je spojené estetické hledisko a menší invazivita výkonu. Výhodou také je kratší hospitalizace a včasnější návrat do plnohodnotného života.“

„Nevýhodou může být to, že výkon trvá delší dobu a mohou se tím to způsobem operovat např. jenom menší nádory T1 – T2.“

A pro Vás, jako sestru?

„Pro mě je výhoda to, že pacient má menší operační rány, které se snadněji převazují a tím se šetří čas i spotřeba materiálu. V nějaké publikaci jsem četla, že u laparoskopické operace se v menší míře používají analgetika, antiemetika a také není tak často po výkonu indikována krevní transfuze.“

Jak si myslíte, že pacienti po otevřené nefrektomii vnímají svůj obraz těla?

„Myslím si, že po klasické otevřené nefrektomii mohou mít pacienti porušený obraz svého těla, ale je to velice individuální. Za celou svoji praxi jsem se setkala jen s několika málo případy. Pro pacienty je důležitý výsledek operace a ne pooperační jizva.“

Na koho pacienti nejčastěji směřují své otázky? (sestra/lékař/ostatní personál)

„Ze své vlastní zkušenosti vím, že je to hlavně na nás sestry. Přeci jenom s pacienty strávíme celou službu a máme s nimi jiný vztah než lékaři. Lékařů se ptají hlavně na další postup v léčbě nebo na propuštění. Ale není to pravidlo, jsou pacienti, kteří důvěřují pouze tomu co jim řekne lékař a na naše názory nebo rady nedají.“

Při poskytování informací pacientovi nejčastěji čerpáte z (praxe, ze standardu, z informačního materiálu, informace čerpáte z literatury, ze zkušenosti jiných, jiné).

„Snažím se čerpat z toho, co jsem zažila, tedy ze své praxe, ale také se nebráním novinkám v urologii. Snažím se co nejvíce navštěvovat semináře a číst odborné časopisy, které máme v práci k dispozici.“

Jakým způsobem nejčastěji informujete pacienta?

„Je to hlavně verbální formou. Pacienti jsou již od příjmu zavaleni informovanými souhlasu a řadou dokumentů, které musí podepsat. A které často ani nečtou, protože už jsou přesyceni papíry. Proto se snažím pacienty informovat hlavně verbálně, kdy mám i možnost zhodnotit, zda informacím porozuměli.“

Máte na oddělení vypracovaný ošetrovatelský standard týkající se nefrektomie?

„Samozřejmě, standard ošetrovatelské péče máme.“

Máte na oddělení nějaký informační materiál týkající se NE?

„Ano, ale není moc dobře zpracovaný. Proto se snažím připomínat pacientovi to co musí a co nesmí, v průběhu celé hospitalizace.“

S jakými pooperačními komplikacemi po NE jste se setkala?

„Musím říct, že jich bylo minimálně, ale přesto se občas objeví infekce v ráně nebo dislokace drénu. Pamatuji si pacienta po nefrektomii, u kterého byla diagnostikována plicní embolie.“

Myslíte si, že může NE ovlivnit dosavadní život pac.?

„Myslím si, že ano, ale to ovlivnění není nějak razantní. Samozřejmě k sobě musí být přísnější a opatrnější, protože může dojít k poškození nebo poranění zbývajících ledviny.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v předoperačním období?

„Má role zahrnuje hlavně připravit pacienta na operaci a dostatečně ho informovat nebo-li role sestry edukátorky a komunikátorky.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v pooperačním období?

„I pooperačním období je nutná komunikace, ale i ošetrovatelská péče, proto tedy role – sestry poskytovatelky ošetrovatelské péče a komunikátorky.“

V jaké roli sestry jste si nejjistější?

„Výše uvedené role jsou mi nejbližší.“

Ve které roli se naopak cítíte nejistá?

„Asi v roli – výzkumnice.“

Co byste doporučila pacientovi po NE?

„Doporučila bych mu dodržovat klidový režim, chodit pravidelně na kontroly. Dodržovat pitný režim a chovat se k sobě opatrně.“

Rozhovor 6

Rozhovor se sestrou 6 proběhla na urologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Sestra 6 ve věku 58 let má vystudovanou střední zdravotnickou školu a specializaci ARIP. Délka praxe u sestry 6 činí 39 let.

Víte jaká je nejčastější indikace k nefrektomii?

„Hlavní indikací k nefrektomii jsou nádory nebo objemné cysty či afunkční ledvina. Další příčinou by mohl být konkrement velkých rozměrů, ale s tím už se dnes v podstatě nesetkáte. Indikací k nefrektomii také bývají úrazy a s tím spojené krvácení.“

„Počet pacientů je různý, ale v průměru se u nás odoperují cca 2-3 pacienti týdně s indikací k nefrektomii.“

S jakými otázkami se na Vás pacienti před nefrektomií nejčastěji obracejí?

„Nejčastěji se ptají na celkový výsledek operace, zda všechno dobře dopadne a jakým způsobem budou moci fungovat dál. Někteří pacienti se informují i na průběh operace a na anestezii. Častou otázkou také je, kam budou po operaci uloženi a kdy se budou moci vidět s rodinou nebo svými blízkými.“

S jakými obavami se u pacienta s indikací k nefrektomii nejčastěji setkáváte?

„Myslím si, že nejčastěji mají pacienti obavy z případných komplikací, které mohou nastat. Jsou s nimi seznámeni během příjmu na oddělení. Setkala jsem se i s pacienty, kteří měli obavy z předoperační přípravy v souvislosti s nutným vyprázdněním pacienta před výkonem.“

Z čeho si myslíte, že mají pacienti největší strach?

„Většinou strach pramení z neznámého nemocničního prostředí, do kterého se pacient dostane. Některé obavy jsou spojené i s celkovou anestézií, která v případě laparoskopické nefrektomie činí minimálně 2-3 hodiny v závislosti na obtížnosti a zručnosti operátora.“

V čem vidíte výhody a nevýhody laparoskopické nefrektomie pro pacienta?

„Hlavní výhodu vidím v menší invazivitě výkonu, kde je absence klasického operačního řezu, který je nahrazen pouze drobnými operačními vstupy, které se i mnohem lépe ošetřují a hojí. Pro pacienta je také nesporná výhoda i to, že se razantně zkracuje doba hospitalizace. Pacienti, kteří jsou přijati v pondělí a operováni v úterý, pouštíme domů většinou v pátek, pokud u nich nedojede k nějakým nečekaným komplikacím. Jako nevýhodu vnímám to, že pacienti jsou delší dobu v celkové anestezii.“

A pro Vás, jako sestru?

„Výhody vidím v ošetřování operační rány a i v samotném hojení rány, kdy se v podstatě minimalizuje hojení rány per sekundam. A s tím souvisí i nižší náklady na obvazový materiál. Určitou výhodou pro nás také je, že pacienti jsou dříve soběstační a jsou hospitalizováni kratší dobu.“

Jak si myslíte, že pacienti po otevřené nefrektomii vnímají svůj obraz těla?

„Domnívám se, že většina pacientů po otevřené nefrektomii nemá porušený obraz těla. Přijímají operační ránu jako nutné zlo, které je nezbytné proto, aby mohli nadále fungovat v běžném životě. Samozřejmě, že také záleží na věku pacienta, pokud by se jednalo o mladého člověka, je nutné zvážit všechny varianty a myslet i na estetickou

stránku výsledku. U starších ročníku se setkávám s tím, že říkají, že v jejich věku už na vzhledu nezáleží.“

Na koho pacienti nejčastěji směřují své otázky?

„Dle mého názoru se nejčastěji obrací se svými otázkami na nás sestry. Je to asi dané tím, že jsme neustále na blízku a trávíme s pacienty nejvíce času. Ale co se týká léčby nebo prognózy onemocnění, tak se obracejí hlavně na lékaře.“

Jakým způsobem nejčastěji informujete pacienta?

„Hlavně slovní formou, tedy verbálně. Je důležité zprostředkovávat pacientovi informace srozumitelnou formou, aby jim porozuměl a dokázal je vstřebat. V neverbální formě získává pacient informace pouze prostřednictvím informovaných souhlasů.“

Při poskytování informací pacientovi nejčastěji čerpáte z (praxe, ze standardu, z informačního materiálu, informace čerpáte z literatury, ze zkušenosti jiných, jiné).

„Hlavně ze své dlouholeté praxe, popřípadě z odborných časopisů nebo z urologických seminářů.“

Máte na oddělení vypracovaný ošetrovatelský standard týkající se nefrektomie?

„Ano, máme. Obsahuje informace ke klasické otevřené nefrektomii i k laparoskopické nefrektomii.“

Máte na oddělení nějaký informační materiál týkající se NE?

„Ne, to nemáme. Osobně si myslím, že ani není třeba. Pacient získává velké množství informací už v průběhu hospitalizace, které jsou mu při propuštění ještě připomenuty a shrnuty. Důležité je hlavně to, aby byl dodržen klidový režim.“

S jakými pooperačními komplikacemi po NE jste se setkala?

„Poměrně časté jsou infekty močových cest, které souvisí se zavedením permanentního močového katétru. Dále se může objevit krvácení, které si žádá podání krevní transfuze nebo operační revizi. Mezi pozdní komplikace patří vznik kýly v operační ráně, což je dáno nedodržením klidového režimu.“

Myslíte si, že může NE ovlivnit dosavadní život pac.?

„Může, ale ne nějak razantně. Výjimkou jsou případy, kdy se jedná o pacienty s fyzicky náročnou prací, jako jsou horníci apod., ale to na jihu Čech nehrozí.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v předoperačním období?

„V předoperačním období je to hlavně o tom poskytnout co nejvíce informací a navázat kontakt s pacientem. Takže role sestry – komunikátorky.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v pooperačním období?

„Především roli sestry – poskytovatelky ošetrovatelské péče a edukátorky.“

V jaké roli sestry jste si nejjistější?

„Je to hlavně role – edukátorky a poskytovatelky ošetrovatelské péče.“

Ve které roli se naopak cítíte nejistá?

„Nejistá se cítím v roli sestry – výzkumnice.“

Co byste doporučila pacientovi po NE?

„Hlavní doporučení po nefrektomii je, aby pacienti dodrželi klidový režim. Říkám jim, že jsou to v podstatě takové „šestinedělky“ a podle toho se musí chovat, jinak hrozí třeba vznik kýly v ráně apod. Dále upozorňuji na nutnost pravidelných kontrol.“

Rozhovor 7

Rozhovor se sestrou 7 proběhl na urologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Sestra 7 ve věku 35 let má vystudovanou Střední zdravotnickou školu, ukončené bakalářské studium v oboru všeobecná sestra a magisterské navazující studium – modul chirurgie. Sestra 7 pracuje na urologickém oddělení 16 let.

Víte, jaká je nejčastější indikace k nefrektomii?

„Hlavní příčinou obvykle bývá renální karcinom, další příčinou může být zánik funkce ledviny nebo-li atrofie ledviny. Méně častou indikací k nefrektomii bývá poranění v oblasti ledvin, které si vyžaduje operační řešení. Obvykle to, ale bývá

spojené s rozsáhlým traumatem, takže tito pacienti jsou hospitalizováni na traumatologii nebo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.“

„Průměrný počet pacientů s nefrektomií je cca 2-3/týden.“

S jakými otázkami se na Vás pacienti před nefrektomií nejčastěji obracejí?

„Otázky se v podstatě opakují. Většinu pacientů zajímá, jak dlouho bude operace trvat, kde budou po výkonu uloženi a samozřejmě je zajímá, zda to bude bolet a jaká je budou čekat omezení. Pokud se jedná o pacienty, kteří mají diagnostikovaný renální karcinom, odpovídám i na otázky, kdy se pacienti ptají, co bude následovat po operaci, jaký druh léčby je čeká apod..“

„Uvědomuji si, jak jsou pro pacienta tyto informace cenné, protože je to pro ně nová situace, tak potřebují mít přesné a srozumitelné informace, aby se mohli na novou situaci adaptovat.“

S jakými obavami se u pacienta s indikací k nefrektomii nejčastěji setkáváte?

„Obavy mohou být spojené s výkonem, tedy hlavně s obavami z anestezie a z celkového čekání na výkon. Protože někdy jdou pacienti na výkon až kolem oběda nebo i déle, takže se jejich obavy mohou ještě vystupňovat dlouhým čekáním na operaci. Proto je důležité věnovat pacientovi pozornost a hovořit s ním o jeho obavách.“

Z čeho si myslíte, že mají pacienti největší strach?

„Jak už jsem uvedla výše, pro pacienty je to nová a neznámá situace, a proto je přirozené, že mají strach ze všeho cizího. Strach je proto spojen s jejich budoucností, z případných metastáz u onkologických onemocnění či zda se povede operace. Opět je zde velice důležitá komunikace, která dokáže pacienta uklidnit a minimalizovat jeho strach.“

V čem vidíte výhody a nevýhody laparoskopické nefrektomie pro pacienta?

„Jako hlavní výhodu vnímám absenci velkého operačního řezu a z toho pak pramení řada dalších výhod. Jako je menší invazivita, lepší hojení rány, kratší doba hospitalizace a v neposlední řadě estetická stránka laparoskopické operace.“

„V ojedinělých případech může být nevýhodou to, že pacienti si díky malému řezu neuvědomují rozsah zásahu a mají tendenci k bagatelizaci operačního výkonu a s tím spojený klidový režim. Je proto nezbytné dokonale pacienta edukovat o léčebném režimu.“

A pro Vás, jako sestru?

„Z mého hlediska je hlavní výhodou včasnější mobilizace pacienta a snadnější ošetření operační rány. Výhodou je menší riziko infekce.“

„Nevýhodou může být to, že laparoskopickou operaci je možné realizovat pouze za pomoci CO₂, díky kterému je možné pohybovat se a orientovat v dutině břišní a v retroperitoneu. Ale nevýhoda s tím spojená je, že dochází k vytlačení bránice směrem vzhůru a pacienti si často stěžují na bolestivost v oblasti ramen. Další nevýhodou může být už zmiňovaná bagatelizace výkonu.“

Jak si myslíte, že pacienti po otevřené nefrektomii vnímají svůj obraz těla?

„Myslím si, vnímání těla je stejné, tudíž neporušené. Většinou se jedná o starší pacienty, kteří již nějak výrazněji neřeší svůj vzhled. Důležitý pro ně je výsledek operace, i když samozřejmě i estetické hledisko je důležité.“

Na koho pacienti nejčastěji směřují své otázky? (sestra/lékař/ostatní personál)

„Co se týká předoperační přípravy a pooperačního režimu, směřují otázky hlavně na nás na sestry. Ale pokud pacienty zajímají informace ohledně dalšího postupu v léčbě, tak se ptají spíše lékařů.“

Při poskytování informací pacientovi nejčastěji čerpáte z (praxe, ze standardu, z informačního materiálu, informace čerpáte z literatury, ze zkušenosti jiných, jiné).

„Čerpám hlavně z praxe a z vlastních zkušeností, ale některé aktuální informace získávám na urologických kongresech nebo seminářích.“

Jakým způsobem nejčastěji informujete pacienta?

„Velkou část tvoří verbální forma, protože při rozhovoru můžeme sledovat reakce pacienta na nové informace a popřípadě některé informace doplnit nebo upřesnit.“

Máte na oddělení vypracovaný ošetrovatelský standard týkající se nefrektomie?

„Ano, máme. Týká se klasické otevřené nefrektomie i laparoskopické nefrektomie.“

Máte na oddělení nějaký informační materiál týkající se NE?

„Ne, nemáme. Pacienti jsou dostatečně informováni již při hospitalizaci a při propuštění.“

S jakými pooperačními komplikacemi po NE jste se setkala?

„Setkala jsem se s krvácením, dehiscencí rány. Může dojít i k infekci močových cest nebo hojení rány per sekundam. Ojedinele se může objevit u pacienta septický šok.“

Myslíte si, že může NE ovlivnit dosavadní život pac.?

„Myslím si, že nijak radikálně dosavadní život neovlivní. Je to samozřejmě závislé na druhu zaměstnání.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v předoperačním období?

„V předoperační péči je to hlavně role sestry – komunikátorky a edukátorky.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v pooperačním období?

„Především roli sestry – poskytovatelky ošetrovatelské péče.“

V jaké roli sestry jste si nejjistější?

„Je to role sestry – edukátorky, komunikátorky, poskytovatelky ošetrovatelské péče a manažerky.“

Ve které roli se naopak cítíte nejistá?

„Vyloženě nejistá si nepříjdu v žádné roli sestry.“

Co byste doporučila pacientovi po NE?

„Doporučila bych jim hlavně klidový režim po dobu 6 týdnů a docházet na pravidelné kontroly.“

Rozhovor 8

Rozhovor se sestrou 8 proběhl na urologické JIP Nemocnice České Budějovice, a.s. Sestra ve věku 41 let vystudovala Střední zdravotnickou školu a má specializaci ARIP. Na urologické jednotce intenzivní péče pracuje 12 let, dříve pracovala na standardním oddělení urologie cca 2 roky a ještě před tím na ARO oddělení.

Jaká je nejčastější indikace k nefrektomii?

„Nejčastější příčinou je onkologické onemocnění ledviny, ve kterém myslím, Česká republika obsazuje přední místa v incidenci. Další příčinou může být porušená funkce ledviny nebo objemné cysty a úrazy.“

„Průměrný počet pacientů k nefrektomii je asi 2 - 3/ týden.“

S jakými otázkami se na Vás pacienti před nefrektomií nejčastěji obracejí?

„Musím říct, že já jsem v kontaktu s pacienty až po výkonu, ale z dob kdy jsem pracovala ještě na oddělení vím, že se často ptali na to, kde budou po výkonu uloženi, kdy budou moci jíst, pít nebo kouřit, kdy je bude moci navštívit rodina a zda je bude po výkonu operační rána bolet.“

S jakými obavami se u pacienta s indikací k nefrektomii nejčastěji setkáváte?

„Celkově si myslím, že obavy jsou spojené hlavně s tím, že pacient přesně neví, co ho čeká, je v neznámém prostředí a nemá tady nikoho blízkého.“

Z čeho si myslíte, že mají pacienti největší strach?

„Strach je spojený hlavně s operačním výkonem, zda se všechno povede a také s pacientovou budoucností, protože „jak už jsem říkala výše, se jedná hlavně o pacienty s onkologickou diagnózou. Proto mají strach z toho co bude následovat. Také může mít pacient strach z anestezie.“

V čem vidíte výhody a nevýhody laparoskopické nefrektomie pro pacienta?

„Výhod je mnoho, pacienti mají jen drobné operační rány, mohou být časněji mobilizováni, jsou hospitalizováni kratší dobu a důležité také je estetické hledisko výkonu.“

„Nevýhodou může být bolestivost ramen způsobená CO2 používaným během výkonu, který vytlačí bránici směrem vzhůru. Na to si pacienti stěžují poměrně často.“

A pro Vás, jako sestru?

„Pro mě je hlavní výhoda v ošetřování operační rány a včasější mobilizaci pacienta. Také je zde menší spotřeba analgetik.“

„Nevýhodou může být to, že pacienti někdy podceňují rozsah operačního výkonu, když vidí jen malé operační ranky.“

Jak si myslíte, že pacienti po otevřené nefrektomii vnímají svůj obraz těla?

„Myslím si, že v dnešní době, kdy převládají hlavně laparoskopické operaci již není tato otázka aktuální. Po klasické nefrektomii je to něco jiného, tam může být porušené vnímání obrazu svého těla hlavně u mladších pacientů.“

Na koho pacienti nejčastěji směřují své otázky? (sestra/lékař/ostatní personál)

„Jednoznačně na sestry. Lékaře vidí mnohem míň než nás.“

Při poskytování informací pacientovi nejčastěji čerpáte z (praxe, ze standardu, z informačního materiálu, informace čerpáte z literatury, ze zkušenosti jiných, jiné).

„Myslím si, že už mám dlouholeté zkušenosti, ze kterých můžu čerpat a odpovídat adekvátně. Pokud něco nevím, zeptám se kolegyní nebo lékaře.“

Jakým způsobem nejčastěji informujete pacienta?

„U nás na JIP je to hlavně verbálně, protože veškeré souhlasy už má pacient podepsané a přečtené z příjmu. Takže verbálně nebo někdy, názorně kreslíme obrázky ledvin.“

Máte na oddělení vypracovaný ošetřovatelský standard týkající se nefrektomie?

„Ano, to máme, jak ke klasické, tak i k laparoskopické nefrektomii.“

Máte na oddělení nějaký informační materiál týkající se NE?

„Myslím si, že na standardním oddělení žádný takový materiál nemají.“

S jakými pooperačními komplikacemi po NE jste se setkala?

„Jedná se hlavně o rané komplikace – infekce v ráně, krvácení, dehiscence rány, nebo může dojít ke vzniku hematomu.“

Myslíte si, že může NE ovlivnit dosavadní život pac.?

„Myslím si že moc ne, záleží na druhu práce, kterou dotyčný vykonával.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v předoperačním období?

„Myslím si, že je to hlavně role – komunikátorky, edukátorky a obhájkyně práv.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v pooperačním období?

„Roli – poskytovatelky ošetrovatelské péče, komunikátorky a edukátorky.“

V jaké roli sestry jste si nejjistější?

„Ty, které jsem uvedla do pooperačního období, a pokud jsou tu žákyně tak role - mentorky.“

Ve které roli se naopak cítíte nejistá?

„Asi v roli manažerky.“

Co byste doporučila pacientovi po NE?

„Hlavně dodržet klidový režim po dobu 6 týdnů, pitný režim a pravidelné kontroly a aktivní přístup k péči o své zdraví.“

Rozhovor 9

Rozhovor se sestrou 9 proběhl na urologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Sestra 9 je ve věku 28 let má vystudovanou Střední zdravotnickou školu a bakalářské studium na JČU obor všeobecná sestra. Na urologickém oddělení pracuje 9 let.

Jaká je nejčastější indikace k nefrektomii?

„Nejčastější určitě je renální karcinom. Dál se může jednat o objemné cysty nebo afunkční ledvinu.“

„Průměrný počet je asi 8 nefrektomií za měsíc. V současnosti převládají hlavně laparoskopické nefrektomie.“

S jakými otázkami se na Vás pacienti před nefrektomií nejčastěji obracejí?

„Otázek je mnoho a jsou spojené hlavně s operačním výkonem, ale také se pacienti ptají např. na život s jednou ledvinou nebo na to co je čeká za omezení po operaci. A kuřáky zajímá hlavně to, kdy si budou moct zapálit.“

S jakými obavami se u pacienta s indikací k nefrektomii nejčastěji setkáváte?

„Obav má pacient mnoho, ale ne každý je na sobě nechá znát, proto je nutné neustále s pacientem mluvit a ptát se na jeho pocity. Obavy jsou spojené hlavně s operačním výkonem.“

Z čeho si myslíte, že mají pacienti největší strach?

„Celkově mají všichni pacienti strach z operace. Ze zkušenosti vím, že starší pacienti mají strach z toho, zda se dá žít jen s jednou ledvinou. U těch mladších se s tím neseťkávám, je to dané pravděpodobně tím, že si spoustu informací vyhledají sami a s lékařem o operaci více diskutují. Často se také pacienti bojí celkové anestezie. Setkávám se i s tím, že s anestezie má strach také rodina pacienta, zvláště pokud se jedná o starší ročníky. Mají strach z poškození mozku pacienta.“

V čem vidíte výhody a nevýhody laparoskopické nefrektomie pro pacienta?

„Výhoda je v tom, že laparoskopická operace je mnohem šetrnější, je méně invazivní, méně bolestivá a umožňuje pacientovi rychlejší návrat do plnohodnotného života a kratší hospitalizaci.“

„Jediná nevýhoda je to, že výkon vyžaduje delší anestezii a klade větší nároky na operátora a celý operační tým.“

A pro Vás, jako sestru?

„Pro mě hlavní výhoda v tom, že pacienti jsou časněji mobilizováni, ošetření operační rány je snadnější a rychlejší oproti operační ráně po klasické nefrektomii. A s tím souvisí i menší spotřeba materiálu.“

„Nevýhoda je v tom, že když pacienti měli dlouhé jizvy po klasické nefrektomii tak si uvědomovali rozsah a závažnost výkonu. Dnes pokud mají jen drobné ranky a cítí se jen trochu dobře, mají tendence operační ránu podceňovat a sebe přeceňovat.“

Jak si myslíte, že pacienti po otevřené nefrektomii vnímají svůj obraz těla?

„Po otevřené nefrektomii je dlouhá operační rána, ale že bych vyloženě zažila situaci, kdy by se pacient více zabýval svou estetickou stránkou než zdravotní, tak s tím jsem se nesetkala. A navíc je operační rána na místě, kde se dá dobře schovat, např. jednodílnými plavkami.“

Na koho pacienti nejčastěji směřují své otázky? (sestra/lékař/ostatní personál)

„Myslím si, že hlavně na nás sestry. Lékařů se ptají pouze v době vizit nebo když je cíleně vyhledají na oddělení. My s nimi trávíme mnohem víc času. Často se také stává, že se ptají ošetřovatelek nebo sanitárek, protože si neuvědomují rozdílnost uniforem.“

Při poskytování informací pacientovi nejčastěji čerpáte z (praxe, ze standardu, z informačního materiálu, informace čerpáte z literatury, ze zkušenosti jiných, jiné).

„Čerpám ze své praxe nebo ze zkušeností kolegyně. Když mě nebo někoho zajímá něco neobvyklého, čerpám z odborné literatury nebo z internetu.“

Jakým způsobem nejčastěji informujete pacienta?

„Je to hlavně slovní formou, pacienti tak mají možnost hned se na něco zeptat nebo si některé informace upřesnit. V písemné formě získávají pouze informované souhlasy, které podepisují ještě před výkonem. Ze zkušenosti vím, že jen malé procento pacientů tyto souhlasy důkladně pročítá.“

Máte na oddělení vypracovaný ošetřovatelský standard týkající se nefrektomie?

„Ano, máme, jak k otevřené, tak k laparoskopické nefrektomii.“

Máte na oddělení nějaký informační materiál týkající se NE?

„Ne, informační materiál nemáme. Myslím si, že pacient získává hodně informací v průběhu celé hospitalizace a veškeré pokyny a termíny kontrolních prohlídek má napsané v propouštěcí zprávě.“

S jakými pooperačními komplikacemi po NE jste se setkala?

„Setkala jsem se s infekcí v ráně, s dehiscencí rány, se zvýšeným odpadem do drénů, který si pak vyžadoval podání transfuze nebo operační revizi. Jako pozdní komplikaci jsem také zažila kýlu v jizvě.“

Myslíte si, že může NE ovlivnit dosavadní život pac.?

„Strašně záleží na tom, jakým životem žil pacient doposud. Pokud se jednalo o aktivního člověka nebo člověka, který byl zvyklý na těžkou fyzickou práci, tak ano, může ovlivnit jeho dosavadní život. Protože bude muset zvolnit tempo a šetřit se.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v předoperačním období?

„Předoperační období je charakteristické hlavně tím, že pacient musí být dostatečně informován o tom co ho čeká, proto je to role sestry - komunikátorky.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v pooperačním období?

„V pooperačním období je to hlavně role sestry – poskytovatelky ošetrovatelské péče.“

V jaké roli sestry jste si nejjistější?

„V roli sestry – poskytovatelky ošetrovatelské péče, komunikátorky, edukátorky, mentorky a manažerky.“

Ve které roli se naopak cítíte nejistá?

„Asi v roli sestry - výzkumnice.“

Co byste doporučila pacientovi po NE?

„Všem pacientům po nefrektomii doporučuji dodržovat klidový režim alespoň po dobu 6 týdnů, dbát na pitný režim a chodit na pravidelné prohlídky.“

Rozhovor 10

Rozhovor se sestrou 10 proběhl na urologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Sestra 10 ve věku 26 let vystudovala Střední zdravotnickou školu. Na urologickém oddělení pracuje 5 let a 3 roky pracovala na traumatologickém oddělení nemocnice Motol.

Jaká je nejčastější indikace k nefrektomii?

„Častou indikací k nefrektomii je renální karcinom, který se vyskytuje velice často. Další příčinou mohou být objemné cysty nebo vážné úrazy ledvin, kdy není možné provést záchovnou operaci.“

„V průměru se na našem oddělení odoperuje 7-9 nefrektomií měsíčně.“

S jakými otázkami se na Vás pacienti před nefrektomií nejčastěji obracejí?

„Otázek mají pacienti mnoho, ale přeci jen mezi nejčastější patří to, kde budou po operaci ležet, jak dlouho budou na JIP, kdy budou moci jíst a vstávat. Často se také ptají, kdy je bude moci navštívit rodina a jejich blízcí. Setkávám se i s tím, že se pacienti ptají, zda dopadne operace dobře. Je nutné tomuto tématu věnovat čas a nebagatelizovat tuto otázku, protože pacient si to může vysvětlit jinak a může to u něj ještě více umocnit obavy z operačního výkonu.“

S jakými obavami se u pacienta s indikací k nefrektomii nejčastěji setkáváte?

„Obavy jsou spojené s výkonem, ale i s neznámým nemocničním prostředím. Obavy také mohou být spojené s předoperačními vyšetřeními nebo s předoperační přípravou. Zvláště pokud se jedná o první operační výkon daného pacienta.“

V čem vidíte výhody a nevýhody laparoskopické nefrektomie pro pacienta?

„Výhody jsou hlavně v tom, že pacienti jsou mnohem kratší dobu hospitalizováni. Jedná se o výkon, který je mnohem šetrnější a méně invazivní a nese s sebou menší riziko pooperačních komplikací. Další výhodou také je lepší kosmetický efekt laparoskopické nefrektomie.“

„Nevýhodou může být delší anestezie a použití CO₂ při výkonu.“

A pro Vás, jako sestru?

„Za sebe vidím hlavní výhodu v tom, že pacient je dříve soběstačný a má menší operační ránu, která se lépe ošetřuje a také se lépe hojí.“

„Nevýhodou je, že pacienti mohou daný výkon podceňovat, právě v souvislosti s menší operační ránou.“

Jak si myslíte, že pacienti po otevřené nefrektomii vnímají svůj obraz těla?

„Po otevřené nefrektomii mohou někteří pacienti mít porušený obraz těla, ale ve většině případů je pro ně hlavní výsledek operace a ne velikost pooperační jizvy.“

Na koho pacienti nejčastěji směřují své otázky? (sestra/lékař/ostatní personál)

„Myslím si, že je to hlavně na sestry a lékaře, i když s námi tráví mnohem více času. Z čehož vyplývá, že na nás mají více dotazů než na samotné lékaře. Někdy se dotazují i nižšího zdravotnického personálu.“

Při poskytování informací pacientovi nejčastěji čerpáte z (praxe, ze standardu, z informačního materiálu, informace čerpáte z literatury, ze zkušeností jiných, jiné).

„Snažím se čerpat ze svých zkušeností nebo lépe řečeno ze zkušeností pacientů, kteří u nás byli odoperováni. Snažím se dohledávat nové informace na internetu nebo v odborných časopisech.“

Jakým způsobem nejčastěji informujete pacienta?

„Ve valné většině je to verbální formou. Touto formou je možné poskytnout mnohem více informací než neverbální formou a je možné okamžitě si ověřit zda pacient podaným informacím porozuměl.“

Máte na oddělení vypracovaný ošetrovatelský standard týkající se nefrektomie?

„Ano, máme, jak k otevřené, tak k laparoskopické nefrektomii.“

Máte na oddělení nějaký informační materiál týkající se NE?

„Informační materiál nemáme a myslím si, že by obsahoval pouze informace, které pacientovi předáváme po celou dobu hospitalizace.“

S jakými pooperačními komplikacemi po NE jste se setkala?

„Pooperační komplikace, které mohou nastat, jsou např. infekce v ráně, krvácení, dehiscence rány, infekce močových cest atd.“

Myslíte si, že může NE ovlivnit dosavadní život pac.?

„Myslím si, že velice záleží na tom, jakým způsobem byl pacient zvyklý trávit volný čas, nebo na tom, jakou vykonával práci.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v předoperačním období?

„V předoperačním období je to hlavně role sestry – edukátorky a komunikátorky.“

Jakou roli nejčastěji zastáváte v pooperačním období?

„V pooperačním období je to především role sestry - poskytovatelky ošetrovatelské péče a edukátorky.“

V jaké roli sestry jste si nejjistější?

„Nejjistější jsem si ve výše uvedených rolích.“

Ve které roli se naopak cítíte nejistá?

„Asi v roli – výzkumnice a manažerky.“

Co byste doporučila pacientovi po NE?

„Všem pacientům doporučuji, aby velice přísně dodržovali klidový režim po dobu 6 týdnů, aby předcházeli komplikacím. Aby dbali na pitný režim, protože je nutné pečovat o zbylou ledvinu. Dále doporučuji hlavně mladým pacientům omezit rizikové aktivity a sporty.“

5. Diskuze

Tato diplomová práce byla zaměřena na prožitky (pocity) nebo-li na to, jak pacient vnímá operační odstranění ledviny. Jinými slovy, jak vnímá jednostrannou nefrektomii ze svého pohledu. Jak již bylo zmiňováno na začátku diplomové práce, Česká republika zaujímá prvenství ve výskytu renálního karcinomu po celém světě. A právě nádorové onemocnění ledvin je nejčastější indikací k nefrektomii. Je to jeden z důvodů, proč jsem se rozhodla této problematice věnovat. Dalším důvodem je, že pokud je dotyčnému člověku sdělena tato diagnóza, stává se v tu samou chvíli nemocným člověkem nebo-li pacientem. Jak uvádí např. Vybíral (46), nemoc pro člověka znamená radikální, byť jen dočasnou změnu prostředí, sociální situace či sociálních rolí, a to je pro jedince velmi nepříjemné. Vždy když mluvíme o nemoci, máme zpravidla na mysli pohled, který nám nabízí současná medicína. Dle Vymětala (43) je, ale nutné uvědomit si, že dalším možným pohledem na nemoc, který je neméně důležitý, je právě pohled samotného pacienta. Pohled pacienta je často velmi složitý, protože je ovlivněn psychickým stavem, obavami a nadějemi, informacemi o nemoci a v neposlední řadě také chováním a působením zdravotnických pracovníků. Proto souhlasím se Zacharovou (23), která upozorňuje na důležitost komplexního přístupu k pacientovi.

Na základě těchto informací byly stanoveny tři výzkumné cíle. Zjistit, jak urologický pacient vnímá jednostrannou nefrektomii, dále zjistit nejčastější obavy, se kterými se urologický pacient potýká před a po operaci. V této problematice jsme se také zaměřili na sestru jako členku zdravotnického týmu, která taktéž poskytuje pacientovi informace, a proto posledním cílem bylo zjistit, jaký má sestra podíl na informovanosti pacienta. Toto zjištění je dle mého názoru velmi důležité, protože sestry si pak mohou uvědomit, že nejčastější příčinou pacientových obav je nedostatečná informovanost, která je spojena s pocitem neznámého či cizího. Měli jsme stanoveny dva výzkumné soubory, a to pacienty s indikací k jednostranné nefrektomii a sestry pečující o tyto pacienty. Kvalitativního výzkumu se zúčastnilo 10 respondentů (pacientů) a 10 sester.

První výzkumný soubor tvořili pacienti, kteří podstoupili jednostrannou nefrektomii. 5 respondentů bylo po klasické otevřené nefrektomii a 5 po laparoskopické

nefrektomii. Informace od respondentů byly získávány pomocí polostrukturovaného rozhovoru a následně přepsány do kazuistik. K tomuto výzkumnému souboru se vztahují cíl 1. a cíl 2. K těmto cílům jsme hledali odpovědi na výzkumné otázky, které byly stanoveny na začátku výzkumu. Výzkumné otázky 1: Jakým způsobem urologický pacient vnímá jednostrannou nefrektomii? Zaměřili jsme se na to, jakým způsobem respondenti reagovali na sdělení diagnózy. 9 z 10 respondentů bylo po sdělení diagnózy v šoku, nečekali, že tohle může potkat právě je. Současně vnímali sdělení diagnózy jako velký a nečekaný zásah do svého života. Je to dané hlavně tím, jak uvádí např. Kawaciuk (4), že nádory urogenitálního traktu jsou dlouhou dobu bezpříznakové. Proto je sdělení konečné diagnózy tak nečekané. Dotyčný do té doby neměl buď žádné a nebo měl jen minimální obtíže. Souvisí to také s tím, že pro pacienta je velice obtížné slyšet slovo nádor nebo onkologické onemocnění, protože jim automaticky naskakuje v hlavě slovo rakovina. Což si myslím, že je hlavní „strašák“ naší veřejnosti. Po sdělení diagnózy zpravidla nastává v hlavě pacienta myšlenkový boj. Zajímali jsme se o to, co následovalo po počátečním šoku ze sdělené diagnózy. Pět našich respondentů je zapojeno do pracovního procesu. Čtyři z těchto pěti respondentů okamžitě napadlo, jaký následek bude mít dlouhá pracovní neschopnost na finanční rozpočet rodiny. Dle mého názoru je to dáno tím, že v současné době je málo pracovních míst a každý se o své místo bojí v souvislosti s delším onemocněním, protože zaměstnavatelé si mohou vybírat. Co je opravdu zajímavé, je fakt, že pouze respondent 2 se zamyslel nad tím, zda druhá ledvina dokáže plně převzít vylučovací funkci. Ostatní uvedli, že je lékař po sdělení o tomto faktu ihned informoval, takže už se nad tím více nezamýšleli a plně lékaři důvěřovali. V souvislosti s touto výzkumnou otázkou jsme se dále ptali, jak respondenti vnímají svou budoucnost. Pouze čtyři respondenti, uvedli že mají strach ze své budoucnosti a z toho, co bude dál. Například respondent 8 uvedl, že se obává vzniku metastáz. Pět respondentů připustilo, že určité obavy z budoucnosti mají, ale plně důvěřují lékaři a doufají, že to nejhorší již mají za sebou. Respondent 6 dokonce uvedl, že si obavy vůbec nepřipouští. Sám o sobě tvrdí, že je optimista, takže vždy věří v dobrý výsledek. Co ovšem téměř všem respondentům dělalo starosti, byl fakt, že budou muset po dobu 6 týdnů dodržovat přísný klidový režim. V praxi se říká, že pacienti jsou tzv.

„šestinedělky“. Študent (6) poukazuje na důležitost dodržení klidového režimu, díky kterému pacienti předcházejí vzniku pooperačních komplikací. Čtyři respondenti uvedli, že jsou si vědomi toho, jak je klidový režim po takovém zákroku důležitý, ale i přesto vědí, že jim bude dělat problém toto doporučení dodržet. Respondentka 5 doslova uvedla, že není zvyklá se takhle dlouho „povalovat“, protože má hodně práce okolo domu a děti bydlí daleko. Bohužel musím souhlasit s Kočárkovou (7), že někteří pacienti po nefrektomii mají sklony k bagatelizování. Je to dané především tím, že se poměrně brzy cítí dobře a začnou podceňovat rozsah operačního zákroku. Proto je tak důležité, aby byli pacienti dostatečně informováni o možných komplikacích či rizicích, která jsou s tím spojené.

Další, co nás zajímalo, bylo zjistit čeho se pacienti obávají, to nás navedlo na další výzkumnou otázku – Jaké jsou nejčastější obavy pacienta před operací? Křivohlavý (27) ve své knize popisuje možné obavy spojené s operačním výkonem, které dotyčný pacient může, ale nemusí prožívat. Jedná se o obavy spojené s celkovou anestézií. Zejména pak o bezmoc, kterou s sebou anestezie přináší, popřípadě pak z nekontrolovatelné mluvnosti nebo nevolnosti. Z našich dotazovaných respondentů tři přiznali obavy z anestezie. Je to dané tím, že se u nich jednalo o první operační výkon v celkové anestezii, zatímco respondenti 2 a 6 měli již několik výkonů v anestezii za sebou, tak si obavy s tím spojené vůbec nepřipouštěli. V souvislosti s operačním výkonem se dle Dostálové (29) může objevit i strach z bolesti. I u našich respondentů se tyto obavy objevily. Respondenti 1, 5 a 9 uvedli obavy z bolesti, ale následně pak všichni dodali, že obavy byly neoprávněné. Bolest byla minimální především díky práci sester, které velice přesně monitorovaly projevy bolesti a včas podávaly příslušná analgetika. Jsem velice ráda, že ani jeden respondent neuvedl obavy spojené s ošetrovatelskou péčí. Pouze respondent 8 se obával přílišné nesoběstačnosti a závislosti na pomoci sester, ale následně se tyto obavy ukázaly jako nepodložené. Myslím si, že to, že ani jeden respondent nepřemýšlel nad tím, že by ošetrovatelská péče mohla být neprofesionální, je vizitkou velice dobré úrovně dnešního ošetrovatelství. Ale osobně si myslím, že je to dáno především tím, že sestry považují pacienta za partnera a aktivního spoluúčastníka ošetrovatelského procesu, jak uvádí

např. Venglářová (45). Obecně lze říci, že nejčastějšími odpověďmi respondentů byl již zmiňovaný strach z anestezie, z operace, z budoucnosti a strach z bolesti. V každém případě, ať už jsou obavy pacienta před výkonem jakékoli, je nezbytně nutné důkladně vysvětlit a informovat pacienta o tom, co ho čeká. Je to důležité hlavně z toho hlediska, že pacient, který je předem seznámený s tím co ho čeká, se může duševně připravit na to, co může sám pro sebe v dané situaci udělat.

S obavami a s pocity pacientů, které prožívají v souvislosti s operačním výkonem na jednom z životně důležitých orgánů, bezprostředně souvisí opora a podpora ze strany sester, lékařů, přátel i rodiny. V souvislosti s touto problematikou jsme si položili další výzkumnou otázku – Na koho se pacienti nejčastěji obracejí se svými obavami? V této souvislosti jsme se respondentů dotazovali, zda je někdo doprovázel v den příjmu a kdo jim byl v době hospitalizace oporou. Dva respondenti přišli na plánovaný příjem bez doprovodu někoho blízkého a vzápětí dodávali, že by uvítali, kdyby je blízcí doprovodili. Hlavním důvodem jejich nepřítomnosti bylo pracovní vytížení partnerů. Udávají, že by se v danou chvíli cítili mnohem lépe a jistěji. Respondetka 3 také dorazila bez doprovodu, ale v jejím případě se nejednalo o plánovaný příjem, proto není relevantní hodnotit tuto situaci stejně. Zbýlých sedm respondentů vnímalo doprovod blízké osoby jako pozitivní. Myslím si, že je to dáno hlavně tím, že pacienti vnímají nemocniční prostředí jako neznámé a cizí, a blízká osoba pro ně v danou chvíli představuje jediný pevný a záchytný bod. I Beran (41) ve své publikaci poukazuje na důležitost psychosociální podpory ze strany rodiny či personálu v průběhu celé hospitalizace, zvláště pak při zvládání obav a strachu. Šest respondentů v našem případě uvedlo, že velkou oporou jim v průběhu hospitalizace byla rodina. Nejedná se o nijak překvapující výsledek i Zacharová (25) uvádí, že nejpřirozenější podporou v době nemoci či v těžkém období pacienta je právě rodina. Zbylí čtyři respondenti uvedli, že se zvládáním obav jim pomohla ošetřující sestra. Opět se nejedná o překvapující výsledek, jelikož sestra tráví s pacientem nejvíce času, je s ním v neustálém kontaktu či interakci. Připravuje ho na předoperační i pooperační období, naslouchá mu a často mu napomáhá vyrovnat se s jeho starostmi. Z tohoto výsledku můžeme opět usuzovat, že naši respondenti byli spokojeni s poskytováním ošetrovatelské péče od sester. Protože

to, jak se pacient cítí, se odráží na jeho psychice, která, jak už jsme říkali v úvodu, se promítá do celkového stavu pacienta. Respondenti na otázku, na koho se obraceli v době hospitalizace se svými obavami, v převážné většině, tedy sedm respondentů, odpovídali, že právě sestra byla ta osoba, kterou vyhledali, když měli nějaké obavy. Opět to souvisí s tím, že sestra s pacienty tráví velkou část své pracovní doby. Tři respondenti odpověděli, že se se svými obavami obraceli na lékaře. Osobně si myslím, že je to způsobeno přirozenou autoritou lékaře, která na pacienty působí. Očekávají od něj zájem o svoji osobu a zdraví a také přesnější informace. Je možné, že je to dáno také tím, že lékaři mají ve svých kompetencích informovat pacienta o operačním postupu, o možných komplikacích či rizicích, které mohou nastat a pokud by nastala, tak o postupu, jak bude probíhat proces uzdravování a rekonvalescence.

Ve výzkumném šetření jsme se také zaměřili na to, jak pacienti po nefrektomii vnímají sami sebe v souvislosti s pooperační jizvou. Jelikož další možnou obavou je strach ze zanechání tělesného defektu, spojený s částečným nebo úplným odstraněním orgánu zasaženého nádorem, v našem případě ledviny. A s tím je spojená velká pooperační jizva, která především u radikální otevřené nefrektomie může dosahovat délky až 40 cm. Tento poznatek nás přivedl na výzkumnou otázku 2 – Jak urologický pacient po jednostranné nefrektomii vnímá obraz svého těla? Pacient po nefrektomii může vnímat vlastní obraz těla jako porušený, může mít pocit vlastního znehodnocení. Estetický výsledek bývá snášen tím hůře, čím je pacient mladší, především pak jedná-li se o ženu. Dle Workamana (63) je úlohou sester v této situaci pacientovi empaticky vysvětlit, že odstranění nádoru je pro pacienta osobní výhrou a jizva pro něj není překážkou v překonávání osobních cílů a úkolů. V našem výzkumné šetření jsme se touto otázkou také zabývali. I když porušené vnímání těla v souvislosti s pooperační jizvou je spojené spíše s klasickou otevřenou nefrektomií, která se provádí z transperitoneálního řezu. Především z toho důvodu, že umožňuje operátorovi lepší přehlednost operačního pole a dle Shucha (20) se provádí u větších nádorů nebo u rozsáhlých traumat ledvin. Na tuto otázku jsme se ptali všech respondentů, ale považují za vhodné zhodnotit pouze odpovědi prvních pěti respondentů, protože respondenti po laparoskopické nefrektomii neměli problém s přijetím obrazu svého těla.

I když dle jejich vyslovených odpovědí byli v převážné většině rádi, že nemají velkou operační ránu. Jak již bylo předesláno, u prvních pěti respondentů byla provedena klasická otevřená nefrektomie. Čtyři respondenti nám odpověděli, že nemají problém s přijetím svého těla a nevnímají operační jizvu jako překážku, ale naopak na ni pohlíželi s respektem a dodávají, že přednější je výsledek operace, protože jizva není překážkou v životě pacienta. Jedná se pouze o kosmetickou a estetickou záležitost, která pacienta neohrožuje na životě. Jenom respondentka 3 uvedla, že jí zmiňovaná jizva vadí. Je to především z toho důvodu, že se jedná o mladou ženu, které není estetické hledisko lhostejné. Přiznala, že má obavy i z reakce manžela, který dle jejích slov neprojevil k operační ráně nějaké negativní ohlasy, ale i přesto má určité obavy.

Jelikož jsme během výzkumného šetření zjistili, že naši respondenti se obraceli se svými obavami hlavně na sestru, evokovalo to v nás další otázku, která pro nás byla z hlediska výzkumného šetření velmi podnětná. Stanovili jsme si poslední výzkumný cíl 3 – Zjistit, jaký má sestra podíl na informovanosti pacienta? V první řadě nás zajímalo, zda se sestra podílí na informovanosti pacienta, jelikož to, že mu pomáhá zvládat jeho obavy, ještě neznamená, že poskytuje dotyčnému nějaké informace navíc. Je velmi zajímavé, že šest respondentů uvedlo, že v případě nějaké nejasnosti se obraceli na sestru, protože cítili, že se jí mohou zeptat na cokoli a že na ně má dotyčná sestra čas. Tři respondenti uvedli, že na lékaře se svými dotazy obraceli pouze v době vizit nebo během převazů. Respondent 2 uvedl, že lékař se u jeho lůžka zdržel jen nezbytně dlouhou dobu a bylo vidět, že má naspěch. Z toho důvodu respondent 2 své dotazy situoval na sestry, které mu potřebné informace poskytly. Podobné zkušenosti má i respondentka 9. Potvrdila, že se s dotazy obracela spíše na sestry. Je pochopitelné, že se respondenti obraceli spíše na sestry. Sestra je v podstatě prostředníkem mezi nimi a lékařem a je jim po celou dobu hospitalizace nejbližší. Tato problematika může být zapříčiněna také tím, že pacienti vzhlížejí k lékařům s respektem a někdy se ostýchají dotazovat se jich. Podávání informací velice úzce souvisí s rolí sestry – edukátorky, kterou zmiňuje i Staňková (22) ve své publikaci. Právě Staňková je toho názoru, že prostřednictvím edukace dosahuje sestra potřebné změny v chování pacientů, čímž se snižuje riziko možných pooperačních komplikací, právě kvůli bagatelizování výkonu

nebo nedodržení léčebného režimu. Jsem stejného názoru jako Morovicsová (41), která klade důraz na to, aby si sestry uvědomovaly, že nedostatečné podávání informací je častou příčinou právě výše zmiňovaných obav a strachu. Tohoto faktu jsou si dotazované sestry vědomy a starají se o to, aby jejich pacienti měli informací dostatek. Tento poznatek vzešel z výsledků rozhovorů se sestrami, které budou rozebrány níže. Z výsledků je tedy patrné, že se sestry podílí na informovanosti pacientů velkou měrou. A je to výsledek toho, že pacienti sestrám důvěřují a považují od nich získané informace za relevantní, kvalitní a dostatečné, čímž jsme si zodpověděli výzkumnou otázku – Jak se sestra podílí na informovanosti pacienta? Je velmi potěšující, že pacienti sestrám důvěřují a obracejí se na ně se svými dotazy. Doporučujeme tedy, aby sestry respektovaly pacientův ostych před lékařem a neustále se dotazovaly a ujišťovaly, zda pacientovi neschází nějaké informace, popřípadě mu je zajistily.

K této problematice jsme si stanovili dílčí výzkumnou otázku– Jakým způsobem sestra nejčastěji informuje pacienta? Dle výsledků z jednotlivých rozhovorů můžeme říci, že nejčastější způsob podávání informací pacientovi je verbální nebo-li slovní formou. Tento způsob umožňuje oběma komunikujícím stranám ujistit se, zda byly získané informace dobře podány a následně pochopeny. Venglářová (45) uvádí, že při komunikaci ze strany sestry k pacientovi je nutné ujistit se, zda informace opravdu pochopil, aby se předešlo možným komplikacím, které by mohly vzniknout na základě neporozumění informacím, zvláště pokud se jedná o informace pro pacienta nové a neznámé. I samy sestry při rozhovorech potvrdily fakt, že pacienty informují nejčastěji verbální formou. Bylo milým překvapením, že všichni respondenti se shodli na tom, že informace podávané sestrami byly přesné, srozumitelné a zároveň dostačující a v přiměřené míře, tudíž je respondenti mohli v klidu vstřebat. Co se týká informací v neverbální formě, respondenti uvedli, že obdrželi tyto informace pouze ve formě informovaných souhlasů. Potěšilo nás, že pouze dva respondenti informované souhlasy nepročítali a pouze je podepsali. Respondentka 3 byla oproti ostatním ve velké nevýhodě, protože nebyla ve stavu, kdy by měla sílu pročitat všechny informované souhlasy. Ale uvedla, že lékař ji v danou chvíli ovšem informoval, tudíž věděla co podepisuje. Zatímco zbylých osm respondentů považovalo za nutné pročíst si

informace, pod které se mají podepsat. Respondenti při rozhovoru také udávali, že informace k informovaným souhlasům jim dokonale osvětlil lékař, ale i přesto se sestry dotazovaly, zda nechtějí ještě něco upřesnit. V souvislosti s informovaností našich respondentů jsme se při rozhovoru ptali také na to, zda by uvítali nějaký informační materiál určený pro pacienty po nefrektomii. Odpovědi byly velice různorodé. Dle mého názoru to bylo dané tím, jaké množství informací obdržel respondent od lékaře při sdělení diagnózy. Dva z našich respondentů uvedli, že by takovýto materiál vítali, ale netrvali by na něm. Tři z nich uvedli, že by byli rádi, kdyby obdobné informace získali v psané formě, protože si mezitím kladli plno otázek, na které by díky tomuto materiálu mohli nalézt odpověď. Zatímco zbývajících pět respondentů odpovědělo, že by tento materiál nechtěli. Považovali za dostačující informace, které jim poskytl lékař a nebo si některé informace dohledali na internetu. Respondentka 9 dokonce uvedla, že nejpřínosnější pro ni byla internetová diskuze s lidmi, kteří již po nefrektomii jsou.

Považuji za nutné upozornit na to, že nejčastější předpokládanou příčinou vzniku renálního karcinomu je kouření, obezita a popřípadě hypertenze, jak uvádí například Kawaciuk (4) či Mikšíková (37). Ukázalo se, že pouze čtyři naši respondenti mají BMI pod 25, tudíž se nacházejí v kategorii – normální váha. Zatímco další tři respondenti se nacházejí v kategorii – nadváha a zbývajících tři respondenti dokonce v kategorii – obezita. Respondentka 9 si je velice dobře vědoma toho, že zdravý jídelníček a pohyb je základem zdravého života, ale i přesto si nedokáže odpustit např. masné výrobky a místo chůze či jízdy na kole, se raději sveze autem. Šamanová (11) uvádí, že riziko vzniku výrazně zvyšuje strava bohatá na živočišné tuky, zvýšená konzumace smaženého a uzeného masa a častá konzumace drůbežního masa nebo masa upravovaného na rožni. Další z možných příčin vzniku karcinomu ledvin je výše zmiňovaná hypertenze. V našem výzkumném souboru se s vysokým tlakem léčí tři respondenti. Co se týká kouření, jedná se o příčinu, která je jednou z obecně uznávaných karcinogenních faktorů, i když představuje jen malé zvýšení rizika vzniku 1,4 – 2,3krát. Tuto informaci uvádím z toho důvodu, že čtyři z našich respondentů jsou kuřáci a tři jsou bývalí kuřáci. Osobně si myslím, že tyto ukazatele jsou velice

alarmující, protože se jedná o příčiny, kterým lze vlastní vůlí předcházet. Tento výsledek je dle mého názoru důvodem k zamyšlení.

Na základě výsledků prvního výzkumného souboru, jsme se zamysleli nad tím jak, na problematiku nahlíží sestry, které se o pacienty po nefrektomii starají. Zda dokážou definovat obavy, se kterými se pacienti před a po výkonu musejí vypořádat. Zda je pohled na danou situaci stejný nebo diametrálně rozdílný. Proto jsme si stanovili druhý výzkumný soubor, který tvořilo 10 urologických sester. Rozhovor s nimi byl realizován na urologických pracovištích výše zmiňovaných nemocnic. Výzkumný soubor byl velice rozmanitý. Jednalo se o sestry ve věku 26 – 58 let, s minimální praxí 3,5 roku a maximální praxí 39 let. I přes takto velké věkové a zkušenostní rozdíly, odpovídaly sestry na naše otázky velmi podobně. Našeho výzkumného šetření se zúčastnilo pět vysokoškolsky vzdělaných sester, tři sestry středoškolsky vzdělané a dvě měly specializaci ARIP.

Úvodní otázka zjišťovala, zda sestry vědí, jaká je nejčastější indikace k nefrektomii. Nebylo pro nás překvapením, že všechny sestry dokázaly dokonale vyjmenovat příčiny vedoucí k nefrektomii. Pouze to potvrzuje naši domněnku, že jsme si pro rozhovor vybrali zkušené sestry a odbornice, protože je nezbytně nutné, aby sestra měla i teoretické znalosti. Další otázky již byly zaměřeny na námi dříve stanovené výzkumné otázky. Zjišťovali jsme, s jakými otázkami se pacienti před výkonem na sestry nejčastěji obracejí. Ukázalo se, že pacienty nejvíce zajímá předoperační příprava, kde a jak dlouho budou po výkonu uloženi, dále se dotazují na to, jak dlouho operace potrvá, zda jsou možné návštěvy a jak bude probíhat pooperační režim. A někteří starší pacienti se také dotazují na život s jednou ledvinou. Jak uvádí sestra 1, setkává se s touto otázkou spíše u starších pacientů a domnívá se, že to je dáno tím, že mladší pacienti mají snadnější přístup k informacím a ovládají moderní informační technologie. Zatímco ti starší spoléhají spíše na to, co jim řekne lékař nebo sestry. S touto otázkou také souviselo, s jakými obavami se sestry u pacientů setkávají. Ukázalo se, že největší obavy jsou spojené s neznámým nemocničním prostředím, operačním výkonem, s nesoběstačností a s celkovou anestezií. Sestra 3 uvedla, že se domnívá, že veškeré obavy pramení ze všeho neznámého, proto je dle jejích slov, tak důležité minimalizovat strach dostatkem

srozumitelných informací a individuálním rozhovorem s každým pacientem. Další zajímavostí, na kterou nás upozornily sestry, je jak důležitá může být délka čekací doby před operací. Sestra 4 poukazuje na to, že pro pacienty je nejhorší tzv. čekání na operaci, kdy se jim minuty a hodiny před výkonem vlečou a mají spoustu času na přemýšlení. Kolikrát se sami pacienti „dokážou vynervovat“. Proto souhlasíme s Janáčkovou (28), která uvádí, jak je důležité pozorovat nonverbální projevy nemocného, které nám často napoví o obavách pacienta víc než samotná slova. Můžeme konstatovat, že v této oblasti se odpovědi respondentů a sester v podstatě shodují. Je velice příjemné zjištění, že pacienti a sestry mají na tuto oblast stejný pohled, protože se pohled pacienta a zdravotnického personálu nemusí vždy shodovat.

Dále nás zajímalo – Na koho se pacienti nejčastěji obracejí se svými obavami? Tato otázka se ukázala jako velice zajímavá, z toho důvodu, že první co sestry odpověděly bylo, že pacienti se obracejí právě na ně, na sestry. Takto se vyjádřilo všech deset sester. Ale vzápětí jich pět dodalo, že se samozřejmě pacienti ve značné míře obracejí i na lékaře. Ale domnívají se, že na lékaře se neobracejí se svými obavami, ale spíše u nich hledají odpovědi na otázky týkající se operačního výkonu či dalšího průběhu léčby. Jak naši respondenti, tak i sestry uvedli, že lékaře se pacienti ptají hlavně v době vizit a nebo při příjmu. Sestra 7 se domnívá, že na lékaře se pacienti obracejí hlavně s otázkami týkajícími se léčby či jejich prognózy. Zatímco na sestry se obracejí, když je zajímá něco ohledně předoperační přípravy či pooperační péče. Proto je důležité, aby si každá sestra udělala čas na zjištění pacientových obav, pocitů a starostí. Může k tomu přispět třeba i tím, že pacientovi vysvětlí, co mu provádí za odběry, převazy nebo jaké léky mu podává a proč. Samy sestry uvedly, že považují za přirozené, že pacienti vyhledávají spíše je, v době kdy mají nějaké obavy, z toho důvodu, že s pacienty tráví více času a během hospitalizace mezi nimi dochází k utvoření určitého vztahu, který je založený na důvěře. Jsem ráda, že si sestry uvědomují, že jsou to právě ony, které jsou hlavní oporou pacientovi. Sestry by proto měly být k pacientovým pocitům či obavám empatické, vstřícné, naslouchat jim a vždy respektovat názory a přání pacienta a poskytnout mu psychosociální podporu. Jedině tak se může jednat o kvalitní ošetrovatelskou péči orientovanou na potřeby a pocity pacienta. Poláchová (58) uvádí,

že empatie je jednou ze sociálních dovedností sester, která se stává nedílnou součástí ošetrovatelské profese.

V návaznosti na tuto problematiku si můžeme zodpovědět následující výzkumnou otázku – Jak se sestra podílí na informovanosti pacienta? Chtěli jsme se od sester dozvědět zda a jakým způsobem se podílí na informovanosti pacienta. Zároveň jsme chtěli tyto informace získat od pacientů (viz první výzkumný soubor) i od sester. Na základě našich výsledků můžeme říci, že se sestry výrazně podílejí na informovanosti pacientů. Toto tvrzení můžeme podložit tím, že sestry uvedly otázky, které na ně pacienti mají, a tyto otázky v podstatě kopírují jednotlivé oblasti nebo kroky, které pacient v průběhu hospitalizace prožívá. Vše začíná přijetím pacienta, následuje předoperační příprava, samotný výkon, pooperační péče, propuštění a následně režimová opatření, která by měl pacient doma dodržovat. Ve všech těchto oblastech hraje sestra klíčovou roli. V souvislosti s touto problematikou nás zajímalo, jaké role sestry jsou nejvíce uplatňovány v předoperačním období a jaké v pooperačním období. Ukázalo se, že v předoperačním období sestry nejčastěji zastávají roli sestry komunikátorky a edukátorky. Kozierová (40) tvrdí, že komunikace je základním stavebním kamenem ošetrovatelství, protože komunikace se odráží ve všem, co sestra dělá, a zároveň efektivní komunikace může usnadnit spolupráci s pacientem. Sestra 1 uvedla, že komunikace je klíčem k důvěře pacienta a považuje za nezbytné informovat ho o všem co bude následovat. To je asi hlavním důvodem toho, proč tuto roli uvedlo devět sester z deseti. Další výrazně zmiňovanou rolí byla role sestry – edukátorky, která byla uvedena v pěti případech. Sestra 3 je toho názoru, že v předoperačním období je edukace velice důležitá z toho důvodu, že je zaměřena na předávání informací týkajících se hospitalizace a předoperační přípravy. Totožného názoru je i sestra 7 a 8. Dle Haluzové (49) s sebou edukace nese určité předpoklady, které jsou na sestru kladeny, jako jsou potřebné znalosti, komunikační dovednosti, dostatek empatie a také respekt k samotné osobnosti pacienta. Současně se role edukátorky promítla i do pooperačního období, a to u čtyř sester. Domnívám se, že je to z důvodu toho, že sestra podporuje pacientovy dovednosti, ovlivňuje jeho postoje, názory, hodnoty k vlastnímu zdraví a životnímu stylu. Téhož názoru je například Škrla a Škrlová (48). Jednoznačně

nejvíce zmiňovanou rolí v pooperačním období byla role sestry – poskytovatelky ošetrovatelské péče. Tuto skutečnost uvedlo všech deset sester. Zmiňovaná odpověď pro nás nebyla nijak překvapující. Je to dané především tím, že se jedná o nejčastěji poskytovanou roli, kterou sestra zastupuje ve vztahu k pacientovi. I samotní pacienti po nefrektomii předpokládají, že jim bude poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče v průběhu celé hospitalizace. Sestry uvádějí, že role poskytovatelky ošetrovatelské péče současně s rolí edukátorky a komunikátorky je jim nejbližší. Je to z toho důvodu, že na sestry jsou ze strany pacienta kladeny vysoké nároky. Očekává především profesionální a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči, zároveň očekává dobré komunikační schopnosti a samozřejmě také znalosti a informace, které mu má sestra předat. Dle Farkašové (34) jedině tak může vzniknout vztah mezi sestrou a pacientem založený na důvěře. Zaujalo nás, že nejvíce zmiňovanými rolemi ve kterých se sestry cítí nejisté, byly role výzkumnice a manažerky. Pouze sestra 7 uvedla, že není role, ve které by se cítila nejistá. Role manažerky je v podstatě součástí všech ošetrovatelských činností, které sestra u pacienta po nefrektomii zastává. Domníváme se, že hlavním důvodem, proč byla nejvíce zmiňována tato role, je fakt, že sestry si pod pojmem sestra manažerka představují sestru ve vedoucí funkci. Gladkij (53) poukazuje na to, že sestra manažerka je do jisté míry i směnná sestra, která ve své každodenní činnosti využívá základní stupeň řízení. Sestra na této úrovni provádí základní manažerské činnosti – organizování, plánování, řízení a kontrola práce. Tyto činnosti sestra realizuje aniž by si uvědomovala, že se jedná o činnosti manažerské. Další zmiňovanou rolí byla role výzkumnice. Tato role je zaměřena na provádění výzkumného šetření v ošetrovatelství, kdy cílem je zvýšení vědomostí v oblasti ošetrovatelské péče a následné zdokonalení ošetrovatelské péče. Tato role byla zmíněna u 6 sester. Hlavní důvod nám osvětlila sestra 1, která uvedla, že se raději zabývá praktickou stránkou věci než teoretickou. Domníváme se, že by sestry měly provádět výzkumy, protože každá může mít jiné zkušenosti či postřehy v péči o pacienty po nefrektomii.

V návaznosti na výzkumnou otázku 5 jsme si položili další otázku– Jakým způsobem sestra nejčastěji informuje pacienta? Předpokládali jsme, že nejčastějším informačním způsobem bude verbální forma, a nemýlili jsme se. Tuto skutečnost uvedlo

všech deset sester. Např. sestra 10 tvrdí, že pomocí verbálního přenosu informací, má ona, jako sestra, možnost předat kvalitní informace ve srozumitelné formě a v přiměřené míře a současně se hned ujistit, zda pacient podaným informacím porozuměl. Téhož názoru jsou i ostatní sestry a i já s nimi souhlasím. Sestra by vždy měla poskytované informace přizpůsobit věku, vzdělání pacienta a také brát v potaz pacientovu aktuální náladu, jeho pocity a potřeby (56). Současně dodávají, že nemají moc jiných způsobů, jak informace předávat. Informované souhlasy pacient sice získává, ale zde je povinností lékaře předat potřebné informace. Sestry uvádějí, že v některých případech pouze doplňují informace z informovaných souhlasů, protože se pacienti ostýchají lékaře znovu zeptat. A jsme opět u výše zmiňovaného ostychu. Sestra 8 uvedla, že někdy předává informace i pomocí názorného nakreslení obrázků, jak např. funguje nebo vypadá ledvina. Další možností, jak pacientovi předat informace je prostřednictvím informačního materiálu. Proto jsme se sester zeptali, zda takový materiál na oddělení využívají. Odpovědi byly spíše záporné. Osm sester uvedlo, že žádný informační materiál nepoužívá. Jedna sestra uvedla, že dříve takový materiál na oddělení býval, ale byl složitě zpracován a pro pacienty byl příliš odborný. Pouze sestra 3 uvedla, že předává informační materiál pro pacienty před operací a edukační materiál, který pacient obdrží při propuštění, obsahující doporučení ohledně klidového režimu, životosprávy a řadu dalších informací. Materiál mimo jiné obsahuje telefonický kontakt na službu pro případný výskyt komplikací.

Dále jsme od sester zjišťovali, jak si ony myslí, že urologický pacient vnímá jednostrannou nefrektomii. V souvislosti s touto otázkou jsme se ptali, zda může nefrektomie ovlivnit dosavadní způsob života. Odpovědi na tuto otázku se více méně shodovaly. Všechny sestry se domnívají a ze své zkušenosti to mají ověřené, že pacienti s jednou ledvinou mohou žít i nadále velice kvalitním životem. Ovšem je zásadní, to jaký způsob života preferovali před operací. Pokud se jednalo o aktivního sportovce, který vyhledával extrémní sporty, jeho život bude razantně ovlivněn. Nebo, jak uvedla sestra 1, pokud se jedná o pacienta, který vykonával fyzicky náročnou práci, bylo by vhodné uvažovat o jiném méně náročném zaměstnání, protože je třeba mít na paměti, že pacient má pouze jednu ledvinu a tomu by měl přizpůsobit své chování a jiné aktivity,

aby riziko poranění u zbývající ledviny bylo co nejmenší. Tyto informace uvádí i Klener (10) či Navrátil (1). Bylo nasnadě položit sestřám otázku, co doporučují pacientovi po nefrektomii. Všechny sestry se shodly na tom, že je velice důležité pacientovi neustále připomínat, aby dodržoval klidový režim minimálně po dobu šesti týdnů. To uvedlo všech deset sester na prvním místě. Jako další zazněla doporučení: dbát na pitný režim, šetřit se při fyzické aktivitě, sportu a dodržovat pravidelné lékařské kontroly. Dále sestra 8 považuje za nutné informovat pacienty o změně stravovacích návyků a o zdravotních komplikacích, které s sebou přináší hypertenze, obezita a nevhodná strava. Veškerá doporučení se shodují i s prostudovanou literaturou např. s Kočárkem (5) či s Kočárkovou (7).

Poslední problematikou, kterou jsme se zabývali, bylo - Jak pacient po jednostranné nefrektomii vnímá svůj obraz těla? Odpovědi, které sestry uvedly vycházely, z jejich vlastních zkušeností. Všechny se shodly na tom, že tato problematika se může dotýkat pouze pacientů po klasické otevřené nefrektomii. I Kawaciuk (4) poukazuje na důležitost estetické stránky výkonu, proto se neustále rozšiřuje laparoskopická operativa. Šest sester uvedlo, že vnímání této problematiky je velice individuální a velice to záleží na věku, pohlaví a na celkovém vnímání jedince. Sestra 10 poukazuje na to, že porušené vnímání těla může být spíše u mladších žen. Ze své zkušenosti ví, že u pacientů na misce vah, převažuje zdravotní stránka nad tou estetickou. Zatím co sestra 3 naopak uvedla skutečnost, kterou jsme vůbec neočekávali, a sice, že pacienti mohou vnímat porušeně obraz svého těla především v souvislosti ze zavedením permanentního močového katétru, je zajímavé, že nad tímto problémem se pozastavila pouze jedna sestra. Dále sestra 3 uvádí, že po operaci se pacienti aktivně zajímají o velikost operační rány, její umístění a celkový vzhled. Ale při propuštění je u valné většiny pacientů obraz těla neporušený. Ojedinele se vyskytují obavy z reakce veřejnosti při návštěvě veřejných koupališť, zvláště pak u mladších pacientů. Ale nezaznamenala při následných ambulantních kontrolách případ, že by byl u pacienta porušený obraz těla z pohledu partnera a následně měla tato skutečnost jakýkoliv vliv na jejich vztah. I když zkušenosti sester porušené vnímání těla spíše vyvracejí, nikdy by neměly zapomínat na psychickou podporu pacienta a i na to, že takováto situace může nastat.

Naším přáním bylo, aby toto výzkumné šetření s sebou přineslo něco zajímavého a něco nového pro pacienty, sestry, ale i pro studenty. Proto jsme se rozhodli vytvořit informační mapu péče, určenou pacientům k plánované nefrektomii. Tato informační mapa má sloužit nejen pacientům, ale i sestřím při poskytování ošetrovatelské péče. Škrla (48) ve své publikaci prezentuje mapu péče, jako nástroj pro sestry, který jim umožňuje vykonávat jejich práci kvalitněji, rychleji, efektivněji, účelněji a také levněji. Námí vytvořená informační mapa (viz příloha 4) by mohla posloužit, jako materiál vhodný k výuce předmětů, v nichž je probírána problematika nefrektomie. Informační mapa péče obsahuje všechny oblasti, které jsou pro pacienta během hospitalizace důležité. Mapa je přehledně rozdělena dle sledu událostí. Snažili jsme se o to, aby byla přehledná, názorná a pro pacienta srozumitelná. Současně by informační mapa péče měla posloužit pacientovi jako určité vodítko, aby se orientoval v dané problematice, a měla by mu pomoci připravit se na to, co ho čeká. Domnívám se, že může posloužit i sestřím při poskytování ošetrovatelské péče a edukaci. Bylo by potěšující kdyby námí vytvořená informační mapa pomohla ke zdokonalení ošetrovatelské péče a současně byla pomocí nebo průvodcem pro pacienty k plánované nefrektomii.

Výsledky našeho výzkumného šetření mohou být přínosem pro sestry, které pečují o pacienty po nefrektomii. Pomohou jim pochopit, jak se pacient cítí před a po výkonu, a bude jim jasné, co takový pacient od sestry očekává a potřebuje. Pro sestry, které se dnes a denně starají o tyto pacienty, by mohl být tento výzkum velkým přínosem, protože je naučí pohlížet na nemoc nejen z pohledu současné medicíny nebo ošetrovatelské péče, ale naučí je, jakým způsobem na nemoc pohlížejí pacienti, kteří jsou v celém léčebném procesu klíčovými hráči. Sestry by si měly být vědomy toho, co pacienti prožívají, a umět na dané situace adekvátně reagovat. Současně by se sestry měly zajímat o názory, postoje, obavy a pocity, které pacienti prožívají v souvislosti s operačním odstraněním ledviny a zároveň, tak plnit všechny role sestry, které mají u pacientů zastat. Dále by nás potěšilo, kdyby námí vytvořená informační mapa péče sloužila, jako pomocník pacientům, díky kterému se mohou připravit se na celý průběh hospitalizace.

6. Závěr

Česká republika zaujímá prvenství ve výskytu renálního karcinomu, který je nejčastější indikací k nefrektomii. Domníváme se, že proto je toto téma aktuální. Téma „Jednostranná nefrektomie z pohledu pacienta“ lze pojmout a chápat více způsoby. Zaměřili jsme se na to, jak na danou problematiku nahlíží pacient, který v období hospitalizace zažívá řadu obav a emocí. Dále jsme se zaměřili na to, zda se liší pohled sester a pacientů na danou problematiku.

V práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak urologický pacient vnímá jednostrannou nefrektomii. K tomuto cíli se vztahovaly dvě výzkumné otázky. Jakým způsobem urologický pacient vnímá jednostrannou nefrektomii? Na základě informací získaných od respondentů, bylo zjištěno, že pacienti po sdělení diagnózy byli v šoku a kladli si otázku, „Proč právě já?“ Současně vnímali sdělení diagnózy a operačního řešení, jako velký a nečekaný zásah do dosavadního života. Dále - Jak urologický pacient po jednostranné nefrektomii vnímá obraz svého těla? Ukázalo se, že estetická stránka výkonu hraje určitou roli v psychice pacienta, ale i přesto dotazovaní respondenti vyzdvihovali zdravotní stránku nad tou estetickou. Respondenti neměli problém s přijetím svého těla a nevnímali operační jizvu jako překážku. Stejný názor měly i dotazované sestry. Také uvedly, že pro pacienty je zásadní celkový výsledek výkonu a ne estetická stránka. Ale poukazyvaly na to, že vnímání je velmi individuální a je závislé na věku a pohlaví pacienta.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké jsou nejčastější obavy, se kterými se urologický pacient potýká před a po operaci. K tomuto cíli byly vytvořeny dvě výzkumné otázky. Jaké jsou nejčastější obavy pacienta před operací? Obecně lze říci, že nejčastějšími obavami respondentů byl strach z anestezie, z operace, z budoucnosti a strach z bolesti. Na totéž jsme se zeptaly sester. Ukázalo se, že dle sester jsou největší obavy spojené s neznámým nemocničním prostředím, operačním výkonem, s nesoběstačností a s celkovou anestezí. Dále - Na koho se pacient nejčastěji obrací se svými obavami? Bylo zjištěno, že v době hospitalizace se 7 respondentů obracelo se svými obavami na sestru a 3 respondenti na lékaře. Současně se ukázalo, jak je pro respondenty důležitá podpora ze strany rodiny a zdravotnického personálu. Také sestry odpověděly, že se

pacienti nejčastěji obracejí se svými obavami právě na ně. Lékaře se ptají spíše v případech dotazů, týkajících se další léčby či prognózy.

Třetím cílem bylo zjistit, jaký má sestra podíl na informovanosti pacienta. Ukázalo se, že respondenti se velice často obracejí se svými otázkami právě na sestry. Na základě tohoto zjištění byly stanoveny dvě výzkumné otázky vztahující se ke třetímu cíli. Jak se sestra podílí na informovanosti pacienta? Jak již bylo zmíněno výše, podíl sestry na informovanosti pacienta je vysoký. A jakým způsobem sestra nejčastěji informuje pacienta? Ukázalo se, že hlavním způsobem je verbální přenos informací. Tento způsob nejlépe vyhovuje oběma komunikujícím stranám, umožňuje jim ujistit se, zda byly získané informace dobře předány a následně pochopeny. Verbální formu jako nejčastější používanou metodu při předávání informací uvedly i samy sestry.

Dva výzkumné soubory byly zvoleny z toho důvodu, že nás zajímalo, zda sestry dokážou definovat obavy, se kterými se pacienti před a po výkonu musí vypořádat. Zda je pohled na danou situaci stejný nebo diametrálně rozdílný. Ukázalo se, že si sestry uvědomují pacientovy obavy a zároveň důvody, ze kterých nejčastěji pramení. Současně je potěšující, že obě strany jsou si vědomy toho, jak jejich vzájemný profesionální vztah může ovlivnit celkovou léčbu.

Výsledky této diplomové práce mohou sloužit sestrám při práci s urologickými pacienty a pro zkvalitnění ošetrovatelské péče o ně. Výstupem pro praxi je vytvoření informační mapy péče určené pacientům, kteří jsou přijati k nefrektomii.

7. Seznam použitých zdrojů

1. NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
2. MERKUNOVÁ, A. OREL, M. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
3. TESAŘ, V., SCHÜCK, O. *Klinická nefrologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 652 s. ISBN 80-247-0503-6.
4. KAWACIUK, I. *Urologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 531 s. ISBN 987-80-7262-627-7.
5. KOČÁREK, J. *Laparoskopie a retroperitoneoskopie v urologii*. [online], 2009, [cit. 2012-2-5]. Dostupné z www: <http://www.urologieprostudenty.cz/uploads/pdf/laparoskopie-aretroperitoneoskopie-v-urologii.pdf>
6. ŠTUDENT, V., HARTMANN, I. a kol. *Chirurgická léčba nádorů ledvin*. [online], 2009, [cit. 2012-1-13]. Dostupné z www: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2009/02/07.pdf>
7. KOČÁRKOVÁ, V. Laparoskopická nebo otevřená nefrektomie – pohled sestry. *Urologie pro praxi*. Praha: Solen, 2006, roč. 2, s. 85-87. ISSN
8. DÍTĚ, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 2. přepracované vyd. Praha: Galén, 2007. 586 s. ISBN 978-80-7262-496-6.
9. KHANNA, R., LAYDNER, K. H. et al. Laparoendoscopic single – site Sumery for Renal malignancies. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2010, roč. 10, č.12, s. 1861-1863. ISSN 1473-7140.
10. KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 3. přepracované vyd. Praha: Galén, 2006. 1158s. ISBN 80-7262-430-X.

11. ŠAMANOVÁ, T., FÍNEK, J. Příznaky nádorových onemocnění a paraneoplastické projevy v urologii. *Lékařské listy*. Příloha zdravotnických novin. Praha: 2010, roč. 59, č. 6, s. 3-4. ISSN 0044-1996
12. HRABOVSKÝ, J. a kol. *Chirurgie*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia s.r.o., 2002. 157 s. ISBN 80-86432-39-4.
13. JONIAU, S., EECKT, K. V., POPPEL, H. V. The Indication for Partial Nephrectomy in the Treatment of Renal Cell Carcinoma. *Clinical Practice Urology*. 2006, roč. 3, č. 4, s. 198-205. ISSN 1743-4270.
14. HORA, M., KLEČKA, J. et al. Změny v chirurgické léčbě nádorů ledvin na urologické klinice FN Plzeň posledních 5 let. *Česká Urologie*. 2005, roč. 9, č. 1, s. 39-41. ISSN 1802-5544.
15. TEPLAN, V. *Praktická nefrologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 496 s. ISBN 80-247-1122-2.
16. ILIE, C. P., LUSCOMBE, CH. J. et al. Day Case Laparoscopic Nephrectomy. *Journal of Endourology*. 2011, roč. 25, č. 4, s. 631-634. ISSN 0892-7790.
17. MATOUŠOVÁ, M., FÍNEK, J. Novinky v léčbě renálního karcinomu. *Lékařské listy*. Příloha zdravotnických novin. Praha: 2010, roč. 59, č. 6, s. 16-17. ISSN 0044-1996.
18. GALLI, B., MUNVER, R. et al. Laparoscopic Radical Nephrectomy in Renal Cell Carcinoma. *Urologic Nursing*. 2005, roč. 25, č. 2, s. 83-86. ISSN 0279-5442.
19. STRÁNSKÝ, P., HORA, M. a kol. *Chirurgické možnosti a indikace u pokročilého a metastatického onemocnění ledvin*. [online], 2010, [cit. 2012-1-10]. Dostupné z www: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/chirurgicke-moznosti-a-indikace-u-pokrocileho-a-metastatickeho-onemocneni-ledvin-450127>

20. SHUCH, B., LAM, J. S. et al. Open Partial Nephrectomy for the Treatment of Renal Cell Carcinoma. *Current Urology Reports*. 2006, roč. 7, č. 1, s. 31-38. ISSN 1527-2737.
21. MIKOLAJOVÁ, L., ANGELOVIČOVÁ, K. a kol. *Kvalita života u pacientů po laparoskopické nefrektomii*. [online], 2011, [cit. 2012-1-13]. Dostupné z www: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/kvalita-zivota-u-pacientu-po-laparoskopicke-nefrektomii-459324>
22. STAŇKOVÁ, M. *Sestra reprezentant profese*. Institut pro další vzdělávání pracovníků v Brně, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
23. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
24. ABRAHÁMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
25. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ J. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
26. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
27. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
28. JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
29. DOSTÁLOVÁ, O. *Jak vzdorovat rakovině*. 1. vyd. Praha: Grada, 1993. 208 s. ISBN 80-7169-040-6.

30. MAČEJOVSKÁ, M., RYBÁKOVÁ, D. Strach u pacientov pred operáciou. *Sestra a lékar v praxi*. Bratislava: Sanoma Magazines Slovakia s.r.o., 2009. roč. 8, č. 5-6, s. 26. ISSN 1335-9444.
31. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
32. BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
33. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika II*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
34. SKALICKÁ, H. a kol. *Předoperační vyšetření: Návod y pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 147 s. ISBN 978-80-247-1079-2.
35. VALENTA, J., ŠEBOR, J. a kol. *Chirurgie pro bakalářské studium Ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2005. 237 s. ISBN 80-246-0644-5.
36. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
37. MIKŠÍKOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-147-1443-4.
38. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211s. ISBN 80-8063-227-8.
39. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
40. KOZIEROVA, B., ERBOVA, G., OLIVIEROVA, R. *Ošetrovatel'stvo 2*. 1. slovenské vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
41. MOROVICSOVÁ, E. Vliv choroby na psychiku člověka. *Sestra*. 2009, roč. 7, č. 1 - 2, s. 16 - 17. ISSN 1335-9444.

42. BERAN, J. a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
43. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
44. ROKYTA, R. a kol. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
45. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
46. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 320 s. ISBN 880-7178-998-4.
47. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
48. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent – Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
49. HALUZOVÁ, J. Edukace – nástroj léčby. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 4, s. 14-15. ISSN 1801-1349.
50. SVAČINA, Š. *Klinická dietologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 384 s. ISBN 987-80-247-2256-6.
51. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 987-80-247-2171-2.
52. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
53. GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

54. KILÍKOVÁ, M. *Základy manažmentu v ošetrovatel'stve I.* 1. vyd. Bratislava: Sapia, 2006. 68 s. ISBN 80-89271-01-4.
55. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách.* 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
56. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství.* 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85-866-55-2.
57. BOTÍKOVÁ, A., ILIEVOVÁ, L. Úroveň informovanosti pacientů o jejich právech. *Sestra.* Praha: Mladá Fronta, 2009, roč. 19, č. 6, s. 27. ISSN 1210-0404.
58. POLÁCHOVÁ, E. Empatie v ošetrovatelském kontextu. *Sestra.* Praha: Mladá fronta, 2009, roč. 19, č. 10, s. 18. ISSN 1210-0404.
59. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství.* 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
60. DRDULOVÁ, A. Ošetrovatelství založené na důkazech. *Florence.* Praha: Galén, 2007, roč. 3, č. 4, s. 58. ISSN 1801-464X.
61. TÓTHOVÁ, V. *Role sestry jako mentora.* Všeobecná sestra pro absolventy Vyšších odborných škol. 1. vyd. JU v ČB: ZSF, 2008. 158 s. ISBN neuvedeno.
62. VRÁNOVÁ, V. Mentor klinické praxe. *Diagnóza v ošetrovatelství.* Praha: Promediamotion s.r.o., 2006, č. 1, s. 6. ISSN 1801-1349.
63. WORKMAN, B. A., BENNET, C. L. *Klíčové dovednosti sester.* Přel. M. Zvoníčková. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 259 s. Přel. Z : Key Nursing Skills. ISBN 80-247-1714-X.

8. Klíčová slova

Pacient

Nefrektomie

Sestra

Role sestry

Ošetrovatelská péče

Podpora

Pohled na nemoc

9. Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1 – rozhovor pro pacienty

Příloha 2 – rozhovor pro sestry

Příloha 3 – klasifikace podle TNM systému

Příloha 4 – informační mapa péče

Příloha 1

ROZHOVOR pro pacienty:

1. Souhlasíte s uveřejněním rozhovoru v diplomové práci?
2. Pohlaví?
3. Věk?
4. Váha a výška?
5. BMI?
6. Rodinný stav? (svobodný/ ženatý/ rozvedený/ vdovec)
7. Práce? (zaměstnaný/ nezaměstnaný/ důchodce)
8. Vykonáváte aktivně nějaký sport?
9. Je vaše práce fyzicky náročná?
10. Vyskytlo se u Vás v rodině někdy onemocnění ledvin?
11. Vyskytlo se u Vás v rodině onkologické onemocnění?
12. Jak jste reagoval/a na sdělení diagnózy?
 - Nechtěl/a jsem přijmout skutečnost
 - Akceptoval/a jsem radu lékaře
 - Odmítl/a jsem danou skutečnost
 - Byl/a jsem v šoku
 - Cítil/a jsem strach z budoucnosti
 - Přemýšlel/a jsem o smrti
 - Jiné
13. Je to Váš první operační výkon?
14. Jak na Vás působilo nemocniční prostředí, kde probíhal Váš příjem na oddělení?
15. Byl/a jste spokojený/á s komunikací k Vám ze strany sester?
16. Měl/a jste během příjmu strach, obavy...?
17. Byl tu s Vámi někdo, kdo by Vám pomohl/a tyto obavy zmírnit?
18. Jak probíhalo Vaše pooperační období? (bez komplikací/ s komplikacemi)
19. Jak přijímáte případnou změnu Vašeho tělesného vzhledu v souvislosti s operační jizvou?
 - Nezáleží na vzhledu, hlavně že budu zdrav/a
 - Mám pocit méněcennosti
 - Mám strach z reakce partnera
 - Nevadí mi to vůbec
 - Jiné
20. Jak vnímáte rodinu v souvislosti s onemocněním a s operací?
 - Jako oporu
 - Přidělovám jim starosti
 - Cítím, že rodina bude poznamenána mým onemocněním (PN, nemožnost vykonávat práci)
 - Nemám rodinu
 - Jiné
21. Jak vnímáte svou budoucnost v souvislosti se zaměstnáním?
 - Budu moci vykonávat i nadále svou práci
 - Musím změnit práci
 - Budu nezaměstnaný/á
 - Budu se moci naplno věnovat rodině
 - Budu / nebudu plnit sou roli v rodině

- Budu / nebudu vykonávat své záliby
 - Jiné
22. Bude Vás nějakým způsobem nefrektomie omezovat ve vykonávání Vašich oblíbených aktivit? (extrémní sporty....)
23. Nejčastější obavy spojené s operací?
- Strach z operace
 - Úzkost z neznámého prostředí
 - Strach z bolesti
 - Strach z anestezie
 - Strach z pooperačního období
 - Strach z oš. péče
 - nejistota
 - strach z budoucnosti
 - finanční tlak
 - smrt
 - samota / sociální izolace
24. Kdo je Vám v tomto období oporou? (rodina/ přátelé/ personál/ zvládám to sám/ nikdo)
25. Kdo Vám nejvíce pomáhá zvládat obavy spojené s operací? (lékař/ sestra/ rodina/ sám/ nikdo/jiné)
26. Myslíte si, že jste selhal/a v očích rodiny v souvislosti s onemocněním a následnou operací?
27. Jakým způsobem Vás informoval personál o přípravě před operací? (verbálně/ písemně/ verbálně i písemně/ nijak)
28. Jakým způsobem Vás informoval personál o průběhu operace? (verbálně/ písemně/ verbálně i písemně/ nijak)
29. Jakým způsobem Vás personál informoval o pooperačním období? (verbálně/ písemně/ verbálně i písemně/ nijak)
30. Kdo Vás nejvíce informoval? (Lékař/ sestra/ spolupacienti/ jiné)
31. Uvítal/a by jste nějaký informační materiál ještě před výkonem?

Zdroj: vlastní

Příloha 2

ROZHOVOR pro sestry:

1. Souhlasíte s uveřejněním rozhovoru v diplomové práci?
2. Pohlaví?
3. Věk?
4. Délka praxe?
5. Oddělení?
6. Dosažené vzdělání?
7. Víte jaká je nejčastější indikace k nefrektomii?
8. Přibližně kolik pacientů s nefrektomií máte na vašem odd. za týden/měsíc?
9. S jakými otázkami se na Vás pac. před NE nejčastěji obrací?
10. S jakými obavami se u pac. s NE nejčastěji setkáváte?
11. Z čeho si myslíte, že mají pacienti největší strach?
12. V čem vidíte výhody laparoskopické NE pro pacienta?
13. V čem vidíte nevýhody laparoskopické NE pro pacienta?
14. A pro Vás, jako sestru?
15. Jak si myslíte, že pacienti po otevřené NE vnímají svůj obraz těla?
16. Na koho pacienti nejčastěji směřují své otázky? (sestra/lékař/ostatní personál)
17. Máte na oddělení vypracovaný ošetrovatelský standard týkající se NE?
18. Máte na oddělení nějaký informační materiál týkající se NE?
19. Při poskytování informací pacientovi nejčastěji čerpáte z:
 - praxe
 - ze standardu
 - z informačního materiálu
 - informace čerpáte z literatury
 - ze zkušenosti jiných
 - jiné
20. S jakými pooperačními komplikacemi po NE jste se setkala?
21. Jakým způsobem nejčastěji informujete pacienta?
22. Myslíte si, že může NE ovlivnit dosavadní život pac.?
23. Jakou roli nejčastěji zastáváte v předoperačním období?
24. Jakou roli nejčastěji zastáváte v pooperačním období?
25. V jaké roli sestry jste si nejjistější?
26. Ve které roli se naopak cítíte nejistá?
27. V čem vidíte výhody ošetrovatelské péče u pacienta po laparoskopické operaci?
28. Co byste doporučila pacientovi po NE?

Zdroj: vlastní

Příloha 3

Klasifikace podle TNM systému

T	T ₀	žádné známky primárního nádoru
	T ₁	nádor menší než 2,5 cm, omezený na ledvinu
	T ₂	nádor větší než 2,5 cm, expanzivně rostoucí, ledvina deformovaná nebo zvětšená, invaze nádoru do kalichu nebo pánevičky
	T ₃	nádor se šíří do větších žil nebo infiltruje nadledvinu nebo perirenální tkáň, nikoli však Gerotovu fascii
	T _{3a}	nádor infiltruje nadledvinu nebo perirenální tkáň, nikoli Gerotovu fascii
	T _{3b}	nádor makroskopicky prorůstá do ledvinných žil nebo v. cava
	T ₄	nádor překračuje Gerotovu fascii
N	N ₀	žádné metastázy v regionálních lymfatických uzlinách
	N ₁	metastáza v jednotlivé uzlině, ne větší než 2 cm nebo méně, homolaterálně
	N ₂	metastáza nebo metastázy kontralaterálně, v jedné uzlině, větší než 2 cm, ale menší než 5 cm, nebo ve více uzlinách, žádná větší než 5 cm
	N ₃	fixované regionální lymfatické uzliny (lze posoudit pouze při operaci)
	N ₄	postižení juxtaregionálních lymfatických uzlin
M	M ₀	bez metastáz
	M ₁	vzdálené metastázy
V	V ₀	nádor se nešíří do žil
	V ₁	nádor prorůstá do v. renalis
	V ₂	nádor prorůstá do v. cava
G	G ₀	adenom ledviny
	G ₁	dobře diferencovaný
	G ₂	málo diferencovaný
	G ₃₋₄	špatně diferencovaný nebo anaplastický

Klasifikace maligních nádorů ledvin podle Robsona

- I nádor je omezen na parenchym ledviny (tunica fibrosa renalis je intaktní)
- II nádor se šíří do perirenálního prostoru (Gerotova fascie je intaktní)
- III invaze nádoru do v. renalis, popř. jsou postiženy regionální lymfatické uzliny
- IV nádor prorůstá, resp. metastazuje do sousedních orgánů

Zdroj: Ichenauer, R., Vanherpe, H. *Klinikleitfaden. Urologie klinika a praxe*. Praha: Scienta Medica, 1996. ISBN 80-85526-36-0.

Příloha 4

INFORMAČNÍ MAPA PÉČE PRO PACIENTA PŘIJATÉHO NA PLÁNOVANOU OPERACI

OPERACE LEDIN = NEFREKTOMIE = operační odstranění ledviny

	Den před operací	Operační den	1. den po operaci	Další pooperační dny
Konzultace	Podávání informací o výkonu, souhlas s přijetím a operačním výkonem. Předoperační příprava – šperky, koupele. Cennosti – blíže vás seznámí sestra. Lékař vysvětlí důvod a potíže spojené s operačním výkonem.	Po operaci budete uložen na pooperačním pokoji nebo na JIP cca 1-2 dny. Návštěvy jsou zde omezeny.	Případné dotazy o průběhu a výsledku operace podává lékař při vizitách u lůžka nebo sestra po celou službu	Při propuštění z lůžkového odd. budete seznámen s datem kontroly na urolog. ambulanci a o domácím režimu. Sestra případně předá písemné informace o klidového režimu a tel. kontakt pro případné dotazy či řešení komplikací.
Stravování	Pacient snídá normálně, k obědu a večeři dostane jen polévku, odpoledne už nic jiného nejí. Pít může. Od 24.00 hod, nejíst, nepít nic.	Nic nejíst, nepít!! Čaj můžete pít po operaci dle pokynů anesteziologa, orientačně za 6 hodin po operaci.	Čajová dieta /jen pít/	2 dny po operaci se podává dieta tekutá, třetí pooperační den kašovitá, další den pak již normální strava. Dieta je individuálně upravována dle aktuálního stavu.
Vyprazdňování	Dostanete od sestry prázdnicí roztok, který vypijete během odpoledne ve 4. litrech čaje, Množství je individuálně upravováno. Další možností je klyza.			Pokud do čtyř dnů po operaci nepůjdete na „velkou stranu“, budou Vám dle ordinace lékaře podány léky na vyprazdnění nebo malé klyzma (Yal).
Pohybový režim	V dopoledních a odpoledních hodinách se zdržujte na oddělení – doplnění vyšetření, prázdnění.	Příprava operační pole a jeho okolí, pomoci oholení nasucho. Po ranním osprchování zůstanete již na lůžku, sestru přivoláte signalizačním zařízením u lůžka.	První den po operaci pacient vstává s pomocí sestry, pokud lékař neurčí ještě klid na lůžku. Další dny může s pomocí, či dohledem chodit po pokoji.	Podle vašeho stavu pod vedením rehabilitační sestry.

	Den před operací	Operační den	1. den po operaci	Další pooperační dny
Hygiena	Po vyprázdnění se osprchujete.	Ráno se můžete osprchovat, večer bude hygiena provedena na lůžku zdrav. personálem.	Ranní hygiena na lůžku nebo u umyvadla s pomocí zdrav. personálu, během dne i večer s pomocí.	Ráno s pomocí, dále podle Vašeho zdravotního stavu a soběstačnosti.
Medikace	Pokud užíváte trvalou medikaci, dnes ji můžete užívat bez omezení, nebo s minimální úpravou. Večer Vám bude aplikována podkožní injekce na ředění krve /antikoagulancia/. Dle anesteziologa ve 21.00 hod, Vám sestra podá lék na spaní.	Pokud užíváte léky trvale, sestra Vám sdělí, které léky Vám před výkonem mohou být podány. JINÉ LÉKY NEBERTE !! Dle ordinace anesteziologa Vám sestra podá antibiotika.	Na pooperačním pokoji Vám zpočátku budou podávány léky v injekcích, dále se již normálně podává obvyklá trvalá medikace v tabletách. Podkožní injekce na ředění krve se aplikují dále.	
Odběry	Provádí se odběr krve na krevní skupinu a rezervaci případných transfusí. U diabetiků na inzulínu kontrola glykémie / odběr krve z prstu / 3x denně.	Kanyla se zavádí na operačním sále a zůstává i po operaci. Dle ordinace lékaře se do kanyly aplikují analgetika a ATB pro nekomplikované hojení, dále pak infuzní terapie.	Odebírá se kontrolní krev. Do kanyly se podávají antibiotika, léky, infuze, které lékař naordinuje.	
Specifikace	Před operací je nutná důkladná hygiena. Pacient se důkladně vysprchuje sám nebo s pomocí sestry.	Na operační sál jste odvážen sestrou na lůžku bez zubní protézy, šperků, v operační košili. Po operaci vám budete pomocí monitoru sledován TK, pulz, dýchání, bolesti sestra tlumí analgetiky dle ordinace lékaře. Klid na lůžku.	Pokud je vše bez komplikací, budete 2. pooperační den přeložen na standardní odd. 7.-10.den odchází pacient domů.	Při propuštění budete upozorněn na klidový režim min. 6 týdnů, dále bude kladen důraz na pitný režim a zvýšenou hygienu v oblasti operační jizvy.
Operační rána		Operační rána Z rány je vyveden drén do sběrného sáčku. Do močového měchýře je zavede permanentní katétr /cévka/.	Operační rána je převazována denně, dle stavu lékař postupně zkracuje drén do obvazu a další den úplně odstraňuje. Rovněž se odstraňuje cévka a pacient močí sám.	Při propuštění z nemocnice budete mít z operační rány vytaženy stehy, operační rána přetřena tekutým obvazem nebo zcela nekryta.

Vypracovala: Bc. Michala Kačírková

Zdroj: vlastní